

Enquête CAP_PEV_2017

Enquête sur les connaissances, croyances, attitudes et pratiques autour de la vaccination en vue de l'amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité au Sénégal



REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche adresse ses remerciements à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude.

Nos remerciements vont à l'endroit du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, notamment la Direction du PEV et le Dr Fatou Fall Ndoye qui ont facilité la mise en œuvre de la collecte des données sur le terrain.

Nous exprimons notre profonde gratitude à l'endroit des responsables des institutions et structures que nous avons visitées, notamment les médecins chefs de région et de district au niveau des régions de Dakar, Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Matam, Diourbel et Kaffrine, les Infirmiers chefs de poste, les sages-femmes, les collectivités locales pour leur disponibilité et leur contribution positive au cours des entretiens Nous remercions aussi les partenaires techniques et financiers(UNICEF, GAVI, PATH, OMS...).

Nous adressons ainsi nos vifs remerciements à toutes les mères gardiennes d'enfants, belles-mères, pères et à tous les acteurs communautaires, bref à toutes ces personnes qui ont bien voulu prendre de leur temps et se prêter à nos interviews.

Nous saluons ici le professionnalisme des assistants de recherche, des transcripteurs et des agents de saisie qui ont su faire preuve d'un engagement sans faille pour la réussite de l'étude.

Que toutes ces institutions et ces personnes qui ont ainsi pu apporter leur précieuse contribution à la réalisation de cette étude trouvent ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Équipe de recherche :

Dr Mouhamed Ahmed BADJI, chercheur principal, socio-anthropologue, Manager de SISTEM Consulting, chercheur associé de We work consulting group ; coordination des enquêtes de terrain, recueil de données, analyse, rédaction ;

Dr Mame Soukèye Mbaye, Socio-anthropologue, We work consulting group, Chercheure associée, Superviseur équipe Tamba-Kaffrine ; coordination des enquêtes de terrain, recueil de données, analyse, rédaction ;

Dr Albert Gautier Ndione, Socio-anthropologue, We work consulting group, Chercheur associé, superviseur équipe Kolda-Ziguinchor, coordination des enquêtes de terrain, recueil de données, analyse, rédaction ;

Babacar Kane (doctorant), Socio-anthropologue, We work consulting group, Chercheur associé, superviseur équipe Matam-Touba, coordination des enquêtes de terrain, recueil de données, analyse, rédaction ;

Dioumel Badji, Géographe de la santé, We work consulting group, chercheure associée, Superviseur équipe Dakar, coordination des enquêtes de terrain, recueil de données, analyse, rédaction ;

Dr Fatoumata Binta Samb, We work consulting group, socio-anthropologue, chercheure associée, analyse de la littérature ;

Équipe de collecte de données :

Alioune Badara Mbaye (assistant de recherche, master UCAD), sociologue, équipe Dakar, collecte de données, retranscription ;

Ahmadou Bamba Fall (Assistant de recherche, doctorant), sociologue, équipe Dakar, collecte de données, retranscription ;

Assane Sall (Assistant de recherche, master UCAD), anthropologue, équipe Tamba-Kaffrine, collecte de données, retranscription ;

Mame Libass Seye (Assistant de recherche, Master UCAD), sociologue, équipe Tamba-Kaffrine, collecte de données, retranscription ;

Dieynaba Diop (Assistante de recherche, Master UCAD), sociologue, équipe Matam-Touba, collecte de données, retranscription ;

Fatima Tall (assistante de recherche, master UCAD), sociologue, équipe Matam-Touba, collecte de données, retranscription ;

Adams Diédhiou (Assistant de recherche, Doctorant UCAD), anthropologue, équipe Kolda-Ziguinchor, collecte de données, retranscription ;

Ndèye Ami Corrèa (chercheure junior, Doctorante en santé publique), sociologue, équipe Kolda-Ziguinchor, collecte de données, retranscription.

Équipe de retranscriptions des données qualitatives :

Oumou Khaïry Saly Badji, étudiante UCAD, retranscriptions et nettoyage des données

Mariétou Kanté, Géographe de la santé, retranscriptions et nettoyage des données

Fatoumata Sadio Badji, Juriste, étudiante ISM, retranscriptions et nettoyage des données

Équipe de saisie des données quantitatives :

Sega Gueye, Master 2 sociologie UCAD, saisie des données sur SPSS et nettoyage des données et gestion de la base de données statistiques

Assane Sall, master Sociologie UCAD, saisie des données sur SPSS et nettoyage des données

Fatoumata Sadio Badji, Juriste, étudiante ISM, saisie des données sur SPSS et nettoyage des données

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	5
Liste des sigles et abréviations	6
Liste des photos	7
Liste des figures	8
Liste des tableaux	9
Glossaire	10
Conventions d'écriture	11
SECTION 1 : L'OBJET DE LA RECHERCHE	14
SECTION 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	33
SECTION 3 : LES CARACTÉRISTIQUES DES LOCALITÉS ET LES NIVEAUX D'IMPLICATION DE CHAQUE ACTEUR	40
SECTION 4 : L'APPROPRIATION DU PEV PAR LES SOIGNANTS	56
SECTION 5 : LA DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION	60
SECTION 6 : LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES CONCERNANT LA VACCINATION	68
SECTION 7 : LES DÉTERMINANTS DU SUIVI VACCINAL	86
SECTION 8 : LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VACCINATION	100
SECTION 9 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	107
BIBLIOGRAPHIE	128
TABLE DES MATIÈRES	130

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ASC	Agent de santé communautaire
BCG	Vaccin Bilié de Calmette et Guérin
BM	Belle Mère
CACP	Connaissances Attitudes Croyances et Pratiques
CAP	Connaissances Attitudes et Pratiques
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CRD	Comité Régional de Développement
CV	Couverture Vaccinale
DSDOM	Dispensateur de Soins à Domicile
EDS	Enquête Démographiques et de Santé
EPS	Éducatrice Pour la Santé
FE	Femme Enceinte
GAVI	Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination
GPF	Groupement de Promotion Féminine
HIB	Haemophilus Influenzae B
ICP	Infirmier Chef de Poste
IEC	Information Éducation pour le changement de Comportement
MCD	Médecin Chef de District
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide
OCB	Organisation Communautaire de Base
OMS	Organisation Mondiale de la santé
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNSCPEV	Plan National Stratégique de Communication pour le PEV de routine
RV	Rendez-vous
SNEIPS	Service National de l’Éducation et de l’Information pour la Santé
TIC	Technologies de l’Informations et de la Communication
TMN	Taux de Mortalité Néonatale
TPI	Traitement Préventif Intermittent
VAD	Visites à Domicile
VAT	Vaccin Antitétanique
Vit A	Vitamine A

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Calendrier du plan d'action du mois de Mars au poste de santé de Ndorna	61
Photo 2 : Calendrier vaccinal PEV 2017	79
Photo 3: Rangement des carnets dans la valise des habits	83
Photo 4: Rangement des carnets entre le lit et le matelas.	83

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition du statut des répondants	48
Figure 2: Statut vaccinal des enfants 0-23 mois dont les parents sont interrogées	48
Figure 3: Cycle de mobilisation des femmes pour la vaccination	52
Figure 4 : Acteurs qui influencent le suivi vaccinal des femmes et des enfants	53
Figure 5: Répartition de la prise de décision de vaccination au niveau de la famille	54
Figure 6 : Les gradients d'influence sur les déterminants du suivi vaccinal	55
Figure 7 : Répartition des perceptions sur les maladies inévitables malgré la vaccination de l'enfant (N= 379)	75
Figure 8 : Répartition des connaissances sur les maladies infantiles évitables par la vaccination (n=379)	78
Figure 9: Répartition des acteurs/canaux sollicités en cas de recherche d'informations en santé	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition du niveau d'étude dans l'échantillon	49
Tableau II : Répartition des personnes interrogées selon l'âge	50
Tableau III: Répartition des connaissances sur les maladies de la FE par région (n=379)	73
Tableau IV : Répartition des connaissances sur les maladies infantiles selon les régions	74
Tableau V : Répartition de la perception de la vaccination en termes de droits et devoir selon les régions	86
Tableau VI : Répartition selon les régions des connaissances sur les mouvements anti-vaccin	103
Tableau VII : Connaissances des maladies ciblées par le PEV	108
Tableau VIII : Analyse comparative de l'évolution des Connaissances sur le calendrier vaccinal selon les enquêtes menées au Sénégal	109
Tableau IX : Evolution des facteurs associés au non suivi vaccinal au Sénégal de 2009 à 2017 dans les enquêtes CAP	112

GLOSSAIRE

Bala : malédiction divine

Béet : plantes médicinales utilisées pour soigner la toux et la fièvre

Dahira : groupement de personnes ayant le même guide religieux et des croyances/pratiques religieuses.

Kalakato : plantes médicinales pour aider la FE à accoucher d'un bébé sain

Khalife : autorité suprême d'une confrérie

Kinkéliba (ou samphyto) : plantes utilisées en remplacement du VAT pour lutter contre le tétanos

Ndigël : recommandation d'un guide religieux

Ngapati : varicelle

Njass : rougeole

Penc : lieu de prêche d'un guide religieux

Samphyto (ou kinkéliba) : plantes utilisées en remplacement du VAT pour lutter contre le tétanos

Tiribo (racines): racines de plantes médicinales contre la toux chez la FE

Tougoumé : feuilles d'arbres à faire bouillir et boire. Mêmes vertus que le Kalakato

Wolo: feuilles de plantes médicinales à boire. Efficaces contre la toux, la fièvre et la diarrhée

Xoureet : toux sévère

CONVENTIONS D'ÉCRITURE

Les noms utilisés sont des pseudonymes, sauf pour des personnes aisément reconnaissables (par exemple les professionnels de santé) pour lesquelles nous avons utilisé leurs initiales.

Les termes émiques, c'est-à-dire relevant de l'expression de certains acteurs, de diverses langues qu'ils utilisent, ou du langage scientifique spécialisé, sont mentionnés en italiques.

Définitions des termes et concepts clés

Abandon ou perdu de vue : situation d'un enfant qui a eu au moins un contact avec les services de vaccination et qui n'a pas terminé toute sa série de vaccination au niveau du service de santé.

Couverture vaccinale : représente la proportion de la population cible qui a été vaccinée.

Programme Élargi de Vaccination : le Programme élargi de vaccination (PEV) a été lancé par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1974 dans le but de rendre les vaccins accessibles à tous les enfants dans le monde.

Vaccination de routine : administration de la série de vaccins de base au cours de la première année de vie.

Vaccination de campagne : séances de vaccination de masse organisées en dehors des vaccinations de routine dans le but d'accroître les taux de couverture vaccinale ou pour parer à une épidémie menaçante.

Acteur communautaire : terme générique qui désigne les volontaires communautaires qui participent à la mise en œuvre des activités de santé au niveau communautaire : membre des comités de santé, ASC, ASC /matrone, relais, DSDOM, Bajenu Gox.

Agent de santé communautaire (ASC) : individu qui a reçu une formation et qui est chargé de dispenser des soins curatifs de base, préventifs et promotionnels dans une case de santé.

Matrone : individu ou femme ayant reçu une formation et chargée, d'assister la mère pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches (respect des consultations prénatales, d'orienter les femmes pour assurer une prise en charge par du personnel qualifié lors de l'accouchement) et dispenser des soins préventifs et promotionnels dans une case de santé comme les ASC.

ASC matrone : acteur formé et polyvalent qui mène dans une case de santé des tâches intégrées d'ASC et de matrone.

Relais communautaire : personne formée, chargée de mener des activités d'information, d'éducation et de communication pour le changement de comportement, des activités préventives et des activités promotionnelles.

Dispensateur de soins à domicile : personne formée, équipée pour sensibiliser et prendre en charge le paludisme (TDR et ACT) à domicile. Lorsque le paquet est élargi, le DSDOM prend également en charge les IRA et la diarrhée. Le DSDOM intervient dans un site PECADOM (Hameau ou village).

Bajenu Gox : « marraine » de quartiers ou de villages ; elle assure la promotion de la santé maternelle, néonatale et infantile au niveau individuel, familial et communautaire ; aide les relais en prenant en charge les cas de réticences, conseille les familles, accompagne les femmes enceintes/mères au niveau des structures, fait le plaidoyer.

Acteur communautaire de santé : nouvelle appellation proposée pour remplacer le terme générique d'acteur communautaire (excluant les comités de santé)

Acteur Communautaire de soins : en charge de délivrer un paquet de service curatif, préventif et promotionnel. Il peut s'agir d'un homme ou d'une femme officiant dans une case de santé ou à domicile (ASC, Matrone, ASC/matrone, DSDOM). Il a reçu une formation homologuée, centrée sur un paquet de services normés (voir paquet de service en annexe)

Acteurs Communautaires de Promotion et de Prévention : en charge de la création de la demande et de la diffusion des messages sur la santé (Relais, Bajenu Gox). Ils sont composés d'hommes et de femmes officiant dans une case de santé ou un site et qui ont reçu une formation homologuée centrée sur un paquet normé (voir paquet de services en annexe). Les praticiens de la médecine traditionnelle peuvent être utilisés dans cette catégorie s'ils suivent la formation appropriée sur le paquet de services normés.

Comité de santé : organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires. La participation des populations à l'effort de santé publique à travers les comités de santé a fait l'objet du décret 92-118 du 17 janvier 1992 fixant les obligations particulières auxquelles sont soumises les associations de participation à l'effort de santé publique.

Comité de gestion : mis en place conformément par la loi 96-07 portant transferts de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales et du décret d'application 96-1135. Il est chargé de délibérer sur le projet de budget et les comptes, sur l'activité sanitaire, sur les réparations et l'action sociale des centres et postes de santé. Il existe un comité de gestion pour le centre de santé et le poste de santé.

Organisation communautaire de base : groupement humain installé au niveau communautaire par des personnes qui vivent ensemble et ont des buts et intérêts communs. Il s'agit d'une entité à la base qui gère, organise et administre des biens communs, des ressources et un espace en vue d'atteindre des objectifs fixés par la communauté elle-même sans aucune contrainte. Entrent dans cette catégorie les groupements de femmes, les associations sportives et culturelles, les associations des relais ou des acteurs communautaires de santé...

Les stratégies décrites dans ce rapport sont celles issues du guide du PEV. Elles sont classiquement au nombre de trois dans le PEV de routine:

La stratégie fixe au niveau des centres de santé, des postes de santé, des centres de soins privés confessionnels, des infirmeries parapubliques et privés disposant d'un personnel qualifié et d'un équipement approprié. Cette stratégie est effectuée dans un rayon de 5 km.

La stratégie avancée effectuée régulièrement par le personnel des centres fixes au niveau des localités situées dans un rayon de 5 à 15 km.

La stratégie mobile assurée par l'équipe mobile du district au niveau des localités éloignées et difficiles d'accès. Cette stratégie est effectuée au-delà de 15 km.

NB : La stratégie porte à porte comme son nom l'indique consiste à visiter individuellement chaque concession et y vacciner toutes les personnes cibles. Elle est pratiquée surtout lors des Journées Nationales de Vaccination contre la Poliomyélite (JNV). Cependant, elle doit être une opportunité pour renforcer les activités du PEV de routine.

Remarque : Une structure sanitaire ayant des zones à forte concentration humaine comme dans les villes ou

d'accès difficile (zones enclavées, nomades) doit mettre en place des stratégies particulières pour rapprocher les services de vaccination des populations exemple : vaccination en stratégie fixe déplacée dans les cités et quartiers.

Bonne couverture : dans le cadre de cette enquête, nous appelons bonne couverture le plus fort taux de couverture atteint par le poste de santé conformément aux objectifs de 90 %. Dans le cas où le district n'a pas atteint ces objectifs (cas des districts de faibles performances) l'utilisation de l'expression bonne couverture renvoie à la meilleure couverture vaccinale de la structure ciblée.

Faible couverture : il s'agit de la plus basse proportion de couverture vaccinale enregistrée au niveau de la structure sanitaire ciblée.

SECTION 1 : L'OBJET DE LA RECHERCHE

1.1. Présentation générale de l'étude

S'inscrivant dans la suite d'une série d'enquêtes CAP (2009, 2014) sur le Programme Élargi de Vaccination (PEV), cette enquête sur les Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques -CACP¹- autour de la vaccination n'est pas une nouveauté au Sénégal.

Afin de compléter la revue de la littérature sur les connaissances acquises pour la promotion de la vaccination, une étude CACP a été menée selon une approche qualitative, dans 07 régions du pays, dans le but d'identifier les interventions à prioriser pour l'élaboration des futures stratégies de promotion (public cible, objectifs à prioriser, interventions pressenties efficaces) mais également de fournir des informations sur les actions les plus efficaces à même de favoriser un bon suivi vaccinal tant au niveau des communautés que des professionnels de santé.

1.1.1. Contexte et justification

Le PEV existe depuis le début des années 80 et reste performant et dynamique, malgré quelques contraintes (PNSPEV, 2010). À partir des années 2000, une baisse de la couverture vaccinale est notée. Après la période de mise en œuvre des recommandations de la revue du PEV de 1999, période caractérisée par le renforcement des différents domaines du programme la couverture vaccinale et les autres indicateurs de performance du programme se sont progressivement améliorés entre 2001-2007. Cependant, en 2007, certaines maladies évitables par la vaccination telles que la rougeole sont réapparues (Enquête CAP, 2014). Depuis 2008, les performances du PEV ont continué à chuter pour tous les antigènes avec comme faits majeurs une ré-infestation du pays par le poliovirus sauvage en janvier 2010 après 12 ans d'absence et une épidémie de rougeole, entre juin 2009 et mai 2010, ayant touché au moins 42 districts sur les 65 que comptait le pays. Pour parer à cette situation, l'État du Sénégal a initié en 2010 un programme de relance du PEV au travers de différentes actions parmi lesquelles : le renforcement des ressources humaines employées dans le cadre de la vaccination ; le suivi régulier et le reporting des performances du PEV ; l'augmentation du budget alloué à l'achat des vaccins et des consommables.

Ces actions ont été à l'origine d'une nette augmentation des couvertures vaccinales même s'il reste encore des défis à relever. De 139‰ en 1997 la mortalité infanto-juvénile est passée à 72‰ en 2011. Cette baisse s'explique, en partie, par une amélioration significative de la couverture vaccinale, au niveau national, qui est passée de 59% à 63% chez les enfants de 12-23 mois. La proportion d'enfants de 0 à 11 mois complètement vaccinés est passée de 63 % en 2010-2011 pour atteindre 70 % en 2012-2013 (PNSPEV, 2014).

Bien qu'en général la population sénégalaise soit favorable à la vaccination, plusieurs études ont démontré une faiblesse des connaissances sur la vaccination et des attitudes négatives à son sujet (Faye, 2009). L'étude de Faye (2009) a montré qu'au Sénégal, le PEV connaît une certaine automatisation de la pratique et est devenu le parent pauvre, si l'on se réfère à l'absence de support de communication, mais aussi d'activités de communication au niveau communautaire.

Cette enquête CAP représente une des premières étapes de la démarche d'élaboration d'une stratégie de promotion de la vaccination. Ces travaux serviront de fondements pour définir les objectifs d'action, les

¹ knowledge, attitude, belief, practice, behavior, determinant

groupes à cibler et les stratégies à mettre en place qui seront au cœur du plan d'action de la communication.

1.1.2. Problématique

L'enquête de couverture de mars 2013, montre un bon accès et un bon recrutement au BCG (97%) et au Penta 1 (97%) selon la carte et l'histoire au niveau national, malgré quelques disparités. Par contre, des efforts restent encore à faire pour améliorer la continuité de l'utilisation des services de vaccination avec des taux de couverture au Penta 3 et, à la rougeole/fièvre jaune qui sont respectivement de 91% et 84%. Cette situation explique en partie la faiblesse du taux d'achèvement (ECV) qui est de 79%. Par ailleurs, même si la proportion d'enfants zéro dose avoisine 2%, il existe encore des disparités importantes dans les zones périphériques comme Ranérou (18%), Diankémaha, Kidira, Malem Hodar et Keur Momar Sarr (7%). En effet, le pourcentage d'enfants complètement vaccinés est de 60 % chez les premiers alors qu'il s'établit à 76 % chez les enfants du quintile moyen et du quatrième quintile et à 73 % pour le quintile le plus élevé.

Les résultats de l'EDS de 2015 montrent que près de six enfants de 12-23 mois sur dix (58 %) ont été complètement vaccinés d'après les informations tirées du carnet de vaccination et 11 % selon les déclarations de la mère. Toutes sources de renseignements confondues, près de sept enfants de 12-23 mois sur dix (68 %) ont reçu tous les vaccins, y compris la fièvre jaune. Avant l'âge de 12 mois, ce pourcentage est de 59 %.

Environ, 72 % des enfants de 12-23 mois ont reçu le BCG d'après le carnet de vaccination et 24 % selon la déclaration de la mère. Au total donc, 96 % des enfants avaient reçu le BCG (donné en principe à la naissance) au moment de l'enquête et pratiquement tous (95 %) l'avaient reçu avant l'âge de 12 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de Pentavalent est également très importante (96 %), mais la couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses : de 93 % pour la deuxième dose, elle tombe à 88 % à la troisième dose. Le taux de déperdition pour ce vaccin, assez faible entre les première et deuxième doses (3 %), augmente entre les deuxième et troisième doses (5 %) ; le taux de déperdition global entre les première et troisième doses est de 8 %. On notera que le taux de déperdition est plus élevé entre le Penta 2 et le Penta 3 (5 %) qu'entre le Penta 1 et le Penta 2 (3 %).

La couverture vaccinale contre la poliomyélite est cependant légèrement plus faible (polio 0 : 69 %, polio 1 : 97 %, polio 2 : 94 % et polio 3 : 81 %) et la déperdition entre les première et troisième doses est plus importante. La couverture contre la rougeole est la plus faible de toutes (79 % et 70 % pour ceux vaccinés avant 12 mois).

Parmi les enfants qui ont reçu tous les vaccins, 60 % ont été vaccinés selon le calendrier recommandé, c'est-à-dire avant l'âge de 12 mois, selon les deux sources d'information. Par contre, 10 % des enfants de 12-23 mois n'ont reçu aucun des vaccins du PEV avant l'âge de 12 mois.

Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins est plus élevé en milieu urbain (71 %) qu'en milieu rural (67 %). Les variations régionales sont très importantes : les régions Sud (59 %) et Nord (64 %) enregistrent les pourcentages les plus faibles. Le niveau d'instruction de la mère est une variable qui influence, de manière importante, le niveau de la couverture vaccinale des enfants. En effet, la couverture vaccinale des enfants dont la mère a reçu une instruction est bien meilleure (76 % pour le primaire et 82 % pour le secondaire ou plus) que celle des enfants dont la mère n'a aucun niveau d'instruction (63 %).

Pour l'ensemble des enfants de 12-59 mois, on constate que 94 % ont reçu le vaccin du BCG avant l'âge de 12 mois, 86 % la troisième dose de Penta et 76 % la troisième dose de polio. En outre, 71 % ont été vaccinés contre la rougeole. Globalement, 58 % des enfants de 12-59 mois ont été vaccinés contre toutes les maladies

du PEV avant l'âge de 12 mois. À l'opposé, 21 % des enfants de 1-4 ans n'ont reçu aucun de ces vaccins.

Concernant la vaccination des femmes les données de l'EDS 2015 sont intéressantes à capitaliser. Les données révèlent que 53 % des femmes ont reçu au moins deux injections antitétaniques au cours de la grossesse pour la naissance vivante la plus récente au cours des cinq années ayant précédé l'enquête. Il est important de souligner que les informations présentées ici ont pris en compte l'histoire vaccinale des femmes. Ainsi, 84 % des femmes qui ont reçu la vaccination durant les dix dernières années et avant leur grossesse restent également immunisées. Par conséquent, leurs enfants sont protégés contre le tétanos néonatal.

La couverture vaccinale contre le tétanos néonatal diminue avec l'âge de la mère : 73 % à moins de 20 ans, 52 % à 20-34 ans et 46 % à 35-49 ans. Les primipares sont aussi mieux protégés que les autres : 64 % contre 54 % pour les femmes qui ont au moins 4 enfants. En ce qui concerne le milieu de résidence, on constate que les naissances qui se sont produites en milieu urbain ont été mieux protégées que celles qui ont eu lieu en milieu rural (56 % contre 52 %), bien que l'écart ne soit pas très important. En outre, le statut vaccinal des mères varie avec la région, le niveau d'instruction et l'indice de bien-être du ménage. Ainsi, peut-on souligner que dans la région du Nord (44 %), les proportions sont plus faibles qu'ailleurs.

Si les performances se sont nettement améliorées entre 2000 et 2015, un regard porté sur les antigènes permet de noter quelques baisses de performances qui entravent les avancées du PEV. Le tableau suivant permet de lire les régressions connues dans la couverture vaccinale ces dernières années :

Vaccin	2015	2014	2013	2012	2011	2010
BCG	95	95	97	97	97	97
DTP1	94	94	96	96	97	96
DTP3	89	89	92	91	92	89
MCV1	80	80	84	83	84	81
Pol 3	85	85	89	83	89	76
YFV	80	80	83	80	84	80

On note que pour certains antigènes comme le BCG et le DTP1 les performances ont baissé de 97% en 2010 à 95% en 2015, et les raisons sont encore peu documentées. La problématique de l'érosion des acquis en matière de couverture vaccinale et du maintien des performances atteintes se pose aujourd'hui avec acuité.

1.2. Questions de recherches et objectifs

1.2.1. Questions de recherche

Les principales questions de recherche suivantes permettront de réaliser cette enquête CAP. Nous les avons articulés autour de deux grands points : l'offre et la demande.

1.2.1.1. Au niveau de l'offre de services :

2. Quels sont les déterminants du suivi vaccinal au niveau de l'offre de services ?
3. Quels sont les déterminants de l'équité dans l'accès aux services de vaccination ?
4. Quelles sont les actions à entreprendre pour éviter l'érosion des couvertures vaccinales ?
5. Quelles sont les stratégies à mettre en œuvre pour assurer l'équité dans l'accès aux services de vaccination ?

- Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les connaissances et perceptions sur la vaccination ? - Quelles sont les sources d'informations sur la vaccination ?
- Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les attitudes vis-à-vis des services de vaccination ?
- Pratiques	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les services disponibles au niveau des structures de santé en matière de vaccination ? - Comment sont gérés les intrants et comment sont organisés les services de Vaccination ? - Comment sont planifiées les heures / horaires de vaccination ? - Comment sont communiquées à la population les horaires de vaccination / les changements ? - Quelles sont les informations partagées avec les mères lors de la vaccination ? L'information sur le calendrier vaccinal / le prochaine RDV est-elle communiquée ? - Il y a-t-il des activités de communication sur la vaccination à l'adresse des leaders communautaires ? Hommes ? - Quelles sont les informations délivrées aux populations, aux usagers, et aux patients durant les prestations de services de santé ? - Quels sont les types de questions posées par les usagers des structures de santé sur la vaccination ? - Quelles sont les réponses apportées ? - Quelles sont les informations partagées sur l'utilité du carnet de vaccination ? - Quelles sont les stratégies pour promouvoir l'usage et la tenue du carnet de vaccination ? - Quelles sont stratégies mises en place pour assurer une bonne couverture vaccinale ? - Comment sont produites et gérer les données sur le suivi vaccinal ?
- Besoins d'informations et attente vis-à-vis de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins d'informations et de formations sur la vaccination la communication ? - Quelles sont les attentes des prestataires de services de vaccination ?
- Identification des obstacles	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les obstacles individuels, communautaires, environnementaux, institutionnels (liés à l'organisation et la prestation de services) à l'accès aux services de vaccination ? - Quels sont les obstacles et contraintes à l'accès à l'information sur la vaccination ? Quelles sont les contraintes dans l'application des recommandations sur la vaccination ? - Quels sont les obstacles liés à l'offre de service ?
- Stratégies appropriées pour une implication communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les stratégies appropriées pour une meilleure implication de toute la population dans la promotion pour le suivi vaccinal ?
- Identification des meilleurs moyens de prévention de contrôle et de communication	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les meilleurs moyens pour susciter la demande de services de vaccination ? - Quels sont les meilleurs moyens de communication ? Sur quoi devrait-on communiquer pour une meilleure appropriation communautaire de la vaccination ?

1.2.1.2. Au niveau de la demande :

<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les perceptions, représentations et croyances sur la vaccination ? - Quelles sont les connaissances sur la vaccination ? - Quelles sont les sources d'informations et les habitudes de recherche d'information des populations sur la santé, particulièrement sur la vaccination, le calendrier, l'utilité des carnets de vaccination ? - Quelles sont les connaissances sur l'offre de soins (coûts, durée, efficacités des vaccins, effets secondaires) ? - Quelles sont les rumeurs sur les vaccins et les services de vaccination ? (Sources ? opinions ?)
<ul style="list-style-type: none"> - Attitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les attitudes vis-à-vis des services de vaccination ? - Les gens pensent-ils que les maladies du PEV peuvent être évitées par la vaccination ? - Quelle est la perception du risque des maladies du PEV - Sont-ils favorables au PEV ? Qui est le plus et le moins favorable ? - Quelles sont les attitudes vis-à-vis des effets secondaires de la vaccination ? - Quelles sont les opinions sur les prestataires de soins en charge de la vaccination ?
<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Qui prend la décision de vacciner ou non l'enfant ? - Qui influence dans la famille et dans la communauté la décision de vacciner ou non ? - Qui amène l'enfant au service de santé pour la vaccination ? - Quelle action est prise en cas d'effet secondaire ? - A qui s'adresse-t-on en cas d'effet secondaire ? - Dans votre ménage, parlez-vous des questions relatives à la vaccination des enfants ?
<ul style="list-style-type: none"> - Besoins d'informations et attente vis-à-vis de l'offre 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les besoins d'informations sur la vaccination (sur l'offre, les effets secondaires, le calendrier vaccinal) ? - Quelles sont les attentes des bénéficiaires sur les services de vaccination ? - Quelles sont les sources préférées d'information - Selon vous, qui est la personne la plus approprié/digne de confiance pour demander des conseils pour les questions de santé /vaccination ?
<ul style="list-style-type: none"> - Identification des obstacles 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les obstacles individuels, communautaires, environnementaux à l'accès aux services de vaccination ? - Quels sont les obstacles et contraintes à l'accès à l'information sur la vaccination ? - Quelles sont les contraintes dans l'application des recommandations sur le suivi vaccinal ? - Quels sont les obstacles liés à l'offre de service ?
<ul style="list-style-type: none"> - Stratégies appropriées pour une implication communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les stratégies appropriées pour un meilleur suivi du calendrier vaccinal ? - Comment peut-on aider les femmes et les familles à mieux gérer la santé de l'enfant et le meilleur suivi vaccinal ?
<ul style="list-style-type: none"> - Identification des meilleurs moyens de communication pour un meilleur suivi vaccinal des femmes et des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> - Quels sont les meilleurs moyens de communication pour une bonne adhésion au suivi vaccinal des femmes et des enfants ? - Sur quoi devrait-on communiquer pour une meilleure appropriation communautaire des services de vaccination ? à qui ? quand ? et comment ?

1.2.2. L'Objectif général de l'enquête

L'objectif de cette enquête CAP est de décrire les facteurs sociaux qui favorisent ou font obstacle à la complétude du suivi vaccinal en analysant les déterminants de l'offre et de la demande de services de vaccination au Sénégal

1.2.3. Les objectifs spécifiques :

1.2.3.1. Au niveau de l'offre :

- Décrire et analyser l'offre de services sur la vaccination au niveau des structures de santé
- Identifier avec le personnel de santé, les attentes et les besoins de connaissances en matière de vaccination
- Identifier avec les professionnels, les forces et faiblesses de l'offre de services et de la communication concernant la vaccination
- Identifier et analyser les déterminants de l'équité dans l'offre de services de vaccination
- Identifier avec le personnel de santé, les contraintes et obstacles liés à l'offre et à la demande en services de vaccination
- Identifier les actions de communication à entreprendre tant au niveau de l'offre que de la demande pour un meilleur suivi vaccinal
- Analyser les connaissances attitudes et pratiques des prestataires de soins, des acteurs communautaires et des relais des programmes/projets communautaires sur la vaccination

1.2.3.2. Au niveau de la demande :

- Identifier les déterminants du suivi vaccinal chez les enfants de moins de 23 mois et chez les mères d'enfant de moins de 1 an au niveau de l'offre de service de vaccination
- Décrire et analyser les connaissances, attitudes, croyances et pratiques de la population sur la vaccination
- Identifier les déterminants de suivi vaccinal au niveau des bénéficiaires (femmes/mères et gardiennes d'enfants, belles mères et maris)
- Identifier les opportunités et les leviers spécifiques pour supporter une stratégie de communication pour un changement social et de comportement durable dans le cadre

du suivi vaccinal.

- Formuler des recommandations pour les stratégies de communication adaptées à la promotion de la vaccination au Sénégal

1.3. Revue de la littérature

1.3.1. Les facteurs associés au suivi vaccinal en Afrique

1.3.1.1. Au Cameroun

Ba Pouth a proposé une analyse des raisons de non vaccination des mères d'enfants de 12 à 23 mois non ou partiellement vaccinés du district de santé de Djoungolo (Cameroun) en 2012². Les résultats ont montré que soixante-quinze mères/nourrices d'enfants de 12 à 23 mois non ou partiellement vaccinés donnent des raisons diverses de non vaccination de leur enfant.

1.3.1.1.1. Au niveau de l'offre

L'absence d'une formation sanitaire leader publique et la non réalisation des stratégies avancées par le district dans cette aire expliqueraient ces mauvaises performances. La tendance à une meilleure complétude vaccinale des enfants en zone rurale par rapport à la zone urbaine a été soulignée par Wiysonge et al. dans une méta analyse de 24 enquêtes démographiques et de santé faites en Afrique au sud du Sahara entre 2003 et 2010.

Nguefack³ avait abordé la question des connaissances et attitudes des mères en matière de vaccination. Ils ont également fourni des éléments explicatifs des attitudes des populations liées au suivi vaccinal. La qualité de la communication à l'occasion des contacts des mères avec les établissements de soins et lors des sessions de vaccination permettrait de renforcer leur capacité à vacciner leurs enfants.

1.3.1.1.2. Au niveau de la demande

Le manque d'information sur la vaccination (65,3%), les heures de vaccination inadaptées pour la mère /nourrice (45,3%) et l'indisponibilité de la mère/nourrice (28,0%) étaient les trois raisons les plus fréquemment évoquées. Trois répondantes, toutes mères /nourrices d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin ont déclaré que la vaccination était contraire à leurs convictions religieuses. Les heures de vaccination inadaptées étaient significativement associées aux mères d'enfants partiellement vaccinés alors que les convictions religieuses contraires et la perception de l'inefficacité de la vaccination étaient significativement associées aux mères d'enfants n'ayant reçu aucun vaccin.

Ils ont observé que les mères d'enfants de 12 à 23 mois du district de santé de Djoungolo qui avaient peur de la survenue des effets secondaires, qui ne connaissaient pas l'importance de la

² Simon Franky Baonga Ba Pouth, Ditu Kazambu, Dieula Delissaint, et Marie Kobela, « Couverture vaccinale et facteurs associés à la non complétude vaccinale des enfants de 12 à 23 mois du district de santé de Djoungolo-Cameroun en 2012 », Pan Afr Med J. 2014; 17: 91. Publication en ligne 2014 févr. 4. French. DOI : 10.11604/pamj.2014.17.91.2792

³ Nguefack Félicitée, Kobela Marie, Dongmo Roger, Tassadong Christiane, Mah Evelyn, Kago Innocent, « Connaissances, Attitudes et Pratiques des Mères Travailleuses vis-à-vis de la Vaccination des Enfants : Exemple des Revendeuses de Vivres des Zones de Faible Performance Vaccinale » Health Sci. Dis: Vol 17 (2) April-May-June 2016 Available at www.hsd-fmsb.org

vaccination , qui n'avaient participé à aucune causerie éducative sur la vaccination en 2011 au centre de vaccination , qui avaient connu au moins une occasion manquée de vaccination , qui mettaient plus d'une heure pour vacciner leur enfant et qui ne maîtrisaient pas le calendrier de vaccination étaient significativement associées à l'incomplétude vaccinale des enfants.

En résumé, dans cette étude, les analyses multi variées réalisées ont permis de mettre en évidence une association statistiquement significative entre la crainte de la survenue des effets secondaires, la non connaissance de l'importance de la vaccination, l'expérience par la mère / nourrice d'une occasion manquée de vaccination, le délai d'attente au site de vaccination supérieur à 1 heure, la non maîtrise par la mère/ nourrice du calendrier vaccinal et la non complétude vaccinale des enfants de 12 à 23 mois.

La non maîtrise par la mère/ nourrice du calendrier vaccinal a été le facteur prédictif indépendant le plus significativement associé à l'incomplétude vaccinale. Les parents ne maîtrisent pas correctement à quel âge l'enfant doit commencer et terminer ses vaccins, ni même le nombre total de vaccins à prendre. Ce résultat rejoint ceux retrouvés au Nigéria⁴ en 2008 , au Sénégal en 2009 (Ndiaye et al) et en Ethiopie⁵ en 2011 .

Selon Nguefack (2016), en matière de connaissances et attitudes des mères sur la vaccination, La majorité des mères avaient de très bonnes connaissances sur la vaccination des enfants ; presque toutes 263 (99,2%) maîtrisaient la définition et 213 (80,4%) citaient au moins une maladie cible du PEV. Au total, 27 (12,7%), 63 (29,6%), 65 (30,5%) connaissaient au moins sept, six et cinq maladies respectivement. Les plus citées étaient la rougeole 213 (100%), poliomyélite 207 (97,2%), tétanos 188 (88,3%), tuberculose 177 (83,1%), coqueluche 162 (76,0%). L'hépatite et la diphtérie étaient peu connues ; seules 124 (58,2%) et 63 (29,6%) mères les avaient énumérées respectivement. La majorité 201 (98,5%) savait qu'un enfant même en bonne santé devrait recevoir les vaccins. Seules 13 (5,0%) ne savaient pas que la vaccination débutait dès la naissance. Par ailleurs, 167 (63,0%) disaient que la vaccination de routine s'achevait à 9 mois.

La plupart (251 soit 94,7%) disaient qu'un enfant complètement vacciné avait moins de risque d'être malade, que celui qui ne l'était pas

. Plus de 3/4 (211 soit 79,6%) estimaient que le fait de n'administrer qu'une partie des vaccins à un enfant ne le protégeait pas suffisamment. Plus de 9/10ème, soit 245 (92,5%) administraient un médicament en prévision d'une fièvre post vaccinale. Lorsqu'un rendez-vous était manqué, presque toutes rattrapaient la vaccination les jours suivants.

Tous ces éléments leur ont permis d'affirmer que le niveau de connaissance et attitude des mères influençaient significativement la vaccination des enfants. Plus elles avaient de bonnes connaissances, davantage leurs enfants étaient complètement vaccinés. Le fait d'avoir bénéficié d'un counseling sur l'importance de la vaccination soit pendant les consultations

⁴ Olumuyiwa O Odusanya, Ewan F Alufohai, Francois P Meurice, Vincent I Ahonkhai. Determinants of vaccination coverage in rural Nigeria. BMC Public Health. 2008;(8):381. DOI : 10.1186/1471-2458-8-381. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]

⁵ Belachew Etana. Addis Abeba University 2011; Factors Affecting Immunization Status of Children Aged 12-23 Months in Ambo Woreda, West Shewa Zone of Oromia Regional State Ethiopia 2011. Thèse master en santé publique, School Of Public Health.

prénatales ou après accouchement, influençait significativement le statut de vaccination complète des enfants. Les enfants des mères qui avaient bénéficié des causeries éducatives lors des sessions de vaccination avaient 3 fois plus de chance d'être complètement vaccinés. De même, le fait d'être éduquée sur les Manifestation Adverses Post Immunisation (MAPI) avait un effet positif sur la vaccination complète des enfants.

Plus de 2/3 des mères 181 (68,3%) étaient informées par un personnel de santé, seules 11 (4,2%) l'étaient à travers les médias. Il n'existait pas d'influence de la source d'information sur le statut vaccinal complet des enfants.

Presque toutes les mères 262 (98,9%) connaissaient le calendrier de vaccination du site auquel elles étaient fidélisées ; cette connaissance avait influencé la vaccination complète des enfants. En fin, l'éloignement du centre de vaccination, les coûts directs et indirects générés par chaque vaccination, les occasions manquées ne modifiaient pas le comportement des mères par rapport à l'adhérence à la vaccination des enfants.

Les auteurs concluent que si le niveau de connaissances est suffisant et les services disponibles, la surcharge de travail peut ne pas influencer négativement sur le statut vaccinal de l'enfant.

1.3.1.2. En Côte d'Ivoire

BOA⁶ (2005) a analysé les performances du PEV en Côte d'Ivoire, et avait montré plusieurs déterminants des couvertures vaccinales du programme.

1.3.1.2.1. Au niveau de l'offre

L'un des facteurs expliquant le non suivi vaccinal est à lier tout d'abord à l'insuffisance de « l'information, de l'éducation et de la communication » (IEC) et de la mobilisation sociale. S'agissant de la mobilisation sociale, tous les enquêtés (agents de santé, populations) affirment qu'elle est presque « inexistante ». Elle repose sur les agents de santé mais, selon un infirmier, ceux-ci n'ont souvent pas d'argumentations convaincantes pour la faire correctement. Les séances d'IEC, qui devraient constituer de véritables occasions de rencontres avec les parents, n'ont souvent pas lieu. Par ailleurs, les agents de santé communautaire (ASC), qui doivent aider les agents de santé dans leurs tâches, sont en nombre insuffisant et inégalement répartis, parce que, d'après le médecin chef de ce district sanitaire, leur formation est coûteuse.

Un autre fait avait été notifié par l'auteur. Il s'agit de l'inadéquation des calendriers : « Malheureusement, bien souvent, ce calendrier ne coïncide pas avec celui des activités des populations concernées qui est variable selon les saisons et les évènements. En somme, les services de vaccination et les populations ont des calendriers de travail qui obéissent chacun à leur propre logique, à leurs propres exigences. Pour espérer atteindre les populations cibles face à l'incompatibilité des calendriers agricoles et sanitaires, les agents des services de santé de Bouna devraient, soit se conformer au calendrier de travail des villageois, soit « négocier »

⁶ Boa A., « Perceptions du Programme élargi de vaccinations (PEV) et de ses dysfonctionnements dans le district sanitaire de Bouna (Nord-Est de la Côte d'Ivoire). » Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Revue Santé Publique*, Manuscrit n° 2857-g. "Médecine et santé sous les tropiques" *Bull Soc Pathol Exot*, 2006, 99, 5, 386-390.

leur arrivée. »

Il insiste sur le fait que cette négociation « d'ordre social » n'a pas lieu dans la pratique. Le choix ou l'élaboration du calendrier des séances de vaccination est, avant tout, le fait des équipes mobiles et des agents vaccinateurs des formations sanitaires du milieu rural.

1.3.1.2.2. Au niveau de la demande

L'auteur montre bien l'importance de tenir compte des jours de marché hebdomadaires et de repos des villageois.

Enfin, un autre point important souligné par l'auteur, c'est l'incompréhension et la sur-vaccination de la population : « trop piquer » Les populations identifient les maladies du PEV selon diverses entités nosologiques populaires qui recouvrent un ensemble de symptômes. Ces entités sont rattachées à des causes allant des domaines magico-religieux aux microbes (enquêtés du niveau d'études primaire et secondaire). Mais en fait, ces populations ignorent que ces maladies, c'est-à-dire la coqueluche, la diphtérie, la fièvre jaune, la poliomyélite, la rougeole, le tétanos et la tuberculose font l'objet d'un programme spécial appelé PEV.

La vaccination moderne est connue, mais son but préventif reste fortement ignoré. La vaccination est comprise par une grande partie de la population, qui est en majorité encore analphabète, comme un acte curatif. La plupart des agents de santé vaccinent sans indiquer aux populations contre quelle maladie ils leur administrent les vaccins.

L'absence de sensibilisation des populations par les agents de santé explique pourquoi celles-ci ne savent ni contre quelles maladies on les vaccine, ni le nombre de fois qu'elles doivent se présenter aux agents vaccinateurs pour se faire vacciner ou faire vacciner leurs enfants. La vaccination exige de plus, bien souvent, le consentement préalable du chef de famille, détenteur des pouvoirs économique et/ou magico-religieux. C'est ce qui leur fait dire paradoxalement qu'« on les pique trop » et justifie, par moments, leur refus de se présenter aux agents vaccinateurs. Ce d'autant que les mêmes vaccinations peuvent être répétées inutilement du fait de la non-harmonisation du calendrier des séances de vaccination itinérantes entre les agents de santé du milieu rural et les équipes mobiles du district.

Dans une étude menée au Togo, au Bénin et au Burkina Faso sur l'acceptabilité de la vaccination, Levy-bruhl⁷ et al ont mis en évidence l'absence d'adhésion intellectuelle profonde de la population au concept de vaccination de par la distance qui sépare la logique biomédicale des systèmes traditionnels culturels, distance qui se réduira avec les progrès de l'accès à l'instruction. Elles n'ont cependant pas montré d'opposition à la vaccination et les motifs de non-utilisation semblent plutôt liés à une offre de qualité insuffisante et en particulier à une mauvaise communication entre le personnel soignant et les mères. Dans ce contexte, le recours à la vaccination est, en dehors de phénomènes épidémiques, vécu par les mères comme insuffisamment rentable.

⁷ Approches méthodologiques dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest

Concernant la vaccination des femmes. Dans un rapport officiel du Cameroun⁸ abordant la question de la vaccination antitétanique, l'injection doit être faite pendant la grossesse pour protéger la mère et l'enfant. Pour être immunisée, une femme enceinte devrait recevoir 2 doses de vaccin pendant la grossesse sauf si elle a déjà été vaccinée précédemment, dans ce cas une seule dose est nécessaire. 348 mères (67,7% de notre échantillon) étaient en possession d'un carnet de vaccination au moment de l'enquête ; sur toutes les mères enquêtées détenant un carnet, 84,2% ont reçu les deux vaccinations antitétaniques au cours de leur dernière grossesse, 96,3% en ont reçu une. Cette couverture vaccinale est supérieure à celle obtenue dans l'EDS (58,4% pour l'Ouest et le littoral et 49% pour le Cameroun pour les deux doses).

Selon les auteurs, Il semble important de convaincre les femmes qui se rendent au centre de santé de comprendre l'importance de renouveler fréquemment leurs visites, ainsi que de suivre les recommandations concernant les vaccinations et prises de médicament.

1.3.1.3. Au Niger

Dans une étude CAP des populations en matière de santé au Niger, Bara et Souley⁹ (2012) abordaient brièvement la question de la vaccination des femmes en soulignant leurs faibles niveaux de connaissances. Selon leurs recherches, elles sont 74,7% des femmes enceintes qui ont reçu 2 doses de VAT2, même si seules 17,9% savent qu'il protège contre le tétanos (dans la localité de Gaya).

En revanche, 93,2% des mères savent qu'on vaccine les enfants pour éviter les maladies. Les 5 premières principales maladies ciblées du PEV qui ont été fréquemment citées sont la poliomyélite (42,5%) ; la rougeole (35,0%) ; la méningite (19,9%) ; la tuberculose (15,5%) ; et la coqueluche (9,5%). Le tétanos et la fièvre jaune n'ont été cités respectivement qu'à 1,3% et 5,2%. Ils fournissent quelques éléments d'analyse qui peuvent permettre de comprendre les déterminants du suivi vaccinal.

1.3.1.3.1. Au niveau de l'offre

On note particulièrement l'importance des stratégies avancées car les auteurs montrent que trois portes d'entrée de la vaccination et la *supplémentation* en Vitamine A des enfants, ont été signalées par les mères: les campagnes de masse JNV et JNM (5,5% et 28,8%) ; au centre de santé en stratégie fixe (84,6% et 17,9%) ; et en stratégie mobile ou avancée (9,7% et 53,3%).

1.3.1.3.2. Au niveau de la demande

Les principales raisons indiquées par les mères, pour lesquelles l'enfant n'a pas bénéficié de vaccination ou de *supplémentation* en vitamine A, sont les suivantes : il n'a pas l'âge requis (45,1%); l'accès au centre de santé est difficile (40,2%) ; il n'a pas été amené au centre de santé (3,8%) ; et on ne fait pas, ou le vaccin et la vitamine A ne sont pas disponibles au centre de santé (0,5%).

⁸ ENQUETE NUTRITIONNELLE ET SANITAIRE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES (District de santé de Manjo Aire de Santé de Kolla) Maroua, Septembre 2004

⁹ Bara Ibrah et Souley Aboubacar, Analyses des connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations en matière de santé de la mère et de l'enfant dans le département de Gaya, 2012, 87 pages.

A l'entretien de qualité, les personnes ressources ont ajouté la négligence des mères, la corvée d'eau et autres activités champêtres exercées par les femmes, les effets secondaires et la souffrance que subiraient les enfants, le mauvais accueil, l'incompétence des agents de santé, et l'oubli.

1.3.2. Les données et performances du PEV au Sénégal

1.3.2.1. Les données et performances du Sénégal en matière de vaccination (PEV) de 1980 à 2015

Le PEV reste performant et dynamique, malgré quelques contraintes. Le Sénégal a été déclaré pays libre de circulation du Polio virus sauvage autochtone en 2004. Depuis 2004 aucun cas de décès dû à la rougeole n'a été notifié alors que le pays avait enregistré plus de 1000 cas en 2001. Tous les districts ont en 2009 atteint l'objectif de moins d'un cas de tétanos néonatal pour 1000 naissances vivantes. La validation de l'élimination du TMN par le pays a été effective en 2011. Tous les districts ont eu à organiser des campagnes préventives ou de riposte contre la fièvre jaune entre 2002 et 2007. L'incidence de la méningite bactérienne à HIB chez les enfants de moins de 1 an est passée de 21,5 cas pour 100.000 à 1,4 de 2003 à 2007 suite à l'introduction du vaccin en 2005.

Les données d'enquêtes montrent une progression constante des couvertures vaccinales dans le temps. La couverture du vaccin contre la rougeole est passée de 42% en 2001 à 83,9 % en 2013. L'évolution de la couverture vaccinale en fièvre jaune donne les résultats suivants : 83% en 2007 ; 78% en 2008 ; 73% en 2009 et 83,4% en 2013.

Selon l'EDSV 2013, sept enfants de 12-23 mois sur dix (70 %) ont reçu tous les vaccins du PEV. Le vaccin du BCG a été donné (en principe à la naissance) à 96 % des enfants de 12-23 mois. La proportion d'enfants ayant reçu la première dose de pentavalent est également très importante (96 %), mais la couverture vaccinale diminue avec le nombre de doses : de 96 % pour la première dose, elle passe à 93 % pour la deuxième dose, et elle tombe à 89 % à la troisième dose. À noter qu'au total, 7 enfants sur 10 ont reçu tous les vaccins, selon l'EDS continue 2012-2013.

La couverture vaccinale contre la poliomyélite est cependant légèrement plus faible (polio 0 : 72 %, polio 1 : 96 %, polio 2 : 92 % et polio 3 : 83 %) et connaît une déperdition plus importante que le Penta entre les première et troisième doses. La couverture contre la rougeole (78 %) et la fièvre jaune (77 %) est la plus faible de toutes les vaccinations.

La majorité des enfants de 12-23 mois ont eu le BCG (96 %), les trois doses de Penta (89 %), celles de Polio (83 %) et 79 % ont été vaccinés contre la rougeole avant l'âge de 12 mois. Au total, sept enfants de 12-23 mois sur dix (70 %) ont reçu tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (EDS continue 2012-2013). Il y aurait donc 30% d'enfants de 12-23 mois qui ne prennent pas tous les vaccins, 10% qui n'ont pas le Penta 3, et 2% qui n'ont aucun vaccin.

Selon le PPAC révisé de 2013, l'évolution des couvertures peut se lire en 3 périodes :

- De 2001 à 2004 avec une augmentation très importante des couvertures

- De 2004 à 2007 avec une augmentation moins forte
- De 2007 à 2009 avec une inflexion des couvertures en 2008.

L'enquête sur les prestations des services de santé renseigne aussi sur la disponibilité des vaccins. Globalement, selon l'enquête continue sur la prestation des services de soins de santé 2015, même si les services de vaccination de routine sont disponibles dans l'ensemble des structures, ils sont exceptionnellement offerts cinq jours et plus dans la semaine.

Les vaccins réutilisables (polio et DTC/PENTA) sont administrés dans les structures offrant les services de routine de vaccination infantile tous les jours ouvrables de la semaine dans un peu moins d'une structure sur deux (44 %) et 1 à 2 jours par semaine dans un quart des structures (25 %). Les vaccins contre la rougeole, la tuberculose et la fièvre jaune sont davantage offerts 1-2 jour par semaine (respectivement 42 %, 41 % et 43 %).

Parmi les structures de santé qui offrent les services de vaccination infantile et stockent des vaccins en routine, huit structures sur dix (82 %) avaient tous les vaccins de base disponibles le jour de l'enquête.

Toutes les régions ont des disponibilités supérieures à 50 % et huit régions sur 14 sont au-dessus de 80 %. Les régions de Tambacounda (51 %), Ziguinchor (59 %) et Louga (65 %) ont les taux les plus faibles. Cette disponibilité est meilleure dans les centres et postes de santé (respectivement 88 % et 82 %) que dans les hôpitaux (74 %) (ECPSS 2015).

1.3.2.2. Causes des disparités entre les régions dans la couverture vaccinale

Selon le Plan National Stratégique de Communication pour le PEV de routine (PNSCPEV, 2014-2016) le niveau d'instruction des mères est une variable discriminante pour la vaccination des enfants : la couverture vaccinale des enfants dont la mère a reçu une instruction secondaire ou plus est bien meilleure (81 %) que celle des enfants dont la mère a un niveau primaire (71 %) ou aucune instruction (69 %).

Un autre facteur de disparités pourrait être lié à l'accès aux médias surtout chez les mères. D'après les données de l'EDS 2012-2013, la proportion des femmes qui ne sont exposées à aucun média est presque le double de celle des hommes (20 % contre 11 %). La radio et la télévision sont les principaux médias utilisés. En effet, plus de six femmes sur dix (63 % pour la radio et 62 % pour la télévision) et plus de sept hommes sur dix (73 % pour la télévision et 75 % pour la radio) ont déclaré écouter la radio et regarder la télévision, au moins une fois par semaine.

Seules 12 % des femmes contre 24 % des hommes ont déclaré lire un journal au moins une fois par semaine. Les proportions de ceux et celles qui ont été exposés à la fois aux trois médias (radio, télévision et journal) sont très faibles : seulement 10 % des femmes et 22 % des hommes.

En milieu rural, les femmes qui ne sont exposées à aucun média sont proportionnellement plus nombreuses (33 %) qu'en milieu urbain (7 %). Chez les hommes, cette proportion varie de 20 % en rural à 3 % en urbain. La proportion de femmes n'ayant accès à aucun média est

faible dans les régions de Dakar et Thiès (respectivement, 4 % et 7 %). Elle est plus élevée dans certaines régions : 59 % pour la région de Tambacounda, 39 % à Kédougou et 38 % à Kaffrine. Chez les hommes, la proportion de ceux n'ayant aucun accès aux médias varie de 3 % à Dakar à 31 % à Fatick.

D'après l'étude sur la possession des cartes de vaccination menée en 2013, les raisons qui font que les mères ne gardent pas les cartes de vaccination sont principalement :

- La perte en cours de route ou la destruction lors d'un incendie ou déchirée par l'enfant.
- Les nombreux déplacements des parents (transhumants) à l'origine de la perte de la carte.
- La négligence de certaines mères
- L'insuffisance de la sensibilisation sur l'importance de la carte de vaccination

1.3.3. Les facteurs associés au suivi vaccinal au Sénégal

1.3.3.1.L'étude du suivi vaccinal à Ndoulo (Diourbel) en 2009

En 2009, une étude sur le suivi vaccinal dans la région de Diourbel avait été conduite par Ndiaye¹⁰ et al. Au niveau de la demande, en termes de suivi de la vaccination, elle montrait que parmi les enfants qui ont reçu leur BCG, 67,4 % ont été complètement vaccinés (tous les antigènes reçus dont le VAR) ; dont 19,3 % correctement (respectant le calendrier vaccinal du PEV). Le non-respect du calendrier vaccinal était lié à la négligence (83,8 %) répartie entre l'oubli du rendez-vous (33,2 %), le manque de temps (40,3 %) et la perte de la fiche (10,3 %) ; les autres raisons évoquées étant l'inaccessibilité financière (1,1 %) et les voyages (7,7 %).

Concernant les facteurs d'abandon de la vaccination, l'étude montrait que l'abandon de la vaccination avait un lien statistiquement significatif avec cinq facteurs : le sexe ; la disponibilité du carnet de vaccination ; la connaissance des réactions vaccinales ; le respect du calendrier vaccinal ; la prise en charge de la vaccination.

La grande disponibilité de carte de vaccination (95,2 %) a été trouvée dans d'autres travaux¹¹. Les enfants, dont les parents sont en possession d'un carnet de vaccination, ont 8,6 fois plus de chance d'être complètement vaccinés que ceux qui n'en ont pas. Les parents ont compris que seule la possession de la carte de vaccination permet de vérifier si l'enfant a été vacciné et c'est pour eux une preuve qu'ils veillent sur la santé des enfants.

1.3.3.2.L'enquête CAP de 2009 sur le suivi vaccinal

Dans l'étude CAP sur le suivi vaccinal de 2009 également (Faye, 2009), les différentes analyses effectuées montrent que dans les districts de Pikine, Mbour et Touba, on dénombre

¹⁰ Ndiaye ND. M, Ndiaye Papa et al « Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo (Sénégal) » Cahiers Santé vol. 19, n° 1, janvier-février-mars 2009, 5 pages.

¹¹ Santoni F. Le Programme élargi de vaccination : 25 ans demain. Med Trop 2001 ; 1 : 177-86 ;

environ 17,7% des femmes ont des enfants ayant raté BCG (57 enfants) alors que les statistiques de couverture vaccinale dépassent les 100%. Si la majorité de ces enfants ont moins d'un an et ne sont pas sortis du calendrier vaccinal, il y a une proportion réelle d'enfants de plus d'un an qui n'ont pas reçu BCG et n'ont eu aucun contact avec les services de vaccination. En revanche, la majorité de l'échantillon est constituée par des enfants ayant manqué l'antigène de sortie Rougeole/fièvre jaune (61,7%.)

1.3.3.2.1. Au niveau de l'offre

Les analyses montrent qu'une part importante des variables communautaires que nous venons d'évoquer reste intimement liée et corrélée aux aspects institutionnels et organisationnels de la vaccination en général.

Le problème de la connaissance des populations concernant le PEV est en partie consécutif à une sous information. Cette dernière s'explique par l'absence d'une stratégie communautaire de communication. Si certaines maladies ou problèmes de santé conduisent à une surexposition médiatique et un engagement communautaire sans relâche (OCB, relais, Présidentes de GPF), ce n'est pas le cas du Programme Élargi de Vaccination.

Cette activité, à cause de son ancrage historique, son caractère routinier, et le peu de retombées financières pour les relais, est reléguée au second plan en matière de communication. Paradoxalement, les séances de causeries avant la vaccination, lorsqu'elles sont réalisées, se focalisent davantage sur d'autres aspects que le PEV dans ses différentes composantes. Dans les localités de l'enquête, l'implication des relais communautaires dans des activités d'IEC sur le PEV reste assez rare.

En outre, les modes de planification des séances, basées sur des conditionnalités et dépendant de contraintes locales (disponibilité de personnel, logistique, disponibilité des antigènes, gestion des pertes de doses) ont une influence sur l'accès aux services de vaccination ; leur disponibilité ainsi que les délais d'attente auxquels sont confrontées les femmes. Les disponibilités des femmes ne sont pas toujours prises en compte dans la planification des séances, malgré le bon vouloir des soignants. Ces derniers font souvent passer leurs propres contraintes au premier plan, au détriment des jours et heures de disponibilité des femmes.

Cependant, l'un des grands problèmes du PEV, qui a une influence majeure sur le respect des rendez-vous vaccinaux, ainsi que la gestion des perdus de vue et des occasions manquées, reste le système de suivi actif de la cible vaccinale. Le fait que les localités d'enquête soient situées dans des zones avec des mouvements de populations importants nécessite de disposer d'un système de suivi et de gestion de la cible assez performant et dynamique. Or ce dernier a fait défaut dans la majorité des postes de santé, en particulier ceux à mauvaise couverture vaccinale. Le nombre assez significatif d'enfants n'ayant jamais eu de contact avec les services vaccinaux montre que des initiatives pour maîtriser la cible sont rares, sinon inexistantes. Les entrées et les sorties d'enfants ne sont pas connues des soignants, d'où la difficulté de maîtrise de la cible et de sa couverture. En outre, on remarque qu'en cas d'absence, peu de postes de santé mettent en œuvre une stratégie pour retrouver les perdus de vue. D'ailleurs, les modes de rappel des rendez-vous vaccinaux dénotent un manque de suivi de la cible dans certains postes, qui débouche sur un oubli et un manquement aux antigènes. Enfin, les occasions manquées, qui sont une réalité, comme le montrent les résultats,

indiquent des défaillances dans les pratiques professionnelles de certains soignants. L'étude soulignait également l'absence de support de communication, mais aussi d'activités d'IEC communautaire.

1.3.3.2.2. Au niveau de la demande

Les raisons évoquées par les femmes pour justifier leurs manquements aux vaccinations sont diverses et liées les unes aux autres. Elles se distinguent par leur caractère multi varié et imbriqué. Les variations importantes ont été documentées selon les localités, le milieu de résidence, les caractéristiques démo-économiques des femmes et le type de couverture vaccinale. Ces raisons tournent autour des aspects communautaires suivants : la grande mobilité des femmes dans les zones de l'enquête, leur niveau de connaissance de l'utilité de la vaccination et de son calendrier et les capacités économiques. La presque totalité des femmes est assez mobile pour des raisons sociales (événements familiaux et religieux surtout à Touba), professionnelle (à Mbour et Malika) et résidentielle (Mbour et Pikine.) Cependant, celles qui ont raté les antigènes et abandonné se particularisent par leur méconnaissance de la possibilité de faire vacciner leurs enfants là où elles sont en déplacement.

En outre, elles ont une connaissance superficielle de l'intérêt de la vaccination : si le vaccin a un rôle de protection, on n'en sait pas plus sur son utilité préventive, ni sur les maladies cibles ainsi que le calendrier. À cela il faut ajouter que le PEV souffre actuellement de l'effet des campagnes de masse qui induisent des perceptions assez décalées : en dehors des rumeurs négatives qui ont circulé sur ces dernières (surtout à Touba) et que certaines mères convoquent dans le cadre du PEV, l'utilité de vacciner un enfant bien portant reste conçue par certaines femmes comme plus cruciale pour les soignants qu'elles-mêmes. Enfin, il faut remarquer que le niveau de vie assez moyen des familles interrogées au sein des différentes localités rend parfois difficile la possibilité de consentir à certaines dépenses financières pour la vaccination, qui est loin d'être gratuite au niveau des structures de santé. De les prix sont loin d'être standardisés selon le type de stratégie vaccinale considéré.

1.3.3.3.L'enquête CAP de 2014 sur la vaccination

Les analyses de l'enquête CAP de 2014 permettent aussi d'entrevoir quelques éléments explicatifs des attitudes et comportements des populations concernant la vaccination.

1.3.3.3.1. Au niveau de l'offre

Plusieurs éléments d'analyse étaient liés à l'offre de services de vaccination :

- Le temps d'attente trop long et l'inadaptabilité des horaires de la vaccination
- Le mauvais accueil de la part du personnel de santé
- Les renvois si on n'a pas au moins 10 enfants pour le vaccin du BCG
- Les problèmes de monnaie
- La distance et le manque de moyens de transport

- Les cas de pertes du carnet de vaccination

Spécifiquement, des points ont été développés sur l'offre en communication :

- Accent sur les campagnes. Beaucoup de ressources sont allouées à la mobilisation sociale événementielle et à travers les médias de masse. L'accent sur les médias de masse se fait au détriment de la communication interpersonnelle, alors qu'elle est particulièrement indiquée pour motiver les parents à observer le calendrier de vaccination et persuader ceux démotivés ou résistants. Les comités de santé, élus locaux et leaders communautaires, leaders d'opinion et autorités administratives, sont impliqués lors des campagnes mais ne sont pas engagés dans la promotion de la vaccination de routine. La communication pour la vaccination n'attaque pas les rumeurs.
- Opportunités de rappel du respect du calendrier vaccinal. Les programmes radiophoniques les plus populaires (information, musique, sermons religieux, sports, émissions santé...), ne sont pas sources d'information sur la vaccination. Le potentiel des radios communautaires, des réseaux de ressources communautaires (troupes théâtrales, OCB, GPF, TIC...) n'est pas suffisamment exploité. Peu de parents citent les chefs de village/quartier, les tradipraticiens et les leaders religieux comme source d'information sur la vaccination alors qu'ils sont très écoutés. Les mères ont également recommandé une plus grande sensibilisation des pères à travers les médias. Il n'y a que les Bajenu Gokh qui parlent aux pères, mais non pas de façon systématique. Les grands-mères sont également souvent source d'information sur la vaccination mais n'ont pas été ciblées pour promouvoir les messages.
- Communication du haut vers le bas. La communication ne privilégie pas l'apprentissage participatif et l'utilisation des méthodes de prise de décision pour améliorer la participation communautaire. Les stratégies existantes visent à transférer les messages (Top – Down) et ne favorisent pas l'interaction autour des messages pour mieux les comprendre, les accepter, les approprier, éliminer les obstacles ressentis à la vaccination. Ceci est vrai tant du côté personnel de santé que des agents communautaires, qui ne sont pas suffisamment équipés en communication interpersonnelle /dialogue communautaire. Les agents communautaires mènent leurs activités de sensibilisation en utilisant leurs compétences personnelles.
- Aptitudes des agents communautaires en communication / motivation : La plupart des agents communautaires ne sont pas équipés pour faciliter la discussion et l'action au niveau communautaire. Ils ne disposent pas toujours des contenus de message pertinents pour donner les informations de base sur la vaccination, pour augmenter la perception des avantages de la vaccination, pour lutter contre les idées fausses, les rumeurs et les craintes des effets secondaires. Ils ne disposent non plus de matériels et supports de communication suffisants.
- Communication non intégrée : la communication sur la vaccination et les autres pratiques de santé ne sont pas intégrées alors que ce sont les mêmes acteurs au niveau communautaire qui cherchent à promouvoir ces pratiques en direction des mêmes

cibles. La communication pour la vaccination de routine doit être intégrée pour être optimale et lutter contre les idées fausses telles celles sur les maladies évitables par la vaccination (ex. paludisme).

1.3.3.2. Au niveau de la demande

Les données de l'enquête qualitative CAP menée en 2014 permettent de regrouper les barrières comportementales comme suit :

- Connaissances des parents : Très peu de mères (et encore moins de pères) connaissent le type/nombre des maladies évitables par la vaccination, le nombre de contacts/vaccins qu'il faut faire, les rappels et le calendrier vaccinal. Ils ne savent pas à quel âge il faut faire vacciner l'enfant ni combien de fois. Certains parents ne savent pas qu'ils peuvent faire vacciner l'enfant dans n'importe quel centre de santé, pour autant qu'ils aient le carnet de vaccination, ce qui pose problème pour les saisonniers/nomades. De façon générale, les grands-mères connaissent mieux la vaccination que les mères, sans doute parce qu'elles ont vécu les années 1980 et 90, lorsque le PEV était un programme phare au Sénégal. Ces dernières conseillent souvent aux mères d'aller à la vaccination mais de leur propre initiative. Elles ne sont pas impliquées de façon systématique dans la promotion de la vaccination de routine.
- Idées fausses sur les maladies évitables par la vaccination /manque d'efficacité perçue de certains vaccins : la majorité des parents pense que les vaccins sont efficaces car ils ont constaté ou entendu parler de bouche à oreille (pour les femmes plus jeunes) de la diminution de la mortalité due à la rougeole, en particulier. Ils sont conscients que si tous les enfants ne sont pas vaccinés les maladies pourraient ressurgir. Cependant, presque tous les parents pensent que la vaccination permet de prévenir la diarrhée, le paludisme, les vomissements, la grippe, les parasitoses. Ils s'étonnent de la fréquence de ces maladies en dépit de la vaccination, mettant en doute l'efficacité de certains vaccins (ce qui pourrait démontrer que les acteurs de santé n'informent pas toujours adéquatement les mères sur le vaccin administré à l'enfant (contre quelle maladie l'enfant est vacciné).
- Perte du carnet de vaccination et ignorance de la gratuité de la vaccination. Certaines mères n'ont pu conserver la carte pour les raisons suivantes : perte, incendie, déchirée par les enfants, intempéries, ce qui fait qu'elles ne peuvent plus connaître les RV. Les mères recommandent que la carte de vaccination soit mise dans une pochette en plastique pour la protéger ou qu'elle soit faite d'un matériau plus rigide. Elles pensent aussi qu'il faut promouvoir la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, d'autant que certains parents ne savent pas que la vaccination est gratuite ou sont réticents à payer. Ceci signifie que la compréhension de l'importance du carnet de vaccination est généralisée mais que certaines femmes ne perçoivent pas encore pleinement son utilité.
- Préférence pour la vaccination de campagne : Certains parents (zones

reculées/nomades) ne connaissent pas la vaccination de routine. Ils connaissent davantage les campagnes et ne font pas la différence entre campagnes de vaccination et celle de routine. Certains parents ne vont pas à la vaccination de routine et préfèrent les campagnes parce qu'ils n'ont pas à se déplacer et peuvent se consacrer à leurs activités. Ceci montre que les contraintes liées aux services (temps d'attente, distance, horaires, etc.) sont réelles et méritent d'être adressées.

- Perception de l'importance /priorité de la vaccination : Les parents qui ne vaccinent pas leurs enfants ou ne terminent pas la série de vaccinations sont considérés comme négligents. La raison la plus souvent évoquée pour expliquer cette négligence est l'appât du gain : ils préfèrent se consacrer à des activités génératrices de revenus plutôt que d'emmener leur enfant à la vaccination. En fait, derrière cette négligence se cachent l'oubli et les priorités conflictuelles. Il semblait difficile pour les parents pauvres de parcourir de longues distances et d'attendre pendant des heures pour la vaccination, quand ils devraient travailler pour nourrir leur famille. Parfois les cérémonies familiales mobilisent les mères, remettant ainsi à plus tard la vaccination de l'enfant.
- Attitude du père. De façon générale, les pères sont favorables à la vaccination. Ils se déclarent prêt à fournir un moyen de transport aux mères, à payer les frais associés à la vaccination et à rappeler les rendez-vous aux mères. Certains d'entre eux considèrent cependant que la vaccination est une affaire de femme et par conséquent, n'estiment pas devoir emmener eux-mêmes leur enfant à la vaccination. Certains hommes interdisent également à la femme d'aller à la vaccination, peut-être en raison des rumeurs (ex. la vaccination rend stérile) ou bien, parce qu'ils ne veulent pas assumer les coûts. Les mères souhaitent que les pères soient informés davantage sur la vaccination pour être convaincus de la nécessité de faire vacciner leurs enfants. Elles disent que la sensibilisation cible quasi uniquement les femmes et pas suffisamment les hommes.
- Rumeurs La majorité des parents a entendu des rumeurs sur la vaccination, particulièrement pour les campagnes, entre autres (i) la vaccination cause la stérilité ; (ii) c'est une ruse qui vise à enrichir les agents de santé et les industries pharmaceutiques ; (iii) la vaccination est contre l'Islam (certains parents demandent même au chef religieux si la vaccination ne va pas à l'encontre des principes de l'Islam).
- Manque d'information sur les effets secondaires. De façon générale, il y a un manque d'information sur les effets secondaires et la conduite à tenir. Certains parents se plaignent des effets secondaires, principalement à cause de la douleur infligée à l'enfant. D'autres pensent que les effets secondaires sont preuve d'une vaccination réussie.

SECTION 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

2.1. Les méthodes et outils de collectes

2.1.1. Les méthodes

Dans le cadre de la réalisation de cette étude, l'approche qualitative a été privilégiée. Elle est sous-tendue par une analyse documentaire, et des observations directes en milieu communautaire de même que dans les infrastructures sanitaires afin de mieux identifier et analyser les déterminants du suivi/non-suivi vaccinal, ainsi que les attentes et aspirations des communautés sur la vaccination. Des données quantitatives ont été également utilisées par la revue de certains rapports et supports disponibles, afin de renseigner la situation de la CCSC et de la couverture vaccinale au Sénégal (Statistiques sanitaires, études CAP, revues externes du PEV). En résumé la méthode de collecte des données a été réalisée selon deux approches :

2.1.1.1. Une approche qualitative

Au niveau des structures de santé qui a permis de :

- Documenter le point de vue des professionnels de santé et acteurs communautaires sur la vaccination et les pistes de messages qu'il faudrait véhiculer pour l'adhésion des communautés au PEV et faciliter le suivi vaccinal.
- Décrire l'offre de services de vaccination au niveau des services de santé
- Documenter les CAP des professionnels de santé et du personnel communautaire sur la vaccination
- Documenter le point de vue des acteurs de la santé sur l'organisation du PEV, les opportunités et contraintes, mais aussi leurs perceptions de la demande et des barrières au suivi vaccinal en particulier.

Au niveau institutionnel et des acteurs de la santé (ONG, partenaires) qui a permis de :

- Documenter les politiques, normes et protocoles actuels dans le domaine de la vaccination et de la communication au niveau communautaire.
- Analyser les dispositifs de communication sur la vaccination, leurs forces et faiblesses, les actions spécifiques à entreprendre.

Au niveau communautaire qui a permis de :

- Documenter le point de vue des communautés et leaders susceptibles d'être impliqués dans la stratégie de promotion du PEV.
- Documenter les CAP des communautés en matière de vaccination

- Identifier les normes sociales liées à la vaccination
- Décrire et analyser les orbites d'influences au niveau communautaire
- Identifier les meilleures stratégies de communication dans un processus participatif

2.1.1.2. Une approche quantitative

Elle a été menée au niveau communautaire auprès des mères et gardiennes d'enfants pour :

- Apprécier le niveau des connaissances actuelles des communautés sur la vaccination
- Identifier les attitudes et pratiques communautaires concernant la vaccination des femmes et des enfants

2.1.2. Les outils de l'enquête

La collecte des données a été réalisée par le biais de focus group, d'entretiens individuels, de questionnaires, de fiche de renseignement et d'observations.

- Les focus group ont été réalisés au niveau communautaire avec les cibles composées de mères et gardiennes d'enfants de 0 à 23 mois.
- Les entretiens individuels ont été utilisés pour interroger les agents de santé (ICP ou agents vaccinateurs), les agents communautaires (relais et Bajenu Gox), les pères d'enfants de 0 à 5 ans et les autorités locales (chefs de quartiers et chefs de village chefs religieux).
- Des questionnaires CAP ont été administrés aux mères d'enfants de 0 - 23 mois. Au total, 379 questionnaires CAP ont permis de documenter les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de vaccination.
- Des fiches de renseignements par poste de santé (16 au Total) qui ont permis de recenser le personnel de santé disponible dans les structures, puis de renseigner le niveau d'implication et le rôle de chaque membre du personnel ainsi que les offres de services en matière de vaccination et les actions prises pour assurer l'équité.

2.2. Choix des sites d'enquête

En ce qui concerne l'enquête qualitative, un échantillonnage raisonné basé sur des critères de diversification a été réalisé. Cette méthode assure une représentation de la diversité des différentes situations possibles. De manière spécifique, les critères retenus sont les taux (forts ou faibles) de couverture vaccinale, le milieu urbain et le milieu rural.

Concrètement, les premières unités de choix ont été les régions qui ont une couverture différente. Après plusieurs échanges avec la direction du PEV, sept (07) régions ont été retenues :

- Régions à bonne couverture : Kaffrine (Malem Hodar) ; Diourbel (Touba) ; Kolda (Médina Yoro Foula)
- Régions à faible couverture : Matam (Kanel) ; Ziguinchor (Ziguinchor) ; Tambacounda (Tambacounda) ; Dakar (Keur Massar et Dakar Centre)

Au niveau des régions, des districts sanitaires ont été choisis (selon les préoccupations de la direction du PEV et selon les couvertures vaccinales). Dans chaque district des postes de santé ont été visités selon un choix raisonné : deux (2) structures aux profils de PEV différents : un poste de santé ayant une bonne couverture et un autre avec une couverture faible.

Au niveau de chaque poste, nous avons diversifié le choix des localités/villages/quartiers en portant notre attention sur ceux où les taux de perdus de vue sont les plus importants et ceux où la couverture est assez bonne.

Dans la région de Dakar nous avons collecté des données dans deux districts sanitaires : District de Keur Massar et District Centre. Le district Centre compte 25 unités de vaccination dont 15 postes de santé. Ces postes de santé sont implantés dans l'espace urbain avec un découpage géographique régi par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Selon ce découpage sanitaire, des statistiques spécifiques à chaque poste de santé montrent leurs performances en termes de couverture sanitaire. Ainsi, dans ce district, ont été choisis le poste de santé de Bourguiba dont les performances sont négatives et le poste de santé de Derklé dont les performances sont positives. Pour le poste de santé Bourguiba, deux quartiers ont été choisis : la Cité Bissap (quartier à couverture négative) et Niary Taly (quartier à bonne couverture). Pour le poste de santé de Derklé, les deux quartiers retenus ont été : Pakk Naadio (quartier à couverture négative) et Cité Marine (quartier à bonne couverture).

Dans la région de Kolda, les enquêtes se sont déroulées dans le district sanitaire de Médina Yoro Foula (MYF). Les postes de santé de Ndorna et de Bourouco ont été sélectionnés. Le premier a une bonne performance tandis que le deuxième est moins performant en termes de couverture vaccinale. Pour le poste de Ndorna, les investigations ont ciblé les villages de Bayoungou (bonne couverture vaccinale) et de Synthian Abibou Sène (faible couverture vaccinale). En ce qui concerne le poste de Bourouco, les villages de Médina Sily (bonne couverture vaccinale) et de Hamdalaye (faible couverture vaccinale) ont été visités.

Dans la région de Ziguinchor, les postes de Colette Senghor, très performant et PMI Escale, peu performant, ont été sélectionnés. Les investigations ont ciblé les quartiers à bonne couverture vaccinale (Boucotte Ouest pour le PS Colette Senghor et Goumel pour le PS de PMI escale) et les quartiers à faible couverture vaccinale (Boucotte Est pour le PS Colette Senghor et Dié Faye pour le PS de PMI escale).

Dans la région de Tambacounda, ce sont les postes de santé de Nettéboulou (meilleure couverture) et celui de Dépôt (plus faible couverture) qui ont été retenus. À Malem Hodar, Makka Bellal (meilleure couverture) et Ndioté Séane (plus faible couverture) ont été choisis. À Tambacounda, les localités de Bantantinty (bonne couverture) et Kouлары (moins bonne couverture) qui ont été retenues, À Malem Hodar, ce sont les localités de Makka Bellal (BC) et de Bellal (FC) qui ont été choisies. Pour des raisons de disponibilité de cibles

communautaires, nous avons rajouté la localité de Thiantang qui comporte les mêmes caractéristiques que Bellal (FC).

Dans les régions de Matam et Diourbel les enquêtes se sont déroulées dans les districts de Touba et de Kanel. À Touba deux postes de santé ont été visités : Oumoul Khoura et Keur Niang. À Kanel, les postes de santé visités ont été celui de Gawédé Boffé et celui de Waoundé.

2.3. Échantillonnage

2.3.1. Les populations ciblées par l'enquête

Au niveau communautaire, les enquêtes ont ciblé :

1. Les mères ou gardiennes d'enfants de 0 à 23 mois dont les enfants n'ont eu aucun contact avec les services de vaccination depuis leur naissance
2. Les mères ou gardiennes d'enfants dont les enfants ont raté au moins un antigène prévu par le calendrier vaccinal
3. Les mères ou gardiennes d'enfants dont les enfants ont complété leur calendrier vaccinal).
4. Les hommes (maris et pères d'enfants de 0-23 mois), les belles mères, les leaders communautaires.
5. Au niveau du poste de santé les agents vaccinateurs, engagés dans l'organisation et la mise en œuvre de la séance : infirmier, ASC, Matrone ou sage -femmes, deux relais communautaires.
6. Les personnes ressources telles que les MCD, responsables de la vaccination au niveau district et les élus locaux.

2.3.2. Constitution de l'échantillon

2.3.2.1. L'échantillon qualitatif

Le choix des personnes interrogées dans l'approche qualitative répond à un raisonnement permettant d'inclure les acteurs de l'offre (prestataires de soins et PTF) et les acteurs de la demande (mères/gardiennes d'enfants 0-23 mois ; pères/tuteurs d'enfants 0-23 mois ; collectivités locales ; leaders communautaires).

La représentativité statistique n'étant pas visée dans l'approche qualitative, nous avons diversifié l'inclusion des participants en fonction des critères raisonnés. Pour les mères/gardiennes d'enfants, deux critères d'inclusion ont été essentiels :

- Mères gardiennes d'enfants complètement vaccinés (vérification du carnet obligatoire)
- Mères gardiennes d'enfants avec suivi vaccinal incomplet (vérification du carnet de santé)

Pour les pères et tuteurs, nous avons aussi suivi les mêmes critères, en diversifiant leur choix

selon les ménages (si dans un ménage une mère/gardiennne d'enfants est ciblée, le choix du père se fait dans un autre ménage). Le même critère a prévalu pour le choix des belles mères et grands-mères.

En ce qui concerne les collectivités locales, nous avons ciblé les élus locaux des localités ciblées.

Les prestataires de soins, les relais et les BG ont été choisis dans les structures ciblées, en fonction de leur niveau d'implication dans la vaccination (offre de services et promotion de la demande).

Au total, 41 professionnels de santé ont été interrogés au niveau des structures de santé (régions médicales, districts et postes de santé), près de 44 acteurs communautaires, 47 mères/gardiennes d'enfants 0-23 mois, 24 BM/GM, 20 pères/tuteurs d'enfants 0-23 mois, 14 leaders communautaires.

33 focus group ont aussi été réalisés avec des mères/gardiennes d'enfants avec au minimum 6 participantes par focus group.

2.3.2.2. L'échantillon quantitatif

La taille de l'échantillon pour une population supérieure à 10000 est donnée par la formule suivante¹² :

$$n = (t^2 \times p(1-p))/m^2 ;$$

- n = taille de l'échantillon requise,
- t = niveau de confiance à 95% (valeur type de 1,96),
- p = proportion estimative de la population présentant la caractéristique étudiée dans l'étude (lorsque cette proportion est ignorée, une pré-étude peut être réalisée, sinon p=0,5 sera retenue),
- m = marge d'erreur à 5% (valeur type de 0,05).

Ce qui nous donne ainsi $n = (1,96^2 \times 0,5(1-0,5))/0,05^2 = (3,8416 \times 0,25)/0,0025 = 0,9604/0,0025 = 384,16 = 385$.

En ce qui concerne l'échantillon quantitatif, la même procédure a été suivie. Les échantillons ont été choisis dans les mêmes localités (citées plus haut). Le questionnaire « mères ou gardiennes d'enfants » a été administré à un échantillon constitué selon la procédure du sondage aléatoire stratifié à trois degrés dans chaque district :

- Premier degré : Pour le choix des unités primaires (postes de santé), deux (2) structures aux profils de PEV différents sont sélectionnés (un poste de santé ayant une bonne couverture et un autre avec une couverture faible).

¹² Sources :

- Benoit Le Maux ,Conduite de petites enquêtes nutritionnelles, Manuel de terrain, Rome (FAO, 1992) ; Choisir l'échantillon, Statistiques, logiciels et enquête.
- Sarr Moussa Dieng et Sarr Samba Cor, Enquête CAP en matière d'Hygiène sur chez les populations de la zone de concentration opérationnelle bénéficiaires du programme santé de base SEN 027, septembre 2015, page 14..

- Second degré : Pour le choix des unités secondaires (localités, villages ou quartiers), dans chaque zone de responsabilité du poste de santé, nous avons porté le choix de localités où les taux de perdus de vue sont les plus importants et un quartier/village témoin, où la couverture vaccinale est bonne.
- Troisième degré : Pour le choix des Unités tertiaires, dans chaque localité enquêtée, nous avons choisi 12 ménages éligibles (chiffre aléatoire) où une femme mère ou gardiennes d'enfants de 0 à 23 mois a été interrogée. Dans chaque ménage, un seul enfant de 0-23 mois est choisi (le plus jeune). Pour éviter les biais liés aux erreurs de remplissage, nous avons vérifié et validé les questionnaires in situ par localité. Au final, 379 questionnaires ont été administrés dans les huit (08) districts ciblés (avec 6 questionnaires non administrés pour des raisons d'indisponibilité des personnes à interroger dans certains quartiers de Dakar).

Tableau récapitulatif de toutes les personnes interrogées par région, district, poste de santé et quartier

Groupes ciblés	Régions →	Dakar				Tambacounda		Kaffrine		Kolda		Ziguinchor		Matam		Diourbel		Total
	Districts →	Dakar centre		Keur Massar		Tambacounda		Malem Hodar		MYF	Ziguinchor		Kanel		Touba		↓	
↓	Poste de santé →	Bourguiba	Derklé	Thiaroye Minam	Malika	Dépôt	Nettéboulou	Ndioté séane	<i>Makka Bellal</i>	Ndorna	Bouroco	PMI Escale	Colette Senghor	Waoundé	Gawdé Boffé	Oumoul Khoura	Keur Niang	16
Professionnels de santé	MCD/SSP	01		01		01		01		02		02		01		01		10
	ICP	01	01	01	01	01	01	00	01	01	01	01	01	01	01	01	01	15
	SF	00	000	00	00			01		00	00	00	00	00	01	01		03
	Responsables PEV	01	01	01	00	01		01		01		01		00	00	00	00	07
	Responsables IEC	00		00		01		01		01		01		01		01		06
Acteurs communautaires de soins	ASC	00	00	00	00	00	01	00	00	00	01	00	00	00	00	00	00	02
	Matrone	00	00	00	00	00	01	00	00	01	00	00	00	00	00	00	00	02
Acteurs communautaires de Prévention et de promotion	BG	02	02	02	02	01	01	01	02	02	02	01	01	01	01	02	02	25
	Relais	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	01	00	01	00	14
Mères et gardiennes d'enfants	Mères F+	01	01	01	01	02	02	03	02	01	01	01	01	02	02	02	02	25
	Mères F-	01	01	01	01	02	02	00	02	01	01	01	01	02	02	02	02	22
Belles mères/GM Pères	BM/GM pères	02	02	02	02	01	01	01	01	02	02	02	02	01	01	01	01	24
Personnes ressources (Imam, chefs de quartiers, chefs de quartiers,	Imam, chefs de quartiers	02	01	02	01	01	01	01	01	01	01	01	01	00	00	00	00	14
Collectivités locales		00	00	00	00	00		01		01		01	00	01	00	00	00	04
	Focus group	02	02	02	02	02	02	02	03	02	02	02	02	02	02	02	02	33
	Questionnaires ménages	23	22	22	22	24	25	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	379
Total																		

Statistiques de la collecte : 33 focus group réalisés (avec 6 femmes au minimum/focus group) ; 194 entretiens individuels réalisés ; 379 questionnaires ménages ; 16 fiches de renseignements

2.4. Le traitement des données et les méthodes d'analyses

En ce qui concerne les entretiens et les focus, les enregistrements ont été retranscrits en français puis nettoyés (vérification de la complétude des données, de l'orthographe, le repérage et la correction des incohérences). Les entretiens nettoyés ont été importés dans le logiciel Nvivo qui a permis de faire une analyse de contenu, avec différentes thématiques. Pour chaque thème et chaque catégorie de cible, les extraits d'entretien les plus significatifs ont été sélectionnés pour l'argumentation et les analyses. Des procédures ont été rédigées concernant l'enregistrement, la nomination, l'organisation et la retranscription des entretiens en respectant les normes éthiques (incluant la confidentialité et l'utilisation de pseudonymes).

Les données du questionnaire ont été saisies dans le logiciel SPSS (Scientific Package for social Sciences) puis nettoyées. Les données quantitatives issues de 379 questionnaires ont été présentées sous forme de tableaux pour permettre une analyse uniquement descriptive.

Après écriture d'une première version par un ou deux auteurs, chaque chapitre est relu par au moins une des deux responsables scientifiques et a fait l'objet d'échanges avec l'auteur (ou les auteurs). Puis l'ensemble des auteurs ont relu le rapport dans l'objectif d'en vérifier la cohérence. En cas d'informations non cohérentes, une investigation complémentaire de vérification est menée.

SECTION 3 : LES CARACTÉRISTIQUES DES LOCALITÉS ET LES NIVEAUX D'IMPLICATION DE CHAQUE ACTEUR

Introduction

L'enquête CAP de 2017 a été réalisée dans 8 districts sanitaires (ne correspondant pas forcément au découpage administratif) répartis dans sept régions du Sénégal : Dakar, Matam, Diourbel, Kaffrine, Tambacounda, Kolda et Ziguinchor. Dans la région de Dakar, deux districts ont été choisis (district centre et district de Keur Massar). Dans les autres régions, un district sanitaire est choisi conformément aux caractéristiques précisées dans les méthodes d'échantillonnage et les choix des sites d'enquête.

L'enquête a porté sur un ensemble de populations concernées par les questions de vaccination. Comme nous le précisons dans le cadre méthodologique, nous avons porté notre attention sur certaines catégories :

1. Les professionnels de santé officiant dans les localités visitées (ICP, SF, Point focaux PEV, chargé d'IEC/CCC, BREIPS)
2. Les mères et gardiennes d'enfants de 0-23 mois ayant eu des contacts avec les structures de santé et ayant débuté la vaccination (de la femme et de l'enfant)
3. Les mères d'enfant zéro dose (n'ayant jamais eu de contact avec les services de vaccination)
4. Les pères ou tuteurs d'enfants de 0-23 mois
5. Les belles mères et grand-mères d'enfant de 0-23 mois
6. Les élus locaux (maires, responsables de commissions santé)
7. Les imams, chefs de quartiers et chefs de villages
8. Les acteurs communautaires de soins (ASC, matrones)
9. Les acteurs communautaires de promotion et de prévention (BG, relais)
10. Les acteurs communautaires (responsables de comités de santé)

Les différentes catégories ont participé à la réalisation de cette enquête CAP, en répondant volontairement aux questions.

La présente partie s'attèle à fournir un ensemble d'éléments d'informations géographiques et sociodémographiques, culturelles et socioéconomiques susceptibles d'avoir un lien avec les connaissances, croyances, attitudes et pratiques liées à la vaccination au Sénégal.

Deux grandes parties la structurent. Une première décrit les informations géographiques que nous souhaitons mettre en exergue dans l'analyse des déterminants du suivi vaccinal. Une seconde permet d'avoir des informations sur les types de populations ayant participé à l'enquête CAP.

Les données sont présentées sans jugement de valeurs ni parti-pris, encore moins dans une optique discriminatoire. Le rôle de chaque acteur est décrit en fonction des entrevues avec les personnes concernées. L'analyse des données allie les éléments quantitatifs et qualitatifs

3.1. Les caractéristiques socio-démographiques des localités visitées

La présente partie s'attèle à fournir un ensemble d'éléments d'informations géographiques et socio-démographiques, culturelles et socio-économiques susceptibles d'avoir un lien avec les connaissances, croyances, attitudes et pratiques liées à la vaccination au Sénégal.

3.1.1. Les localités visitées à Dakar

La Cité Bissap est un quartier populaire avec une population assez hétérogène, composée de wolof, pulaar, *peulh Fouta* mais surtout de sérère. Les acteurs communautaires rencontrés dans ce site, décrivent les sérères et *peulh Fouta* comme les populations les plus vulnérables (déficit d'accès à l'information sur la vaccination, absence de carnet de vaccination, mobilité). Niary Taly est la seconde localité sous la couverture du poste de santé Bourguiba. Cette localité tout comme Cité Bissap est un site à forte densité humaine, caractérisé par un environnement insalubre. Pakk Naadio est un petit quartier populaire niché dans le marché Castor. Il est occupé par une forte communauté de Guinéens et de sérères (lingères, bonnes, taximan, saisonniers). Ce marché fait office de dortoir pour la plupart de ces populations ci-dessus énumérées. La Cité marine est le quartier le mieux lotis, le plus salubre des localités concernées par l'enquête. On y retrouve une population résidente mais aussi des sérères (lingères/bonnes dans des points bien localisés dans la cité en attente de clientèle) et des *peulh Fouta* tenant les boutiques qui font généralement office de dortoir.

Dans le district de Keur Massar, les 2 postes de santé visités sont le poste de santé de Thiaroye Minam (à mauvaise couverture vaccinale) et le poste de santé de Malika (à bonne couverture vaccinale). Pour le poste de santé de Thiaroye Minam les 2 quartiers sont Bagdad 2 (quartier à couverture négative) et Sinay Ababacar (quartier à bonne couverture). Les quartiers Bagdad 2 et Sinay Ababacar Sy sont caractérisés par leur cadre insalubre, la promiscuité des habitats, ainsi que le manque de ressources financières de la plupart des populations. Pour le poste de santé de Malika, les quartiers de Alioune Sène (quartier à couverture négative) et Aliou Gadiaga (quartier à bonne couverture), ont été visités. Les quartiers de Alioune Sène et Aliou gadiaga présentent des similitudes avec les autres sites ci-dessus décrits. Les cadres de vie sont précaires et abritent des populations majoritairement démunies et à faible niveau de scolarité.

Les quartiers concernés par l'enquête au niveau des deux districts sanitaires (Centre et Keur Massar) sont implantés dans des sites essentiellement urbains avec un accès à des services sociaux de base : eau courante, électricité, écoles et structures de santé. Les structures de santé y sont accessibles dans un rayon de 5 km conformément aux normes de l'OMS. La population est hétérogène et très dynamique en termes de mobilité de travail dans les sites :

- de résidence (activités de travail dans le même lieu de résidence ex marché, commerce)
- en direction de Dakar (au quotidien) avec des mouvements pendulaires
- en direction des autres banlieues environnantes
- en direction d'autres sites hors de Dakar

La mobilité est une réalité, favorisée par le dispositif routier et les réseaux de moyens de

transport modernes (Bus, Tata, Taxi, voitures de particuliers, autres transports en commun). Les moyens de communication et télécommunication modernes (téléphones portables, télévision, radio) sont accessibles de même que les dispositifs sanitaires : cohabitation de réseau de structures de santé publiques et de structures de santé privées dans des espaces réduits. Dakar est le réceptacle de l'exode rural en provenance de toutes les régions du Sénégal avec une disparité dans le paysage urbain (quartiers résidentiels bien lotis, banlieue à conditions de vie précaires).

À l'exception de la Cité Marine de Derklé, les autres quartiers sélectionnés dans le cadre de l'enquête dans le District Centre comme Keur Massar sont des localités à forte densité humaine où les conditions de vie sont précaires (insalubrités, promiscuité et faibles revenus économiques des populations).

Au niveau communautaire, la plupart des cibles interviewées, n'ont pas reçu d'éducation scolaire ou ont arrêté les études au niveau primaire ou secondaire. Rares, sont ceux qui ont obtenu le bac ou atteint le niveau d'étude supérieur.

3.1.2. Les localités visitées en Casamance

Les enquêtes ont été faites dans deux types de localité : un district rural et un district urbain. Le district sanitaire de MYF est composé de plusieurs villages. Il est habité par des peulh qui exercent dans l'élevage et l'agriculture. L'on retrouve également des wolof qui le commercent pendant les louma, principaux marchés de la zone, et des sérère éleveurs et agriculteurs. Les populations y ont un niveau d'étude relativement faible corrélé à l'absence d'école dans plusieurs villages. Le département est marqué par sa proximité avec la Gambie et l'accès limité à l'électricité, aux média et au réseau téléphonique. Les panneaux solaires sont utilisés dans plusieurs concessions pour l'éclairage et, rarement, pour alimenter les postes téléviseurs. Les villages sont distants les uns des autres avec des difficultés d'accès en période hivernale (particulièrement Hamdalaye). La présence de relais, Bajenu Gox et Comité de Veille et d'Alerte Communautaire (CVAC), très connus et très engagés, est notée dans cette localité.

Le district urbain de Ziguinchor est majoritairement habité par les diola, Manjacque, Socé et Mankagne qui vivent de l'agriculture et du commerce. Les populations y ont un niveau de scolarisation assez avancé et s'expriment dans plusieurs langues locales. Le district est marqué par sa proximité avec la Guinée Bissau et l'accès à l'électricité, aux media et aux réseaux téléphoniques. La localité est composée de quartiers à accès facile avec la présence de plusieurs marchés. Les postes de santé y sont nombreux et couvrent en moyenne deux à trois quartiers. Les Bajenu Gox et relais ne sont présents que dans certains quartiers. Ils ont une motivation « raisonnée » et orientée en fonction des bénéfices individuels qu'ils peuvent tirer de certaines activités recommandées par le district. Certains quartiers sont situés à équidistance de deux postes de santé ou sont parfois plus proches d'un poste de santé différent de celui vers lequel ils sont référés.

3.1.3. Les localités visitées à Tambacounda et Kaffrine

La région de Tambacounda est caractérisée par un certain nombre d'éléments distincts :

- Population à dominante mandingue

- Relief accidenté
- Zone large avec structures distantes parfois des populations cibles, le poste de santé de Dialocoto est distant de 70 km des populations ;
- Impraticabilité des routes en période hivernale ;
- Distribution électrique éparse (zone périphérique du milieu urbain non électrifiée comme le quartier de Tamba Socé)
- Niveau d’alphabétisation des populations faible
- Difficultés d’accès à l’eau potable ; l’eau de puits est très utilisée dans la zone

Les caractéristiques de la région de Kaffrine sont :

- Population à dominante wolof
- Zone large avec un découpage qui complique la collecte des données administratives ou de santé (Khelcom fait partie du district d’un point de vue administratif mais ses données de santé sont reversées à Touba)
- Populations enclavées, zones difficiles d’accès surtout vers le nord du district
- Niveau d’alphabétisation des populations assez faible
- Alimentation solaire pour les chefs-lieux de commune ou gros villages
- Disponibilité limitée en eau potable, l’eau de puits est très utilisée dans la zone.

Les deux régions partagent deux principales caractéristiques :

- Une zone large : les structures de santé ont des zones de responsabilité larges avec une population cible qui va bien au-delà des normes établies (1 poste de santé pour 5000 habitants). La nature assez large des zones conduit à une difficulté dans la maîtrise des indicateurs car le découpage géographique complique les normes de référence, liant des populations proches d’un poste à un autre beaucoup plus éloigné. Par exemples les populations de Tamba Socé qui dépendent du poste de santé Dépôt (FC, Tambacounda) peuvent aller plus facilement vers le district que vers leur poste de santé de référence. À Malem Hodar (595 km², superficie du district) pour un district et 20 postes de santé.
- La transhumance chez les populations : les localités que nous avons visitées dans le milieu rural de Tambacounda sont frontalières à des villages gambiens. Les populations vont et viennent entre la Gambie et le Sénégal. Nous avons d’ailleurs interrogé des femmes dont la carte de santé de l’enfant est gambienne. À Malem Hodar, la plupart des villages visités servent de lieu d’habitation pendant la saison sèche. Les agents du district expliquent d’ailleurs que c’est l’un des facteurs qui rendent difficiles la complétude du suivi vaccinal dans tout le district.

3.1.4. Les localités visitées à Diourbel et à Kanel

Le district de Touba polarise une vingtaine de postes de santé. Il a la particularité de couvrir une population de plus de 800 000 habitants répartie dans des zones avec un accès facile aux structures de soins. Hormis le poste de santé d’Oumoul Khoura distant de 4 km du centre-ville, la majorité de ces structures de soins est concentrée dans les quartiers aux alentours de la grande mosquée. Le poste de santé de Keur Niang, situé à quelques centaines de mètres de la grande mosquée, a la particularité de polariser des quartiers très denses et regroupés. Par contre, le poste de santé d’Oumoul Khoura a la particularité de couvrir des quartiers distants et dont les moyens de locomotion font défaut (pistes utilisées par les charrettes).

Au niveau de la région de Matam, le district de Kanel polarise plus de 17 postes de santé,

avec comme particularité des postes distants de plusieurs dizaines de km. À l'opposé de Touba, le district de Kanel polarise des villages très éloignés, avec des zones peu accessibles aux structures de soins (état très mauvais des routes, villages éloignés des postes, populations aux ressources humaines limitées).

Au niveau de Kanel, les postes de santé de Waoundé (à 60 km de Kanel) et celui de Gawde Boffé (à 100 km de Kanel), ont été visités. Le poste de Waoundé est un poste vieux de plus d'une vingtaine d'années, tandis que celui de Gawde Boffé a une existence de moins de 10 ans, d'où des locaux en meilleur état. Le poste a la particularité de ne pas bénéficier d'éclairage électrique ; en effet, sa source d'éclairage reste l'énergie solaire. Le poste de santé de Waoundé et celui de Gawde Boffé couvrent des villages majoritairement composés de pulaar, de bambara et de soninké. C'est une population marquée par le phénomène de l'émigration (population masculine résidant en France). Quant à la population féminine, elle travaille particulièrement dans le petit commerce et dans l'agriculture pendant l'hivernage. Le Village de Waoundé abrite des pêcheurs peulhs (Thioubalo), ce qui fait que les femmes travaillent aussi dans la transformation de produits halieutiques.

3.2. Les niveaux d'implication des acteurs

3.2.1. Au niveau de l'offre

3.2.1.1. Les Médecins Chefs de District

Les MCD sont les autorités sanitaires du niveau départemental. Ils sont chargés de la gestion de l'offre de services de santé publique. Ils coordonnent toutes les activités du district, forment les ICP et les sages-femmes, veillent à l'application des protocoles nationaux, des directives des programmes nationaux et à la bonne marche des structures de santé de leurs zones de desserte. Leur rôle par rapport à la vaccination est plutôt administratif : s'assurer de gérer les besoins des postes et cases, former le personnel, superviser et assurer le recyclage et le recrutement de personnel qualifié. Il joue un rôle d'encadrement, dans ce sens que tout ce qui est services de vaccination est délégué aux points focaux ou chargés de PEV dans chaque district.

3.2.1.2. Les points focaux PEV

Les districts sanitaires ont des équipes cadres dont le point focal du PEV fait partie intégrante. Parmi ses rôles, une composante clé est la surveillance épidémiologique et le monitoring de la vaccination. Les points focaux PEV s'assurent de l'effectivité et de la qualité de l'offre. Ils se chargent également de compiler les données des postes de santé, d'en vérifier la cohérence et de les transmettre à la région médicale. Ils sont régulièrement formés sur la gestion des outils de collecte de données épidémiologiques. La dernière en date remonte à février 2017. Par contre, ils reçoivent peu de formation sur la communication et la sensibilisation des populations de même que sur la vaccination.

Certains chargés du PEV peuvent rester une à deux années sans être formés sur la vaccination. Pourtant, la triangulation montre que les MCD sont souvent formés sur le PEV et la vaccination. Se posent alors deux problèmes souvent évoqués dans les entretiens : 1) la

démultiplication des formations (aux niveaux district et postes) et 2) le ciblage des acteurs à former (aux niveaux districts et postes de santé).

3.2.1.3. Les acteurs de la communication (BREIPS, chargé d'IEC/CCC)

Les actions communautaires sont souvent soutenues par la communication pour le changement de comportements. C'est donc pour ces raisons que nous avons souhaité rencontrer des acteurs de la communication en santé. Ces derniers se chargent de passer des messages sur la santé. Les chargés d'IEC sont souvent d'anciens infirmiers ou des assistants sociaux, membres de l'équipe cadre de district. Ils sont chargés de promouvoir les bonnes pratiques au niveau du district.

3.2.1.4. Les infirmiers chefs de poste (ICP)

Les Infirmiers Chefs de poste sont les professionnels de santé qui sont en première ligne en matière de vaccination. Ils se chargent de matérialiser les politiques nationales et les mesures stratégiques élaborées par le PEV. Les données collectées permettent de distinguer différents rôles joués par les ICP :

- Organisation de l'offre de services de vaccination
- Partage des informations avec les SF, ASC, relais et BG
- Mobilisation et motivation des acteurs communautaires pour l'organisation des journées de vaccination (stratégies fixes et avancées)
- Administration de vaccins

Par contre, ils ne partagent pas systématiquement les connaissances tirées de ces formations avec les autres membres du personnel. À Kolda, les ICP organisent très souvent des réunions de coordination autour du poste de santé (chaque mois). Cela permet, dans la pratique, une continuité de l'offre de services de santé en général. À Dakar par contre, le partage de connaissance n'est pas systématique et les formations semblent être le point faible du programme.

3.2.1.5. Les Sages-femmes (SF)

Les sages-femmes sont des personnels qualifiés en termes de santé maternelle et néonatale. Elles assurent l'organisation de l'offre de services dans ce domaine. À Kolda, elles sont souvent mobilisées dans les stratégies avancées et suppléent, une fois sur deux, l'ICP. Les deux sont complémentaires, lorsque l'ICP est en stratégie avancée, elle assure la continuité de l'offre de services de santé au niveau du poste de santé. Lorsqu'elle est mobilisée par la stratégie avancée, elle assure les services de vaccination et les CPN, CPON etc. Pour ces raisons, les SF sont également une cible des programmes de formation.

3.2.1.6. Les ASC/Matrones

Les ASC et les matrones sont des acteurs communautaires de soins. Ils dispensent des soins (mineurs) aux patients et participent activement aux activités de vaccination, se chargent souvent de la pesée et de l'enregistrement des carnets de vaccination, d'orienter les femmes vers la salle de tri pour que l'ASC qui enregistre puisse décider de la vaccination de l'enfant

ou pas. Les ASC et matrones Au niveau de la demande et du rappel des rendez-vous aux femmes avant qu'elles ne quittent les points de prestations de services de vaccination (en fixe comme en stratégie avancée).

3.2.1.7. Les relais et Bajenu Gox

Les relais et les BG sont les acteurs sur lesquels s'appuient toutes les activités de santé communautaire. Ils sont très impliqués dans les activités de vaccination. Cependant ils sont les moins formés en matière de PEV. Les personnels communautaires sont les piliers de la mobilisation pour la vaccination dans les toutes les régions visitées. Toutefois, leurs engagements et motivations sont variables selon les régions (Dakar et Ziguinchor se distinguent comme des régions où les BG sont peu motivées et Kolda se distingue comme la région où les acteurs communautaires sont très engagés dans les activités sanitaires, surtout la vaccination).

L'engagement des relais se fait sentir dans la mobilisation des femmes qui doivent être vaccinées. À Kolda par exemple, à chaque stratégie avancée, toutes les femmes enceintes et les mères gardiennes d'enfant sont mobilisées et convoyées au niveau des cases de santé ou des points de prestation de services de vaccination. Une fois sur place, les BG font un ensemble de pratiques :

- Elles orientent les femmes
- Elles les encadrent, répondent aux questions qui leurs sont posées lorsqu'elles ne savent pas lire ou lorsqu'elles sont incapables de dire leurs âges et l'âge de leurs enfants, où lorsqu'elles sont interrogées sur leurs antécédents médicaux
- Elles vont à la recherche des perdus de vue
- Et font les VAD de cas d'abandon.

À Ziguinchor et Dakar, leurs capacités à mobiliser est mise à rude épreuve par une multitude de facteurs :

- Une densité forte en structures sanitaires
- La présence de groupes socioculturels aux pratiques identitaires remarquables par leur défiance (Communauté malienne à Ziguinchor, femmes sères sans abris, *Peulh Fouta* venant de Guinée Conakry...)
- La possibilité d'exercer des activités parallèles, génératrices de revenus.

3.2.2. Au niveau de la demande

Au niveau de la demande, la majorité des personnes interrogées par le questionnaire ménage sont des femmes :

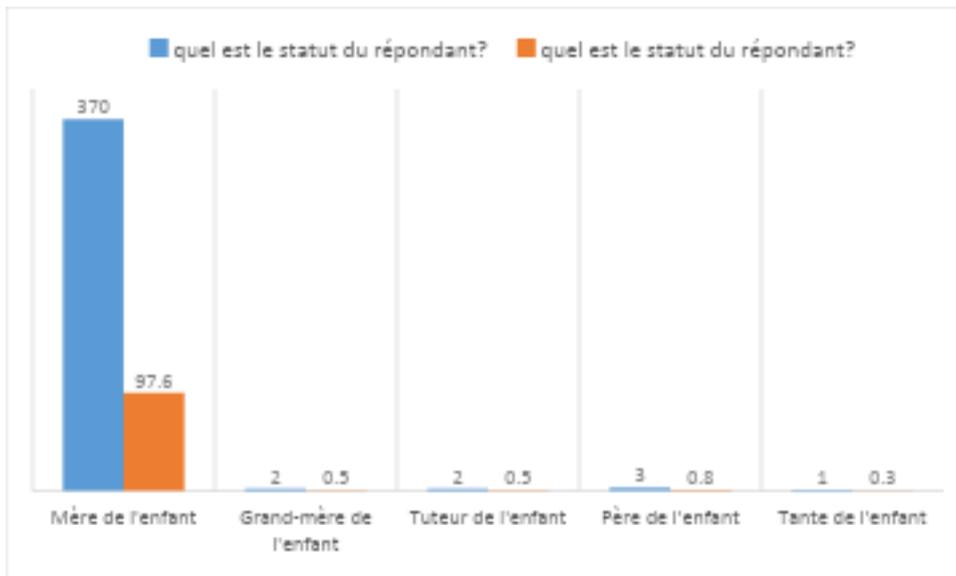


Figure 1: Répartition du statut des répondants

On note que 97,6% des répondants sont des mères de l'enfant éligible dans le cadre de l'enquête. Le reste de l'échantillon est constitué de 0,5% de grands-mères, 0,5% de tuteurs, 0,8 % de père d'enfant de 0-23 mois, et 0,3% sont des tantes des enfants.

Parmi les personnes interrogées par questionnaire les données quantitatives mettent en mettre en exergue le nombre d'enfants complètement vaccinés :

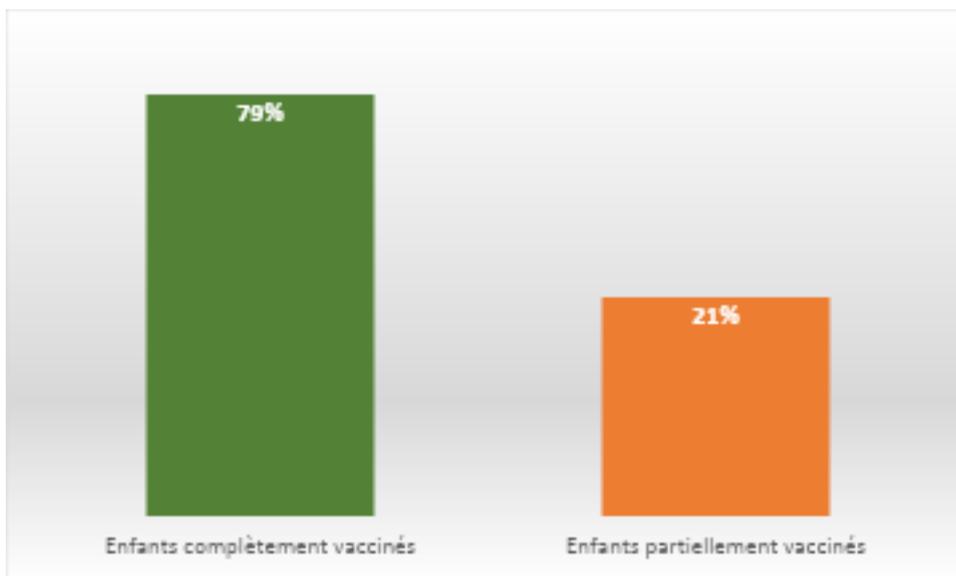


Figure 2: Statut vaccinal des enfants 0-23 mois dont les parents sont interrogés

Cette figure montre que 79% des parents ont des enfants majoritairement vaccinées contre (21%) pas complètement vaccinés.

Le niveau d'étude est variable dans l'échantillon comme l'indique le tableau ci-dessous. La majorité des personnes interrogées a le niveau d'étude coranique (32,45%), 24,8% ont le

niveau d'étude primaire, 7,38 % ont le niveau d'étude moyen, 6,33 % le niveau d'étude secondaire, et 24% n'ont fait aucune étude.

Tableau I: Répartition du niveau d'étude dans l'échantillon

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Primaire	94	24,8
Autres	1	0,26
Alphabétisation	6	1,58
École anglaise	1	0,26
Moyen	28	7,38
Secondaire	24	6,33
Supérieur	9	2,37
Coranique	123	32,45
NSP	2	0,52
Aucune étude	91	24,01
Total	379	100

3.2.2.1. Les pères ou tuteurs

Les pères et les tuteurs sont des acteurs essentiels en matière de bien-être familial et de gestion de la santé à plusieurs niveaux :

- Ils prennent les décisions en matière de santé surtout en matière de vaccination de l'enfant
- Ils fournissent les appuis financiers
- Ils contrôlent et s'assurent régulièrement du bien-être des FE et des enfants.

La prise de décision est un aspect très important de la vaccination. Même si ce sont les femmes qui sont visibles dans les activités de vaccination, elles disent que c'est parce qu'elles ont l'aval de leurs maris. Sans cet aval, il leur serait difficile d'adopter des attitudes favorables à la vaccination.

3.2.2.2. Les mères gardiennes d'enfants

Les mères et les gardiennes d'enfants sont les exécutantes. La prise de décision se fait avec le mari ou (en son absence) avec la belle-mère, mais les investigations montrent que dans toutes les régions, ce sont les femmes qui s'occupent des enfants, les amènent aux niveaux des PS,

gèrent les effets secondaires, administrent les soins domestiques (en appui avec les Belles-mères ou grand-mères).

Le tableau suivant permet de voir quelle est la répartition des personnes interrogées selon les âges (ce tableau concerne uniquement les répondants aux questionnaires) :

Tableau II : Répartition des personnes interrogées selon l'âge

Age du répondant	Effectifs	Pourcentage
15-20 ans	50	13,19
21-25 ans	96	25,32
26-30 ans	110	29,02
31-35 ans	70	18,46
36-40 ans	33	8,7
41-45 ans	14	3,69
45 et plus	6	1,58
Total	379	100

Les femmes interrogées ont entre 15 et plus de 45 ans. La majorité est jeune. 29,02 % ont entre 26 et 30 ans ; 25,32% entre 21 et 25 ans ; 18,46 % entre 31 et 35 ans et 1,58 % plus de 45 ans.

3.2.2.3. Les belles mères et grand-mères

Les belles mères et grand-mères s'adjugent plusieurs tâches dans les ménages observés. Elles sont :

- Gardiennes de nouveau-nés
- Surveillantes des accouchées récentes
- Conseillères en puériculture
- Organisatrices des ménages (répartition des rôles entre coépouses, régulatrices de conflits)
- Suppléantes des femmes lorsqu'elles doivent s'absenter (elles font certaines tâches domestiques et surveillent les enfants de plus 2 ans, ceux de 0-23 mois restants toujours avec leurs mères)
- Co-gestionnaires des effets secondaires des vaccins
- Administratrices de soins traditionnels aux enfants

Les données permettent d'affirmer que les BM/GM jouent le rôle de conseillère des femmes enceintes et des mères gardiennes d'enfants âgés de 0-23 mois. Elles exhortent aussi les femmes à suivre les CPN et le calendrier vaccinal. Les belles mères sont très influentes sur le comportement des femmes accouchées récentes. Ce sont elles qui montrent comment laver le bébé, dormir avec (sans l'étouffer), le nourrir et détecter les signes d'alerte (pleurs incessants, comportements anormaux...).

À Kolda, dans le village de Sinthian Abibou Sène les femmes accouchées récentes dorment avec les belles-mères ou grand-mères au moins pendant les deux premiers mois. À *Makka Bellal*, les belles mères et grands-mères se distinguent par leurs capacités à gérer les effets secondaires. Les belles-mères sont les actrices majeures de l'organisation familiale. On observe d'ailleurs leurs présences dans presque tous les ménages contrairement aux hommes qui sont soit expatriés, soit très occupés par les travaux champêtres.

3.2.3. Au niveau des personnes ressources

3.2.3.1. Les collectivités locales

Les collectivités locales se distinguent par leur relative absence dans les activités de vaccination. Hormis la délivrance des FDD, leurs implications dans les activités du PEV sont rares. Cependant, lorsqu'elles sont sollicitées, elles fournissent des appuis ponctuels en logistiques ou dans la transmission de l'information. À Kolda, le maire s'active dans beaucoup d'activités sanitaires, liées à la santé maternelle et à la petite enfance. Ainsi, il appuie la construction de nouvelles cases des tout-petits et s'implique dans la mise en place d'un processus de motivation des acteurs communautaires.

Le maire de MYF a participé à des activités de mobilisation communautaire et avec le préfet, il a une fois montré l'exemple en consommant publiquement des antiparasitaires afin d'inciter les populations à faire de même. Les personnes ressources que nous avons rencontrées sont les imams, les chefs de quartier, les responsables de commission de santé au niveau des collectivités locales.

3.2.3.2. Les imams et chefs de village/quartier

Les imams sont souvent peu impliqués dans les activités de vaccination. Les seules pratiques relatives à la vaccination que nous avons observées sont des pratiques de transmission d'informations au niveau des mosquées.

Les chefs de village/quartiers sont impliqués dans les activités de vaccination. Outre le fait de communiquer l'information sur les jours de vaccination, en stratégies avancées, dans certains quartiers, c'est la concession du chef de village/quartier qui sert de local pour la vaccination surtout lorsque dans ces zones les cases de santé font défaut. Les imams et les chefs de villages/quartiers fournissent également leurs appuis, surtout dans la transmission de l'information et dans la mobilisation communautaire. Le fait que les activités se font dans leurs concessions accorde de la crédibilité à l'activité et permet de repérer et aller chercher les absents.

3.3. Les personnes influentes sur les attitudes et pratiques de vaccination

La description des rôles et des caractéristiques des personnes interrogées nous permet de pouvoir retracer le cycle de mobilisation communautaire dans le suivi vaccinal. La figure ci-dessous permet d'avoir une vue synoptique du processus de mobilisation.

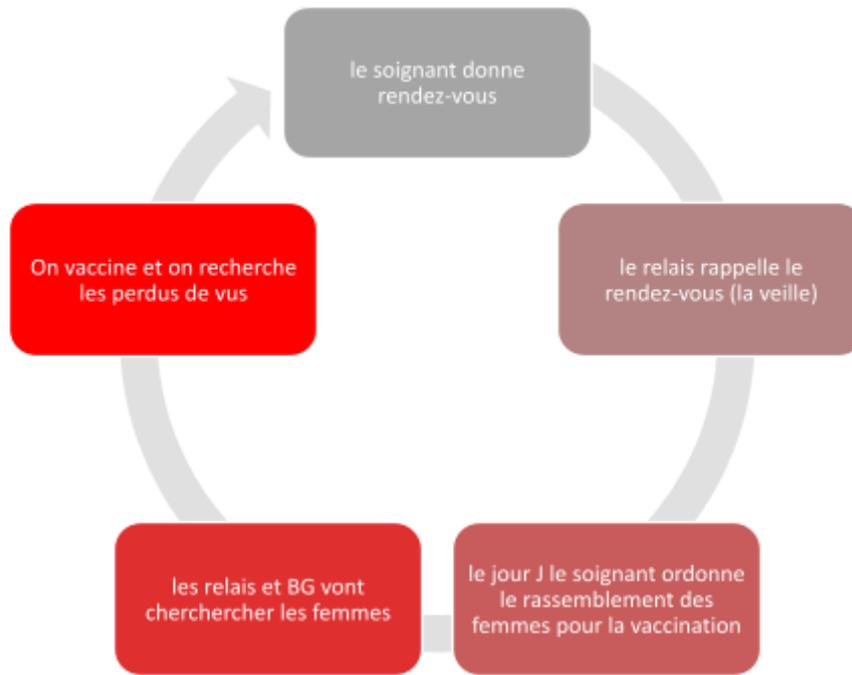


Figure 3: Cycle de mobilisation des femmes pour la vaccination

Le point de départ se situe au niveau de l'offre. Le soignant, mieux formé, mieux placé pour organiser l'offre de soins et principal responsable de la qualité des services du PEV au niveau local, fixe son calendrier de vaccination. Une fois qu'il précise les jours et horaires de vaccination, il revient au relais d'informer les BG qui, à leur tour informent les chefs de quartier, les imams, les familles concernées (BM/GM, mères et gardiennes d'enfants). Puis le jour de la vaccination, l'ICP demande aux acteurs communautaires de promotion et de prévention de mobiliser les femmes qui doivent faire la CPN et les mères gardiennes d'enfants concernées par la vaccination. À partir de ce moment, les BG vont chercher les femmes et les réfèrent ou les accompagnent (en groupe ou individuellement) au niveau du point de prestations de service de vaccination. Les perdues de vue sont répertoriées et les BG retournent au niveau de leurs domiciles pour les chercher et les motiver à venir. Cette démarche n'est pas pratiquée en milieu urbain. Elle concerne davantage les milieux ruraux.

En milieu urbain, l'interface BG et populations à vacciner pose beaucoup plus de problèmes pour deux raisons :

- Les BG sont peu motivées
- Les populations à mobiliser sont souvent absentes ou réticentes (les Coroboro du Mali, les Peulh Fouta de la Guinée Conakry, les femmes sérères saisonnières, femmes exerçant des activités génératrices de revenu dans les marchés ou en ville).

Dans quelques rares cas, le manque de légitimité des BG s'est montré déterminant dans leurs capacités de mobilisation et a beaucoup influé sur les couvertures vaccinales (certains quartiers ou certaines communautés n'ayant plus accès à l'information).

Les données collectées nous permettent aussi de pouvoir retracer les catégories de personnes qui influencent les attitudes et les comportements liés à la vaccination à chaque niveau.

La figure ci-dessous montre le rôle prééminent joué par les BM/GM en matière d'appui et de conseils. Le rôle des hommes étant juste réduit à donner l'autorisation puis à suivre de la santé et du bien-être de la famille.



Figure 4 : Acteurs qui influencent le suivi vaccinal des femmes et des enfants

De plus en plus de femmes prennent seules la décision d'aller vacciner l'enfant (54%). Le rôle des hommes dans la prise de décision reste important (40%) car même si les entretiens montrent que ce sont les hommes qui délèguent aux femmes les questions de santé en général. Ils ne sont sollicités au niveau communautaire que lorsque les femmes ne suivent pas correctement le calendrier vaccinal de l'enfant. D'ailleurs, de plus en plus d'initiatives communautaires s'attèlent à les impliquer activement dans le suivi des questions de santé de l'enfant car ce sont des acteurs influents.

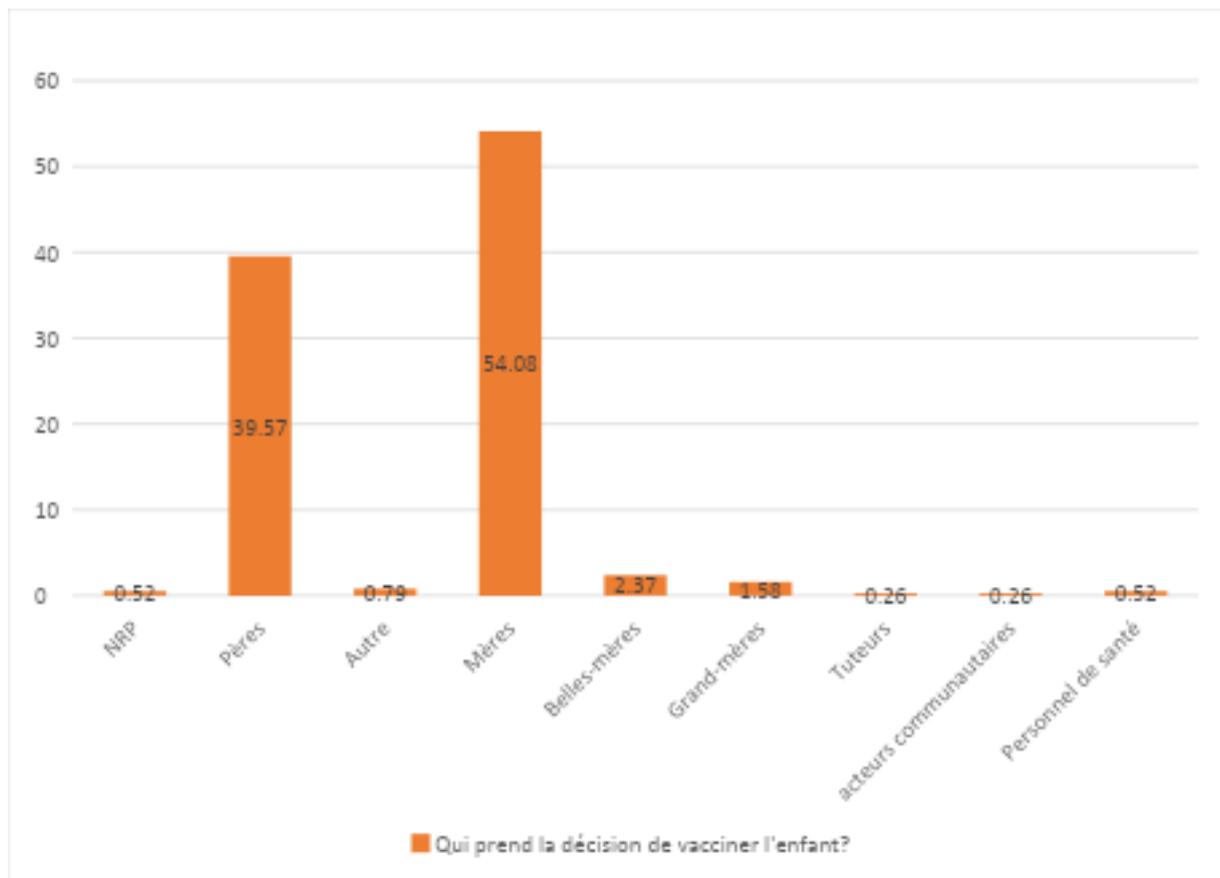


Figure 5: Répartition de la prise de décision de vaccination au niveau de la famille

Lorsqu'on les interroge, les hommes montrent clairement que la vaccination est tellement importante qu'il ne leur traverse même pas l'idée de constituer un blocage et souvent, lorsqu'ils sont informés à temps, leurs femmes ne ratent jamais la séance.

Au niveau communautaire, le rôle des BG est très déterminant. De leurs motivations et engagements dépend fortement la mobilisation des femmes surtout dans le milieu rural.

Au niveau de la structure sanitaire, l'organisation de l'offre et les capacités de management de l'ICP permettent de d'assurer la pérennité de la mobilisation/motivation des FE et mères gardiennes d'enfants car, si l'offre n'est pas disponible ou est mal organisée (en inadéquation avec les attentes, accueil et relations interpersonnelles entre soignants-soignés tendus) le résultat escompté n'est finalement pas atteint. Beaucoup de femmes ayant un suivi vaccinal incomplet évoquent ce fait comme motif de non suivi vaccinal et d'abandon (exemple de Thiantang – poste de *Makka Bellal*-, et de Dakar).

Le gradient d'influence des différents acteurs se dessinent donc comme schématisé dans la figure ci-dessous :

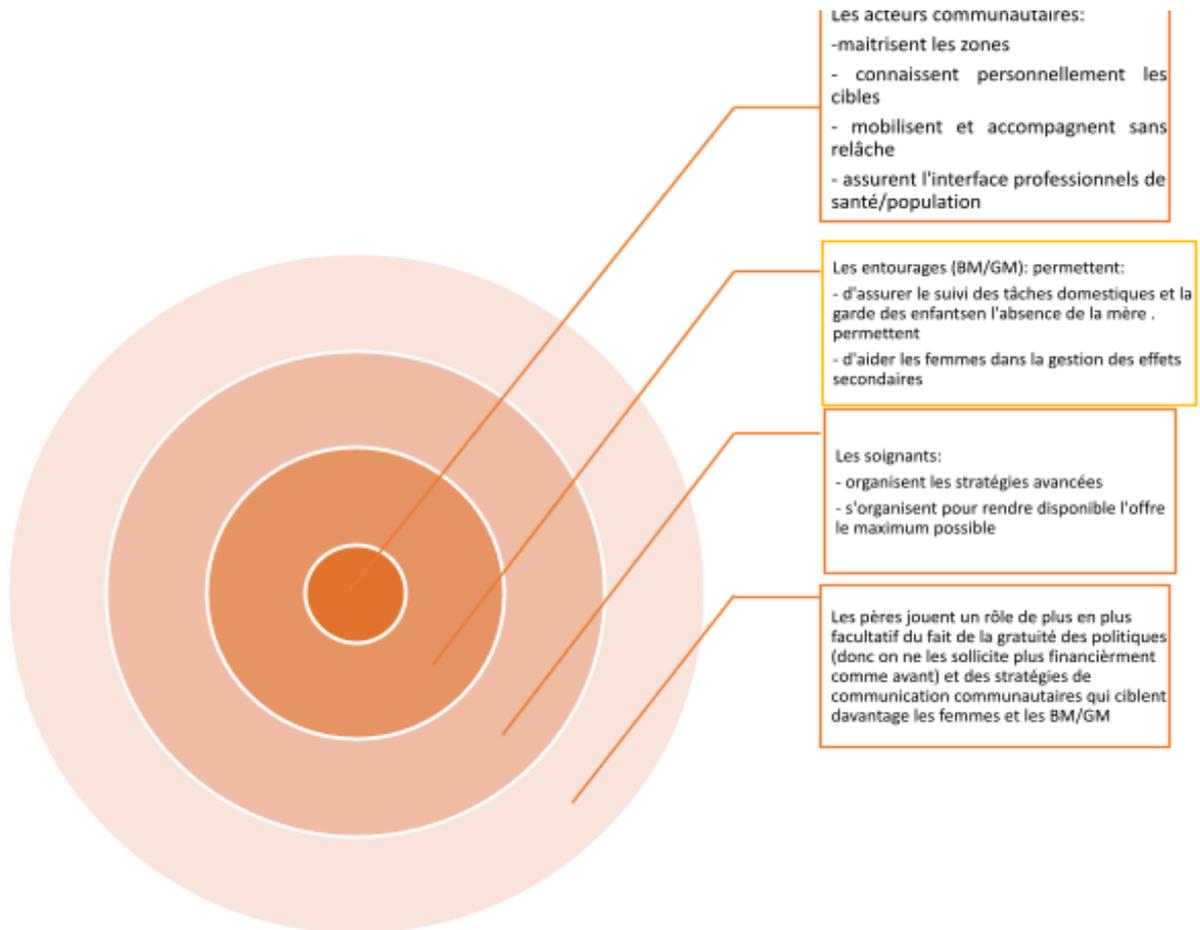


Figure 6 : Les gradients d'influence sur les déterminants du suivi vaccinal

Conclusion partielle

Les différentes régions visitées durant l'enquête CAP présentent toutes des caractéristiques spécifiques par rapport à leurs situations géographiques. Dakar est la capitale du Sénégal et se présente comme un carrefour de toutes les cultures et ethnies de la région et sous-région. On y retrouve donc un ensemble de pratiques qui sont à la fois imputables à des spécificités identitaires socio-ethniques (Peulh Fouta, SuSu, Sérères) ou socioprofessionnelles (Taximan, commerçantes...) qui expliquent les attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination.

Les régions de l'intérieur du pays par contre, certaines se distinguent par de larges territoires ou la « désertification sanitaire » se fait sentir (ratio en personnel très insuffisant, proportion importante de villages qui n'ont pas accès à l'eau et aux infrastructures routières ou sanitaires) et où l'offre de santé fait face à des contraintes d'un autre type : nécessité de recourir à des stratégies avancées, difficultés de disposer de chaînes de froids fonctionnels, logistiques roulantes insuffisantes et inadaptées aux voies et à l'environnement physiques...).

Si à Dakar les fortes densités de population et les mouvements urbains semblent être des contraintes réelles, les régions ont souvent des contraintes d'accessibilités géographiques. Par contre, si dans les régions l'engagement des acteurs communautaires est manifeste et apporte

sans conteste une plus-value, à Dakar l'engagement des acteurs communautaires pose de réels problèmes dans l'effectivité et la réalisation des activités liées à la santé en générale et à la vaccination en particulier.

Pour ce qui est des caractéristiques communes à toutes les régions elles sont les suivantes :

- Problèmes de maîtrise de cible vaccinale réelle
- Personnels insuffisants
- Contraintes logistiques
- Existence de groupes de populations spécifiques, perçus comme hermétiques par les professionnels de santé
- Réadaptation des stratégies de vaccination par rapport aux réalités quotidiennes.

Tous ces éléments d'information géographique sont ici nécessaires à rappeler, car ils expliquent les pratiques de vaccination des professionnels de santé et les attitudes de confiance ou défiance vis-à-vis de l'offre de services, ou encore les comportements et pratiques des populations ciblées par le PEV, dans toutes les régions, avec des variations certes.

Le développement des analyses permettra de cerner les effets sociaux et sanitaires de ces caractéristiques identitaires, géographiques culturelles.

Les différentes catégories de personnes interrogées et dont les rôles sont décrits dans ce chapitre permettent de pouvoir amorcer les analyses sur les déterminants de la vaccination. Les différentes catégories influent sur les attitudes observées en matière de vaccination à différents niveaux. Cela confère aux comportements déterminants une complexité située à différentes échelles qu'il convient d'analyser dans les chapitres suivants, en partant de l'appropriation des politiques et normes en matière d'offre de service de vaccination pour analyser les attitudes et comportements des populations.

D'ores et déjà, il faut retenir que les BG se positionnent comme des acteurs essentiels de la mobilisation des femmes, que les BM/GM facilitent et permettent aux mères et gardiennes d'enfants le recours aux structures de santé (en gérant l'ordre familial et la continuité des tâches domestiques) et que tous ces efforts doivent être capitalisés au niveau de la structure de santé afin que l'offre de services ne produise pas trop de contraintes qui favorisent les abandons du suivi vaccinal des femmes et des enfants.

SECTION 4 : L'APPROPRIATION DU PEV PAR LES SOIGNANTS

Introduction

Les personnels de santé rencontrés et interviewés dans la phase de collecte de données ont cité et décrit un certain nombre de politiques, normes et standards édictés par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS).

La délivrance des services du PEV est régie par une politique de gratuité dans les structures de soins. « Tout est gratuit dans le PEV » pour reprendre les propos du SSP/Point focal PEV du district de Malem Hodar à la question du mode d'approvisionnement du district en intrants de vaccination. Tout de même, pour que les populations accèdent à une prévention de qualité autour des douze maladies visées par le PEV, une batterie de normes et standards sont en vigueur.

Ce chapitre a pour objectif de montrer les connaissances que les personnels de santé ont sur les directives du PEV et la façon dont ils se l'approprient. Cela nous permet de pouvoir décrire, ensuite, les différentes déclinaisons de l'offre de services en vaccination au niveau communautaire.

L'offre de services de vaccination dans les structures est variable selon les régions et les localités. Le chapitre précédent permettait d'avoir un aperçu sur la perception des directives nationales et leurs appropriations par les différents districts sanitaires. Ce présent chapitre se veut plus précis dans la description des offres de service de vaccination.

Les données présentées ici ont été collectées à partir des fiches de renseignements par district et poste, et à partir des entrevues avec les différentes catégories d'acteurs. Elles sont analysées en articulant les données quantitatives aux données qualitatives. L'analyse de contenu des entretiens permet ici de présenter les analyses en fonction de plusieurs points : l'offre de service en stratégie fixe, et l'offre de service en stratégie avancée ; la planification et les stratégies pour l'amélioration de la couverture et de l'équité au niveau de l'offre.

4.1. Les normes et standards en matière de PEV

Les mesures de performance en matière de PEV décrites par les professionnels de santé interrogés concernent plusieurs indicateurs.

4.1.1. Le taux de couverture pour tous les antigènes

Pour que la performance de la vaccination pour un antigène soit considérée comme bonne il faut atteindre le taux de 90%. Si dans un poste de santé ce taux est atteint pour un antigène et non pas pour un autre, l'objectif de couverture vaccinale n'est pas atteint.

4.1.2. La disponibilité permanente de tous les antigènes

L'indisponibilité au sein de la structure de l'un des antigènes agit sur les indicateurs de celle-ci et dans ce cas on ne peut plus parler de performance. Dans ce cas précisément, l'on sait que dans certains postes de santé des districts visités lors de l'enquête le frigo préposé au maintien de la chaîne de froid pour les intrants est en panne. Ces postes de santé gardent leurs

intrants dans des postes voisins ou au niveau du district s'il est plus proche. Par rapport à cette situation, l'administration des doses de naissances comme le Polio 0, l'Hépatite et le BCG pose problème. Si les antigènes ne sont pas disponibles de manière permanente dans la structure, le non suivi vaccinal pourrait relever de la structure de santé qui n'a pas su gérer ses stocks ou de l'indisponibilité de système de remontée de données lui permettant d'être approvisionnée à temps en intrants.

4.1.3. Le taux d'abandon du suivi vaccinal

Plus ce taux est bas (inférieur à 5%), mieux c'est. Pour certains antigènes comme le Penta, le RR, il faut un suivi de cohorte parce que l'enfant prend deux ou trois doses de ces antigènes dans un intervalle de temps plus ou moins large. Il est préconisé de maintenir les enfants pour que ces derniers ne soient pas perdus de vue au bout d'une seule dose ou deux pour le Penta, par exemple.

4.1.4. L'analyse de la qualité des données PEV

Elle consiste essentiellement en une vérification de la conformité entre les données reçues et les rapports souches. Trois éléments sont vérifiés dans ce cas : il s'agit des rapports mensuels reçus au niveau des districts qui remontent vers le niveau régional qui fait office de représentation nationale, les tableaux TACOJO (Tableau de Collecte des données Journalier) où sont consignées les données relatives au type de stratégie utilisé (fixe, avancée, mobile) : le prénom et le nom de l'enfant, son sexe, son âge, le poids, la taille, la dose de vitamine A administrée, les vaccins administrés. Ces données sont reportées sur la fiche de l'enfant gardée par les parents à l'exception du type de stratégie utilisée. La maintenance de la chaîne de froid fait partie intégrante de l'analyse de la qualité des données en ce sens que le suivi du stock d'intrants doit subir une mise à jour permanente pour éviter au mieux les ruptures de stock.

4.2. L'appropriation des stratégies nationales et régionales

4.2.1. Au niveau district

Dans les Districts Sanitaires, les stratégies retenues pour atteindre les objectifs nationaux de couverture vaccinale sont à peu près les mêmes dans l'ensemble des unités de vaccination visitées. Dans le cadre du PEV, les services de vaccination cités par le personnel de santé sont :

- Les activités ou offre de services en stratégie fixe (au sein de la structure), déplacée, avancée (populations distantes de plus de 5 kms du poste de santé) ou mobile (populations distantes du poste de plus de 15 kms) ;
- Les activités de soutien en complément à l'offre de services (VAD, réunions, sensibilisation, sessions de plaidoyer auprès d'autorités,...) : elles concernent surtout la recherche des cibles ou des déterminants du non suivi vaccinal (abandon, perdus de vue).

Concernant l'application de ces activités, les niveaux d'appropriation sont différents. Le contexte y joue aussi un grand rôle en ce sens que les disponibilités de la zone influencent

fortement les stratégies utilisées pour relever le taux de couverture. À Dakar, la stratégie avancée n'est pas utilisée car il est difficile de rencontrer des populations situées au-delà de 5 kms d'une structure de santé. Cependant la stratégie déplacée est utilisée pour couvrir les zones à fortes densités comme c'est le cas à Keur Massar dans le poste de Malika ou à Dakar centre dans le poste de Bourguiba.

D'autres stratégies sont aussi utilisées, nous pouvons noter parmi elles :

- Le recours au carnet d'adresse personnel chez les professionnels de santé pour mobiliser des fonds
- La descente sur le terrain aux heures de travail des catégories mobiles comme les vendeuses de poissons de Hann sur mer (district de Dakar centre).

Au niveau des districts les stratégies locales usitées restent dans l'ordre du général, les spécificités sont plus observées au niveau des postes de santé (en premier recours de soins disponibles pour les communautés).

4.2.2. Au niveau des postes de santé

Sous la supervision du district, les ICP appliquent les stratégies nationales et régionales. En général, les prestataires ont une bonne connaissance des normes et directives. Les ICP déroulent comme prescrit les directives du MSAS. Des stratégies sont initiées au niveau poste, surtout dans les postes à faible couverture. Ces stratégies locales sont adaptées aux réalités de chaque zone de couverture. Quatre recommandations relatives au paquet PEV sont essentiellement concernées :

- La formation : nous avons noté au niveau des différents postes et districts visités que les sessions de formation concernent principalement les points focaux PEV des districts, les infirmiers et sages-femmes. Par la suite, ils sont chargés de partager les informations reçues avec leur personnel communautaire. C'est à ce niveau que la majeure partie des problèmes identifiés sur le terrain apparaissent.
- La démultiplication : si les professionnels de santé ont une bonne appropriation des normes et protocoles en matière de PEV, il en est autrement des acteurs communautaires qui sont très peu informés. Les premiers cités se limitent à démultiplier les formations juste dans ses grandes lignes.
- Les activités de vaccination : dans les postes à faible couverture vaccinale, les séances de vaccination sont plus fréquemment organisées. Les activités sont menées de manière plus fréquente. C'est le cas du PS de Malika, du PS de Dépôt. Au niveau des postes, ce sont les ASC qui vaccinent le plus souvent pendant que l'ICP s'occupe de consultation générale. À Ndioté Séane, de manière spécifique, c'est un relais expérimenté travaillant avec le poste depuis 2011 qui vaccine pendant les séances de vaccination. Il mène conjointement des activités de sensibilisation et de recherche de perdus de vue comme les autres relais. Les professionnels de santé s'appuient beaucoup sur les ACS et les ACP pour réaliser les activités de vaccination. Cette situation montre le niveau d'appropriation des protocoles du PEV car les infirmiers et

sages-femmes savent que le personnel communautaire ne doit pas pratiquer des actes de vaccination.

- Les activités de recherche de perdus de vue : la recherche des perdus de vue se fait dans tous les postes de santé visités. Pour ceux retrouvés, le non-respect de la référence est mis en cause mais c'est surtout le découpage géographique qui est cité à Kanel, Tambacounda, Malem Hodar et à Dakar, dans le district de Keur Massar. Les relais et Bajenu Gox effectuent ces activités de recherche des perdus de vue. À Dakar, des repas collectifs sont servis de manière ponctuelle pour mobiliser les populations et atteindre les cibles perdues de vue.

La mise en application des normes pose problème en raison des conditions de travail dans lesquelles les séances de vaccination sont tenues.

4.3. Les contraintes dans l'appropriation et l'application des recommandations par les prestataires de soins

4.3.1. Les grandes distances entre les structures

Cette contrainte concerne principalement les districts de Tambacounda et Kanel bien que Malem Hodar ne soit pas épargné. Cette situation a comme conséquence la difficulté à maîtriser les cibles opérationnelles des structures de santé situées dans ces zones.

4.3.2. La faiblesse des ressources humaines

C'est la plainte la mieux partagée dans deux districts visités (Tamba, Malem Hodar). C'est d'ailleurs la raison évoquée relative aux ASC qui vaccinent et aux manquements liés à la communication.

4.3.3. Les formations insuffisantes et les supervisions irrégulières

Une partie des agents de santé est formée (les professionnels laissant en rade les acteurs communautaires) et les supervisions ne respectent pas le calendrier prescrit pour chaque niveau. Elles se font selon la disponibilité des moyens de déplacement.

Le point faible de la formation sur le PEV et la vaccination se situe à différents niveaux :

- Elle est beaucoup plus axée sur des aspects théoriques que sur des aspects pratiques
- Elle ne prend pas en compte suffisamment les besoins des personnels de santé
- Elle ne cible qu'une catégorie de professionnels de santé alors qu'elle devrait cibler toutes les catégories impliquées
- Elle exclut les acteurs communautaires de soins et les acteurs de promotion et de prévention.

Eu égard aux contraintes identifiées, les supervisions devraient être couplés avec des enquêtes rapides de couverture et de satisfaction pour prendre en compte, de façon proactive, les besoins réels des populations.

SECTION 5 : LA DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION

5.1. À Dakar

5.1.1. La stratégie fixe au niveau des postes de santé

L'offre de services de vaccination est diversifiée dans les quatre postes des deux districts de Dakar choisis. Pendant une séance de vaccination, il y a des activités de pesée, une causerie, le remplissage des outils de gestion et la vaccination des enfants.

Le choix des horaires et jours de vaccination varient d'un poste à un autre : au poste de Derklé, la vaccination se fait tous les jours de la semaine, à Bourguiba, les lundi-mercredi et vendredi ; au poste de Thiaroye Minam tous les jeudis et au poste de santé de Malika les mardis et vendredis.

5.1.2. Les stratégies déplacées

Elles sont planifiées avec le concours des relais et BG pour identifier les jours les plus favorables. Elles sont menées dans les postes de Derklé une fois par mois et Malika tous les 15 jours.

5.1.3. Les personnes impliquées dans la délivrance des services de vaccination

- L'ICP ou la sage-femme : ils s'occupent surtout de la supervision des chargés de vaccination. Pendant les séances de vaccination ils gèrent les consultations générales et gynécologiques et vaccinent si leur activité du jour le leur permet.
- Le chargé de vaccination s'occupe de la tenue des outils de gestion, vaccination, gestion des intrants, communication sur les RDV aux mères
- La Bajenu Gox et le relais assurent la mobilisation, sensibilisation et recherche des perdus de vue.

5.1.4. Les activités de communication

Elles ne se font pas de manière systématique à chaque séance de vaccination. Cependant le poste de Derklé organise une causerie lors de chaque séance de vaccination. La VAD est le plus souvent utilisée pour régler des problèmes ponctuels (refus généralement).

5.2. À Kolda et à Ziguinchor

5.2.1. L'organisation des stratégies fixes

Dans les postes du district de MYF, les séances de vaccination ont lieu une fois par mois. À Ziguinchor, la vaccination a lieu tous les jours sauf pour le BCG, la rougeole et la fièvre jaune qui sont délivrés tous les 15 jours au PS Colette Senghor et le 15 de chaque mois au PMI Escale.

5.2.2. L'organisation des stratégies avancées

Elles ont lieu une fois par mois dans les différents postes. La date est choisie en fonction des jours de marchés hebdomadaires pour faciliter l'accès aux moyens de transports plus aisés ces jours-là. Les relais et BG préviennent les populations de l'arrivée des équipes de vaccination la veille.

5.2.3. Le personnel impliqué

- L'ICP impliqué dans la vaccination et la supervision
- Les ASC et matrones mobilisés pour la vaccination, tenue des outils de gestion
- Les Bajenu Gox et relais actifs dans la mobilisation et l'animation de causeries

5.2.4. Les activités de communication

Une causerie est organisée le jour de la séance de vaccination aussi bien en stratégie fixe qu'avancée.

Photo 1 : Calendrier du plan d'action du mois de Mars au poste de santé de Ndorna

Poste de sante de Ndorna Plan d'action du mois de mars 2017 STRATEGIE AVANCEE				
SAMEDI 18	LUNDI 20	MARDI 21	MERCREDI 22	JEUDI 23
DELECOU BOGNANGHO NDORNA PAQUET INTEGRE	TANKONFARA PAQUET INTEGRE	BAYOUNGOU PAQUET INTEGRE	SOULABALY PAQUET INTEGRE	MEDINA DJIFING PAQUET INTEGRE
VENDREDI 24	SAMEDI 25	LUNDI 27	MARDI 28	
LINKEDIAN PAQUET INTEGRE	DIALABA PAQUET INTEGRE	BOUROUNCOUNE SARE SENY PAQUET INTEGRE	SOBOULDE ST CHERIF FARADIAMEL TOUGOUDE PAQUET INTEGRE	

L'ICP
SERIGNE SENE

OBSERVATIONS :
SAMEDI 1 AVRIL 2017
REUNION DE COORDINATION
POSTE

La photo ci-dessus montre un exemple de bonne pratique de planification des séances de vaccination au niveau du poste de Ndorna (dans le district de MYF).

5.3. À Tambacounda et à Malem Hodar

5.3.1. Les stratégies fixe et avancée

Les séances de vaccination se tiennent une fois par mois. Pour la stratégie fixe, les jours de

marchés hebdomadaires sont choisis pour faciliter l'accès au poste du fait de la disponibilité des moyens de transport. En revanche, le PS Dépôt (poste urbain du district de Tambacounda) organise une séance une fois par semaine.

Pour relever leur taux de couverture vaccinale, le poste de Dépôt (Tambacounda) et le district de Malem Hodar mènent des activités de vaccination en stratégie déplacée.

5.3.2. Le personnel impliqué

- ICP ou Sage-femme : supervision et/ou vaccination
- ASC et matrones : vaccin, remplissage des outils de gestion
- Relais et BG : orientation des femmes, mobilisation

5.3.3. Les activités de communication

Dans ces deux districts, la particularité est qu'il n'y a aucune séance de communication pendant les activités de vaccination. La communication est faite par les relais et BG de manière ponctuelle, en cas d'abandon ou de refus de vaccination. La communication est essentiellement axée sur le prochain RDV, les relais n'étant pas assez outillés pour partager des connaissances sur la vaccination.

5.4. À Kanel et à Touba

5.4.1. L'organisation des stratégies fixe et avancée à Kanel et Touba

Dans les quatre postes visités, la vaccination est organisée selon une périodicité variable : le Mercredi à Oumoul khoura (Touba) et Waoundé (Kanel), le Jeudi à Gawdé Boffé (Kanel) et tous les jours dans le poste de Keur Niang (Touba). À Kanel, il existe des zones difficiles d'accès, d'où l'adoption de la stratégie déplacée pour atteindre les populations situées dans ces zones. À Oumoul Khoura, du fait du déficit de personnel, l'ASC se déplace seul en cas de stratégie avancée, sans la surveillance d'un personnel qualifié.

5.4.2. Le personnel impliqué

- Les ICP et SF : vaccination et supervision
- Les ASC et matrones : vaccination, remplissage des outils de gestion
- Les Relais et BG : mobilisation et communication (causerie le jour de la séance de vaccination).

5.5. Les contraintes en matière de vaccination

Les districts et postes de santé sont régulièrement approvisionnés en intrants de vaccination sauf quand il y a rupture au niveau national comme c'est le cas du VPI qui est en rupture depuis le mois de Septembre dernier.

La gestion de ces intrants est assurée par le point focal PEV dans le cas du district et par l'ICP ou la sage-femme (en cas de remplacement de l'ICP) au niveau poste. Toutefois, la difficulté identifiée à chaque niveau concerne le stockage des intrants. En effet, la gestion de la chaîne de froid pose problème aussi bien à Tambacounda qu'à Malem Hodar.

Le transport pose problème en cas de stratégie avancée. Les déplacements se font essentiellement en motos qui sont vétustes, sur des routes sinueuses, avec des températures élevées, dans des glacières pour aller vers des villages sans électricité où trouver de la glace reste difficile.

Dans le district de Malem Hodar, sur les vingt postes de santé que compte le district, huit ne disposent pas de frigo pour conserver les intrants. Leurs frigos sont en panne. Ils conservent leurs intrants dans des postes voisins. Cette situation pose un certain nombre de problèmes :

- La validité des vaccins transportés sur des kilomètres dans des températures extrêmes, intrants à utiliser pendant toute la journée
- L'administration des doses de naissance : pour les postes qui conservent leurs intrants dans des postes voisins
- La maîtrise de la gestion du stock : pour le poste qui garde les intrants de son voisin, le fait de puiser dans le stock du voisin en cas de dépassement de stock
- La gestion des intrants en rapport avec les patients hors zone surtout dans le district de Tambacounda où le poste de Nettéboulou est frontalier à plusieurs villages gambiens et celui de Ziguinchor.

La vaccination est perçue par les soignants comme le parent pauvre des soins de santé primaires. Au niveau des sites visités, elle demeure une activité très peu dotée en ressources humaines. S'agissant de la vaccination des femmes, il n'y a que les ICP ou les sages-femmes qui s'en chargent.

5.6. Les stratégies de relèvement du taux de couverture par les districts

Les stratégies utilisées pour relever le taux de couverture de leur zone de responsabilité diffèrent. Les normes sont réappropriées en fonction des opportunités que présente chaque zone.

5.6.1. Les stratégies utilisées à Dakar

Parmi les stratégies utilisées pour une offre de qualité, on peut citer :

- Le maintien du contact de l'enfant avec la structure à travers des RDV de pesée mensuelle afin de leur permettre de poursuivre le même rythme jusqu'au terme de la vaccination
- La sensibilisation des mères avec des exemples terre à terre et compréhensibles (ex de

maison sans porte comme un organisme sans vaccins ; nécessité de la vaccination pour éviter les handicaps et les dépenses en cas de maladies)

- L'injonction de rachat d'un nouveau carnet de santé en cas de perte, l'exigence du carnet de santé en cas d'oubli (la mère est priée de retourner chez elle pour le présenter)
- Dans le PS Malika, en cas de perte du carnet, l'ICP après avoir sondé le nombre de vaccins pris par l'enfant, met un cachet sur un nouveau carnet pour faciliter le suivi vaccinal jusqu'à terme.

La stratégie déplacée est pour les prestataires de soins une méthode clé. À Keur Massar, dans le district centre, la stratégie déplacée est systématiquement citée par les soignants comme indispensable et efficace pour l'atteinte des cibles jugées « immaîtrisables » (entretien MCD Keur Massar) du fait de leur mobilité liée au travail, au déménagement, au voyage. La réticence de certaines communautés face à la vaccination (Peulhs Fouta, Hibadou), le manque de motivation ou d'implication de certaines mères ou gardiennes d'enfants, ont été décrites par les soignants comme motifs d'organisation de ces stratégies déplacées.

Au niveau du poste de santé de Malika à bonne couverture vaccinale l'ICP a multiplié les descentes sur le terrain pour aller à la rencontre des populations qu'il décrit comme vulnérables. L'ICP affirme que les stratégies déplacées ont majoritairement contribué aux bons résultats enregistrés dans son poste de santé. C'est l'activité phare pour l'atteinte des objectifs de 90% pour chaque antigène.

Les données du terrain montrent qu'au niveau du district de Keur Massar, la stratégie avancée est la plus efficace pour l'atteinte des cibles. Cette méthode n'est pas vraiment utilisée dans le deuxième poste de santé à faible couverture (Thiaroye Minam) car l'ICP se dit indisponible pour cette activité (surcharge de travail). Cela est conforté par les populations rencontrées dans sa zone de couverture. L'ICP, le personnel de santé du poste ainsi que les Bajenu gox de Thiaroye Minam sont presque méconnus des populations. Les activités de sensibilisation, VAD ou mobilisation sociale sont rares dans cette localité. Le chef de quartier lui-même reconnaît le manque de motivation et d'implication des BG (il avait d'ailleurs proposé aux Bajenu gox un terrain pour la construction d'une annexe comme unité de vaccination secondaire du poste Thiaroye Minam dont la plupart des cibles sont polarisées par le PS Nimzatt). Cette opportunité n'a toujours pas été exploitée pour relever le taux de couverture vaccinale.

Les acteurs communautaires ont trouvé des astuces pour la mobilisation de cibles dans certaines localités comme Aliou Sène, Bagdad 2 dans le district de Keur Massar. Avec l'appui des chefs de quartiers ou de l'ICP du poste de santé de Malika, les relais et BG ont pu préparer et offrir des repas (Dakhine, Mbakhal, Rouy...) pour attirer les cibles lors des campagnes de vaccination. Ailleurs, à Niary Taly ou à la cité Bissap, le don de détergents ou de moustiquaires a souvent réussi à mobiliser les mères ou gardiennes d'enfants.

Cependant, quelques contraintes sont notées :

- Le manque de ressources financières empêche l'assiduité de ces activités clés
- Le personnel qualifié est jugé insuffisant (d'habitude il y a un seul chargé de vaccination qualifié dans toutes les structures de soins dans la plupart des PS visités) par les communautés et les prestataires de soins. Cet état des faits impacte directement dans la qualité du service de vaccination en provoquant beaucoup de lenteur dans le travail
- La localité de résidence des prestataires de soins est souvent très éloignée du lieu de travail, entraînant le début des activités de vaccination à des heures tardives (PS Bourguiba, Thiaroye Minam, Nimzatt)
- Les cibles préfèrent fréquenter les cliniques ou structures de santé privées qu'elles jugent meilleures en termes de salubrité, modernisme, accueil du personnel (surtout à Dakar centre PS Bourguiba, PS Derklé)
- L'absence de maternité dans un poste (PS Bourguiba) rendant incomplet le suivi CPN/CPON et de ce fait le suivi vaccinal (limitation dans l'offre car certaines femmes ne peuvent accoucher dans le poste de santé)
- La rupture de certains vaccins (VPI) pendant de longues périodes
- La méconnaissance de la gratuité des vaccins au niveau des structures de soins publiques (beaucoup de femmes le savent tardivement après avoir beaucoup dépensé au niveau de pédiatres privés et cliniques)
- Les rumeurs qui portent essentiellement sur le vaccin contre la poliomyélite ou tous les vaccins oraux « tokkal ». Ces vaccins sont indexés par certaines communautés comme limitatifs de naissance ou stérilisant. La fréquence et la gratuité des vaccins oraux sont plus sujettes aux rumeurs.

5.6.2. Les stratégies utilisées à Tambacounda et Kaffrine

Les stratégies retenues dans ces zones sont les suivantes :

- Le recours aux grands-mères du PRN pour le suivi des femmes et l'encouragement au suivi vaccinal
- L'organisation de réunion de coordination, avec la participation des populations dans l'élaboration d'un plan de résolution des problèmes identifiés
- L'utilisation des données du PECADOM+ à Malem Hodar : un programme du PNL P est en phase d'expérimentation dans le district de Malem Hodar qui comporte une

composante PEV essentiellement centrée sur la recherche des perdus de vue. Ces données sont reversées dans celles du PEV

- L'organisation de journées d'accélération (vaccination de masse) à Malem Hodar : le district retient trois jours chaque trimestre où des activités de vaccination de masse sont organisées pour rattraper les « abandonnés » et les perdus de vue
- À Malem Hodar des journées d'orientation sont organisées pour les acteurs communautaires sur les difficultés rencontrées dans la délivrance du paquet PEV
- Dans le poste de Dépôt qui a une couverture vaccinale assez faible, dans l'ordre de 43%, des réunions périodiques sont organisées par l'ICP avec les pères de famille sur PEV
- L'adoption du tableau lumière PEV où sont répertoriés le nom de l'enfant, l'âge, le numéro de téléphone d'un des parents, l'adresse, la date du prochain RDV pour permettre de retrouver facilement l'enfant en cas de perte de vue
- La surveillance par un agent qualifié du remplissage systématique des outils de gestion.

5.6.3. Les stratégies utilisées à Kanel et Touba

Dans ces deux districts, la principale activité utilisée pour relever le taux de couverture vaccinale reste une intensification de la sensibilisation.

« L'année passée, on avait des problèmes à atteindre nos objectifs, notamment avec le Penta 3 et le RR2. Donc on axait le plus souvent nos sensibilisations sur ces deux antigènes, pour atteindre nos objectifs sur ces antigènes. On avait vu aussi que ça avait un effet parce que de novembre à décembre, on a vacciné plus que lors des autres mois. Donc ça continue à se répercuter parce qu'il n'y a même pas deux semaines, la semaine passée, le 8 et le 9, on a fait des mobilisations sur le RR2 et le Penta 3 ». ICP Oumoul Khoura, Mars 2017.

L'adoption des stratégies déplacées est également un facteur de succès car elle a permis d'atteindre un grand nombre de cibles.

5.6.4. Les stratégies utilisées à Kolda et à Ziguinchor

- La mise en place des comités de veille et d'alerte communautaire (CVAC) avec une implication des grands-mères pour l'information sur les jours de vaccinations, le rappel des dates
- La mise en place des *Care group* (groupe de thérapie), de cercle de solidarité des femmes enceintes et le cercle des futurs pères
- Le système de parrainage à Ndorna : chaque relais se voit confié un groupe d'enfant

pour la vaccination

- Village de Sintian Abibou Sène où le relais regroupe les femmes et les conduit vers la case de santé pour le paquet de service
- Le financement basé sur les résultats (FBR) pour motiver les postes de santé.

Conclusion partielle

Les politiques, normes et standards édictés par le PEV sont connus par les professionnels de santé. Leurs niveaux de connaissances sont cependant très variables et se reflètent sur l'appropriation des protocoles aux différents échelons. Les professionnels de santé (ICP, SF) sont mieux formés que les acteurs communautaires de soins et les acteurs communautaires de promotion et de prévention.

L'offre de service de vaccination varie fortement selon les régions et les districts et les postes du fait des spécificités régionales et locales qui imposent une adaptation des directives dans la mise en actes. Cependant, chaque ICP organise son calendrier de vaccination en fonction de :

- Sa disponibilité personnelle et sa disposition à vacciner ou pas
- Son personnel qualifié et mobilisable au niveau du poste
- Sa disponibilité et sa disposition à organiser les stratégies avancées, mobiles ou déplacées
- La disponibilité des intrants
- La fonctionnalité de la logistique et de la chaîne de froid.

Si plusieurs de ces variables sont d'ordre organisationnel et systémique, certains cependant relèvent de pratiques individuelles spécifiques (rapports tendus avec populations, manque de motivation). Ces situations sont observées dans les zones à couverture vaccinale faible où l'on note :

La non systématisation des stratégies déplacées et la variabilité de la fréquence des stratégies mobiles ou avancées en raison des contraintes logistiques, pour la plupart du temps

Les relations interpersonnelles difficiles entre l'ICP et les populations de sa zone de couverture : les attitudes désagréables de certains ICP influent sur la qualité de l'offre de services de vaccination (démarrage tardif des vaccinations, limitation du nombre de carnets à enregistrer par séance de vaccination, accueil difficile, réprimandes publiques, déshabillage public des enfants contre la volonté des mères, discriminations dans les pratiques d'accueil et le traitement des usagers...)

Une implication active d'acteurs communautaires de promotion et de prévention qui assument des actes de soins qu'ils ne sont pas habilités à dispenser, faute de personnels ou par défaut de

management de l'offre de services. Il se pose donc un problème de gestion des organisations de prestataires de soins de plus en plus absorbés par des tâches administratives et qui ne sont pas réellement formés en matière de communication interpersonnelle.

Par ailleurs, les résultats mettent en exergue un certain nombre de bonnes pratiques et d'innovations qu'il serait intéressant de capitaliser :

- Organisation de journées de sensibilisation dans les zones à problèmes
- Organisation de réunion de coordination et implication des populations dans la planification et l'élaboration des plans de résolutions des problèmes identifiés
- Repas et cadeaux offerts lors des séances de vaccination
- Utilisation de données ou de ressources humaines d'autres programmes de santé (PECADOM+, PRN) pour maîtriser la cible et rechercher les perdus de vue

SECTION 6 : LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES CONCERNANT LA VACCINATION

6.1. Au niveau de l'offre

6.1.1. Les connaissances, attitudes et pratiques des personnels qualifiés (ICP, SF)

Le paquet de services PEV est très peu connu des acteurs communautaires du fait de manquements dans la démultiplication des formations. Les professionnels (ICP, SF) sont à un niveau de connaissance plus élevé en raison des formations suivies de manière régulière. Elle est meilleure chez les responsables PEV des districts qui sont régulièrement formés ou recyclés sur la surveillance épidémiologique et sur la gestion des données du PEV.

Les investigations montrent que le niveau de connaissance des soignants en matière de vaccination est tributaire de la fréquence de participation aux formations organisées au niveau district.

« E : Que faites-vous à votre retour après les formations ?

R : à mon retour je forme les gens avec qui je suis, je fais aussi un partage une sorte de reconstitution en réunion de coordination. Vous savez, à MYF, il y a ce qu'on appelle des réunions de coordination poste ; on fait des réunions de coordination au niveau du District mais nous faisons aussi des réunions de coordination au niveau du poste, on appelle tous les acteurs qui gravitent autour du poste à savoir ASC, matrones, relais on les convoque en réunion et on partage s'il y a un nouveau vaccin on les imprègne pour que ceux qui manipulent les vaccins sachent comment le faire, ceux qui sont chargés de la sensibilisation aussi pareil

E : A quelle fréquence faites-vous les réunions de coordination au niveau poste ?

R : c'est chaque mois » **ICP, Bourouco, MYF, Kolda, Mars 2017**

Kolda se démarque des autres districts en matière de bonnes pratiques de formation de professionnels de santé. L'équipe cadre de district organise des formations sur la vaccination pour les ICP et les sages-femmes avec la logique qu'au moins l'un d'entre eux soit disponible au niveau du poste en cas de mobilité de l'autre. La formation à Kolda révèle les mêmes faiblesses que dans les autres districts : la formation formelle se limite aux professionnels de santé tandis que les agents communautaires sont formés sur le tas. Cela explique d'ailleurs l'importance de l'écart en matière de connaissance entre ICP/sage femmes et agents communautaires.

« Auparavant il n'y avait pas le pneumocoque qui permet de lutter contre les maladies respiratoires chez les enfants, il n'y avait pas le rotavirus contre les maladies diarrhéiques, il n'y avait pas le VPI c'est-à-dire Vaccin Polio Injectable, maintenant il y a le rappel du RR2 à 15 mois. Avant, à 9 mois on disait que l'enfant était complètement vacciné, mais maintenant il faut attendre 15 mois pour que l'enfant sorte parce qu'il y a un rappel de RR2 à 15 mois, c'est pour cela qu'il faut toujours avoir cela comme tableau de bord »
ICP, Ndorna, MYF, Mars 2017.

La difficulté pour les prestataires réside dans l'énumération complète de toutes les pathologies ciblées par le PEV ou parfois même la spécificité exacte d'un antigène (les professionnels de santé peinent à citer instantanément les pathologies ciblées par le Penta).

Les prestataires de soins ont une bonne perception (utilité) du PEV et de la vaccination. C'est

d'ailleurs eux qui mettent en œuvre les services de vaccination. Cependant leur action est concentrée autour trois grandes activités que sont la planification des séances de vaccination, la mise en œuvre du programme dans les postes et la supervision de la vaccination. Leurs perceptions sur la vaccination expliquent leur engagement dans le programme :

« La vaccination c'est l'acte le plus efficace et le plus rentable parmi toutes les interventions en matière de santé, je dis bien toutes les interventions en matière de santé... par rentable je veux dire la moins chère. C'est-à-dire vous vaccinez quelqu'un, il ne va pas faire de la maladie, vous calculez le coût du vaccin que vous lui avez administré et vous comparez ce coût au coût de la maladie c'est-à-dire s'il était malade ; vous allez voir y'a pas photo. Quand la personne est malade vous allez compter les jours non travaillés, les séquelles etc. c'est des parents qui vont laisser leur travail pour vous raccompagner à l'hôpital. Sa mère ne va pas travailler, son père va aussi financer et y'a aucun médecin qui va vous dire cet enfant je vais le guérir à 100%, cela est un risque. Donc c'est ce qui fait que la vaccination est rentable pour moi. Toutes les études ont été faites pour dire qu'il faut vacciner ». **MCD, Dakar, District de Keur Massar, Mars 2017.**

D'autres prestataires de soins interrogés (ICP, chargés de vaccination et MCD) perçoivent également la vaccination comme une nécessité médicale pour la protection, la survie des nouveaux nés et des enfants. Cette perception de la vaccination comme une nécessité et une protection est une chose partagée à la fois par les soignants, acteurs communautaires et communautés.

Pourtant, lorsqu'on s'intéresse aux perceptions de la qualité d'organisation de l'offre de vaccination, l'objectif de 90% pour tous les antigènes et chaque antigène semble irréaliste pour certains personnels de santé qui peinaient déjà à atteindre les objectifs fixés antérieurement (80 %). Les raisons évoquées sont :

- Le surpeuplement de leur zone de couverture dépassant largement les normes de l'OMS (1 ICP pour 10.000 hbts)
- L'étendue de leur zone de couverture et la taille de la population
- La recherche de cibles répertoriées comme résidant dans les quartiers sous leur responsabilité se révèle souvent infructueuse (Chargée de vaccination Bourguiba). Pour certains des personnels de santé (Bourguiba) certaines cibles ou « cas zéro dose » seraient fictives

6.1.2. Les connaissances, attitudes et pratiques des personnels communautaire (ASC, relais, Bajenu Gox)

Dans toutes les régions, les acteurs communautaires font la promotion de la vaccination au niveau des populations. Ils animent des causeries, des VAD, recensent les perdus de vue et relayent les informations utiles à la vaccination (les stratégies avancées ou déplacées, sur la vaccination de routine).

Les relais et les BG qui sont les personnes les plus proches des populations et qui leurs fournissent des informations sur la vaccination, sont moins informés sur les maladies du PEV.

Pour s'informer sur des questions de santé en général et de vaccination en particulier, les communautés s'adressent souvent aux relais, ASC et bajenu gox, qui sont plus disponibles sur le terrain.

« E : Vous avez eu des formations sur la vaccination entre 2008 et 2016, vous a-t-on parlé de l'utilité de la vaccination ?

R : la vaccination comporte des avantages parce qu'au temps le « *bempén* » faisait fureur

E : C'est quoi le « *bempén* » ?

R : c'est un trouble de la vision qui fait que la nuit on ne voit rien mais le jour on voit normalement, il y avait aussi des cas de poliomyélite mais depuis qu'on a commencé à vacciner il y a eu un recul, le « *seukeut ndiambatane* », le « *yoss* » existaient

E : C'est quoi le « *yoss* » ?

R : c'est une maladie qui se manifeste sous forme de fièvre, des douleurs aux yeux et quand la personne commence à être convalescente des boutons apparaissent sur sa peau, vous connaissez le « *ngass* » ? Certains disent « *ngass* » et d'autres disent « *yoss* » mais c'est la même chose, en tous les cas la vaccination les a toutes boutées que ce soit le « *bempén* », le « *seukeut ndiambatane* », le « *yoss* », la poliomyélite, la tuberculose »
(Relais, Madina Sily)

Chez les acteurs communautaires, les connaissances sont bricolées, fabriquées sur le tas, à force de pratique. Les maladies cibles du PEV ne sont pas toutes connues, celles qui reviennent le plus souvent dans les réponses sont la rougeole et la poliomyélite. Les effets secondaires sont bien connus et communiqués au moment ou après la vaccination de l'enfant. Dans le cadre des VAD organisées par l'ONG *Africare* pour la recherche des perdus à Ndioté Séane, les acteurs sont souvent interpellés sur les effets secondaires dont ils connaissent bien les procédés de prise en charge.

Les effets secondaires les plus connus par ces acteurs communautaires sont la fièvre, les douleurs et parfois la diarrhée.

Les BG interrogées ont tendance à citer une série de pathologies qu'elles maîtrisent mieux que d'autres ciblées par le PEV. Les maladies citées sont pour l'essentiel (la rougeole ou *ngass* en wolof, la tuberculose ou toux (*xureet*), la polio, les diarrhées. Souvent à leur niveau la différence entre vaccination contre la polio et supplémentation en vitamine A ne se fait pas, cela est peut être dûe aux activités de supplémentation couplées aux JNV ces dernières années. Tous les relais n'ont pas reçu de formation dans le cadre de la vaccination. Ceux qui en ont bénéficié ont plus d'aisance à citer les maladies infantiles ciblées dans le PEV que les BG. En dehors du PEV les connaissances relatives aux types de pathologies sont de l'ordre du général.

Dans le cadre du PEV la plupart connaissent le vaccin pour la polio, la rougeole, fièvre jaune et peinent à citer les autres maladies ciblées (diarrhées à rotavirus, rubéole, coqueluche, tétanos). Il en est de même concernant les BG qui ne sont pas vraiment familières avec les termes médicaux et qui ne citent que la polio, la fièvre jaune, la rougeole, les maux de ventre, les diarrhées.

Les perceptions des relais sur le PEV (en tant que programme mis en œuvre) diffèrent de leurs perceptions sur la vaccination (en tant que moyens de préventions des maladies). En effet, la vaccination est perçue comme très efficace du fait de la disparition de certaines maladies.

C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles le discours des acteurs communautaires est axé sur quelques des maladies ayant disparu. Les perceptions reflètent un certain manque de compétences dû à un déficit de formation et de recyclage. Leur formation dans le cadre du PEV est insuffisante concernant la spécificité des vaccins et les types de pathologies ciblées dans le cadre du PEV. Les relais pensent qu'ils ne sont pas assez outillés pour effectuer la sensibilisation dans le cadre des causeries et es VAD (ne disposent pas de boîtes à image pour les communautés, de documents ou supports pour leur propre connaissance). De ce fait, les acteurs communautaires de prévention et de promotion pensent qu'ils pourraient faire plus que ce qu'ils font actuellement à condition d'être mieux formés et recyclés régulièrement.

Les acteurs communautaires transposent capitalisent des pratiques acquises avec des partenaires ou ONG dans le cadre d'autres activités. À Dakar, dans le district de Keur Massar, il est courant que les acteurs communautaires préparent des repas pour motiver les femmes à vacciner leurs enfants ou offrent des cadeaux lors de causeries. Excepté Dakar, dans toutes les régions, les acteurs communautaires adoptent des positions et des pratiques de vaccination presque similaires. Les agents communautaires des postes de santé sont disponibles et très dynamiques dans la mise en œuvre des activités de vaccination :

- Les ASC vaccinent
- Les relais et BG mobilisent les mères d'enfants
- Les VAD sont réalisées par les acteurs communautaires de prévention et de promotion
- La recherche des perdus de vue du PEV est effectuée par les relais et les BG.

Pour ce qui est du coût associé à la vaccination, ils saluent la gratuité de la vaccination. Cependant, ils relatent que ce sont dans les dépenses de transport notées dans certaines localités surtout à Kanel (Alana et Arafat) qui posent un problème aux familles.

6.2. Au niveau de la demande

6.2.1. Les connaissances sur la vaccination et le PEV chez les personnes ressources

Chez les personnes ressources (chefs de quartiers/village et imams), le niveau de connaissance est très faible car les questions de santé, surtout en matière de vaccination sont déléguées aux prestataires de soins. Le niveau de connaissance des élus locaux est aussi faible que celui de la population, même au niveau de la commission santé. Leurs connaissances des effets secondaires sont issues de leurs expériences de parents :

« Je n'en sais rien de tout ce sur quoi tu m'interroges (...) je suis le président de la commission santé mais je ne m'occupe de rien, c'est le maire qui s'occupe de tout c'est lui qui traite directement avec le district » **Président commission santé, mairie de Malem Hodar, Mars 2017.**

À Kolda, le maire est informé sur les activités de vaccination auxquelles il a participées pour sensibiliser les populations.

Dans la commune de Tambacounda l'adjoint au maire chargé des questions de santé est au fait des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du PEV parce qu'il assiste aux réunions du district.

À Tambacounda et à MYF, les élus de la commune qui s'occupent des questions de santé prennent part aux réunions de coordination et appuient le district en logistique pour le transport des intrants vers les différents postes de santé. De plus, à travers les plans de résolution de problèmes élaborés par les postes de santé, la commune de Tambacounda prend en charge tout ce qui est matériel pour les séances de communication comme les chaises ou le local.

Cependant, l'appropriation par les élus de leurs prérogatives et rôles à jouer dans les stratégies de relèvement laisse à désirer. Leur implication reste quelque peu superficielle parce qu'ils ne s'approprient pas les compétences transférées et la santé peine parfois à s'imposer dans leurs priorités d'actions publiques ou politiques locales.

Les chefs de quartier ou de village rencontrés sont des personnes sur lesquelles s'appuient les prestataires de soins pour la mobilisation et le déroulement d'activités liées à la vaccination (regroupement de cibles chez les chefs de quartiers).

Les imams sont sollicités pour faire passer l'information sur les jours de vaccination, mais ne connaissent pas les maladies ciblées ni les aspects y afférents.

6.2.2. Les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques au niveau des communautés

6.2.2.1. Les connaissances sur les maladies de la femme enceinte

Les mères et gardiennes d'enfant qui déclarent connaître les maladies qui peuvent affecter la FE durant sa grossesse sont bien plus nombreuses que celles qui déclarent ne pas les connaître. Le tableau ci-dessous montre que 78% des femmes interrogées ont des connaissances sur les risques de maladies chez les FE.

Tableau III: Répartition des connaissances sur les maladies de la FE par région (n=379)

Région	Connaissance des maladies qui peuvent affecter une femme et son enfant durant la grossesse		Total
	Oui	Non	
Dakar	21,37	2,37	23,74
Diourbel	10,29	2,37	12,66
Matam	8,17	4 ;48	12,65
Tambacounda	10,81	2,11	12,92
Kolda	10,29	2,63	12,90
Ziguinchor	8,44	4,22	12,66
Kaffrine	8,70	3,69	12,39
Total	78,10	21,89	100

Dans les districts visités, c'est à Matam (4, 48%) et à Ziguinchor (4,22%) que l'on enregistre les plus grands effectifs de femmes déclarant ne pas connaître les maladies susceptibles d'affecter la FE. À Dakar, dans les deux districts réunis, seules 2,37 % femmes ont déclaré ne pas les connaître.

Les résultats du questionnaire relatifs aux maladies de la FE montrent que le paludisme est la maladie la plus citée (27,17%) suivi des maux de tête (12,13%), des maux de ventre (9,49%), de la fièvre (6,33%) et des vertiges (2,90%) etc. Le SIDA (2,90%), l'HTA (2,63%) et l'anémie (2,63 %) sont également cités. Le tétanos (1,31%) est faiblement cité alors que c'est une des maladies majeures pour lesquelles on vaccine la FE de même que la polio (0,79%).

6.2.2.2. Les connaissances sur les maladies infantiles

En cumulant l'ensemble des régions, (92%) des femmes affirment connaître les maladies.

Tableau IV : Répartition des connaissances sur les maladies infantiles selon les régions

Région	Connaissance des maladies			Total
	NRP	oui	non	
Dakar	0,26	22,95	0,52	90
Diourbel	0,26	12,40	0	48
Matam	0,26	11,34	1,05	48
Tambacounda	0	10,29	2,63	49
Kolda	0	12,40	0,52	49
Ziguinchor	0	11,34	1,31	48
Kaffrine	0	10,81	1,58	47
Total	0,78	91,55	7,65	100

À Tambacounda 10,29 % de femmes ignorent les maladies infantiles. À Kaffrine elles sont 10,81%, à Ziguinchor et Matam elles sont 11,34 %. Les maladies infantiles citées sont nombreuses : la diarrhée est la maladie infantile la plus citée (35,35%), suivie du paludisme (12,66%), du rhume (11,87%), de la rougeole (7,91%), de la polio (2,63%). Les fièvres sont aussi fréquemment citées. La tuberculose, la coqueluche, et la fièvre jaune ne sont pas très souvent évoquées.

6.2.2.3. Les connaissances des maladies cibles du PEV et des maladies infantiles

S'agissant des maladies cibles du PEV, elles sont rarement évoquées par les populations. La tuberculose, la poliomyélite, la fièvre jaune et la rougeole semblent être les plus connues. Par rapport aux maladies infantiles, celles qui sont citées la plupart du temps sont le paludisme, la fièvre, la diarrhée.

6.2.2.4. Les connaissances sur les maladies infantiles inévitables par la vaccination

Les maladies inévitables par la vaccination sont nombreuses. Nous avons aussi tenté de les lister.

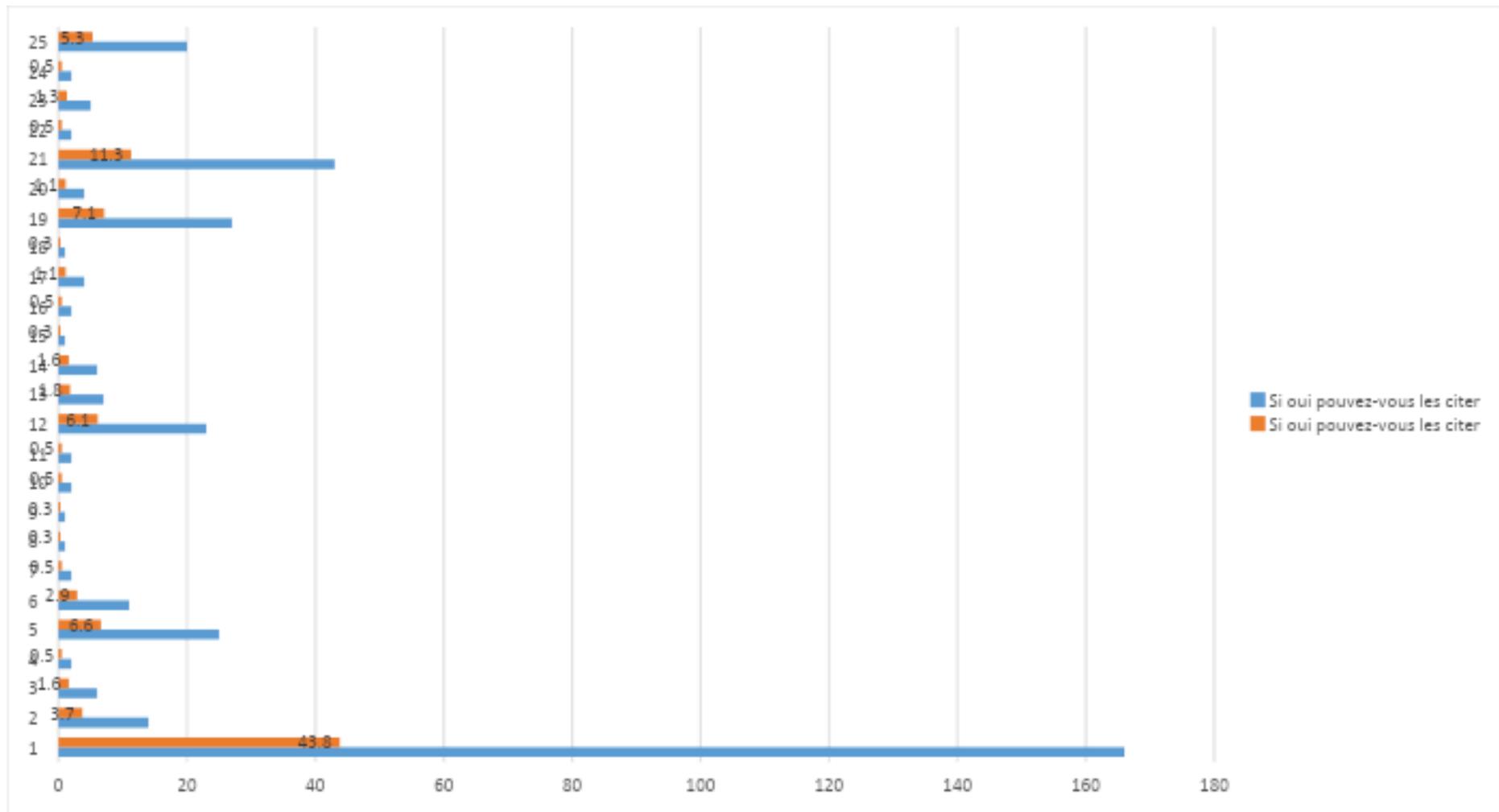


Figure 7 : Répartition des perceptions sur les maladies inévitables malgré la vaccination de l'enfant (N= 379)

41,95% femmes affirment ne pas connaître les maladies inévitables par la vaccination, toutes régions confondues. Parmi les maladies inévitables les plus citées (voir figure ci-dessus), la diarrhée figure en bonne place (7,1%), le paludisme (11,3%), la rougeole (3,7%), le rhume (2,9%) et les fièvres (6,6%). Le paradoxe est que parmi celles qui prétendent les connaître, des maladies réellement évitables par la vaccination, sont citées : la rougeole (3,7%), la varicelle (6,1%), la coqueluche (0,3%).

6.2.2.5. Les connaissances sur la protection offerte par la vaccination

La vaccination est perçue comme un moyen de prévention, pour l'enfant, contre certaines maladies telles que : la poliomyélite, la rougeole, le paludisme. Celles-ci sont les maladies les plus fréquemment citées (5,5%) par les femmes/gardiennes d'enfant. Cependant au-delà de ces maladies citées, la connaissance des autres maladies est faible de même que celle du nombre de contacts qu'elles doivent effectuer aussi bien pendant la première année de vie que tout au long des 23 mois après naissance de l'enfant.

Les données sur le niveau de connaissance de la vaccination au niveau communautaire rapportent que les populations se font des idées sur le pouvoir de protection de la vaccination et sur les maladies évitables par la vaccination.

E : C'est intéressant ce que vous dites, revenons au premier point que vous avez soulevé, vous avez dit que la vaccination protège les enfants contre les maladies. D.S, je m'adresse à vous contre quelles maladies la vaccination permet de se protéger ?

R5 : la vaccination peut protéger les enfants contre plusieurs maladies

E : Lesquelles ?

R5 : contre le paludisme, la fièvre et bien d'autres maladies

E : Qu'en pensez-vous K. ?

R8 : la vaccination permet de protéger les enfants contre certaines maladies

E : oui lesquelles ?

R8 : contre le rhume, la fièvre

E : Et quoi d'autre ?

R2 : la diarrhée parce que quand l'enfant est fébrile il a la diarrhée il devient faible et on doit dans ce cas l'emmener à l'hôpital » **FGD, femme à suivi incomplet, Hamdalaye, MYF, Mars 2017.**

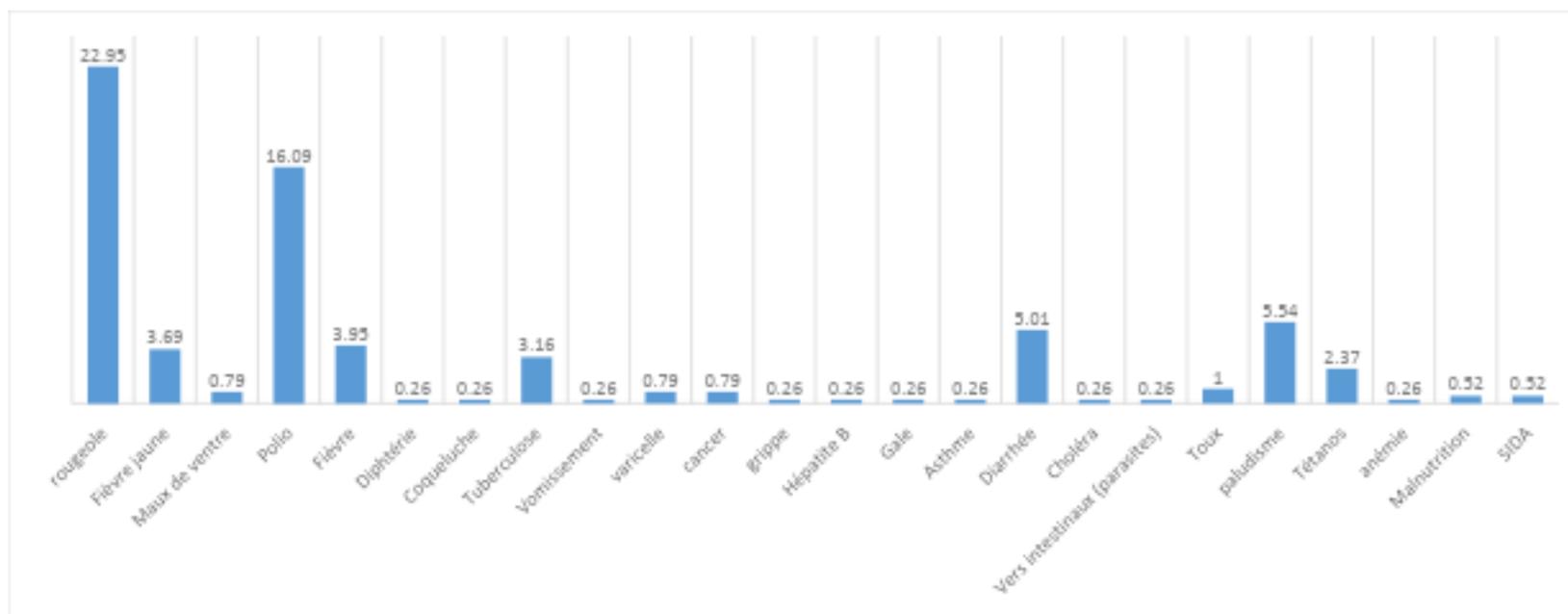


Figure 8 : Répartition des connaissances sur les maladies infantiles évitables par la vaccination (n=379)

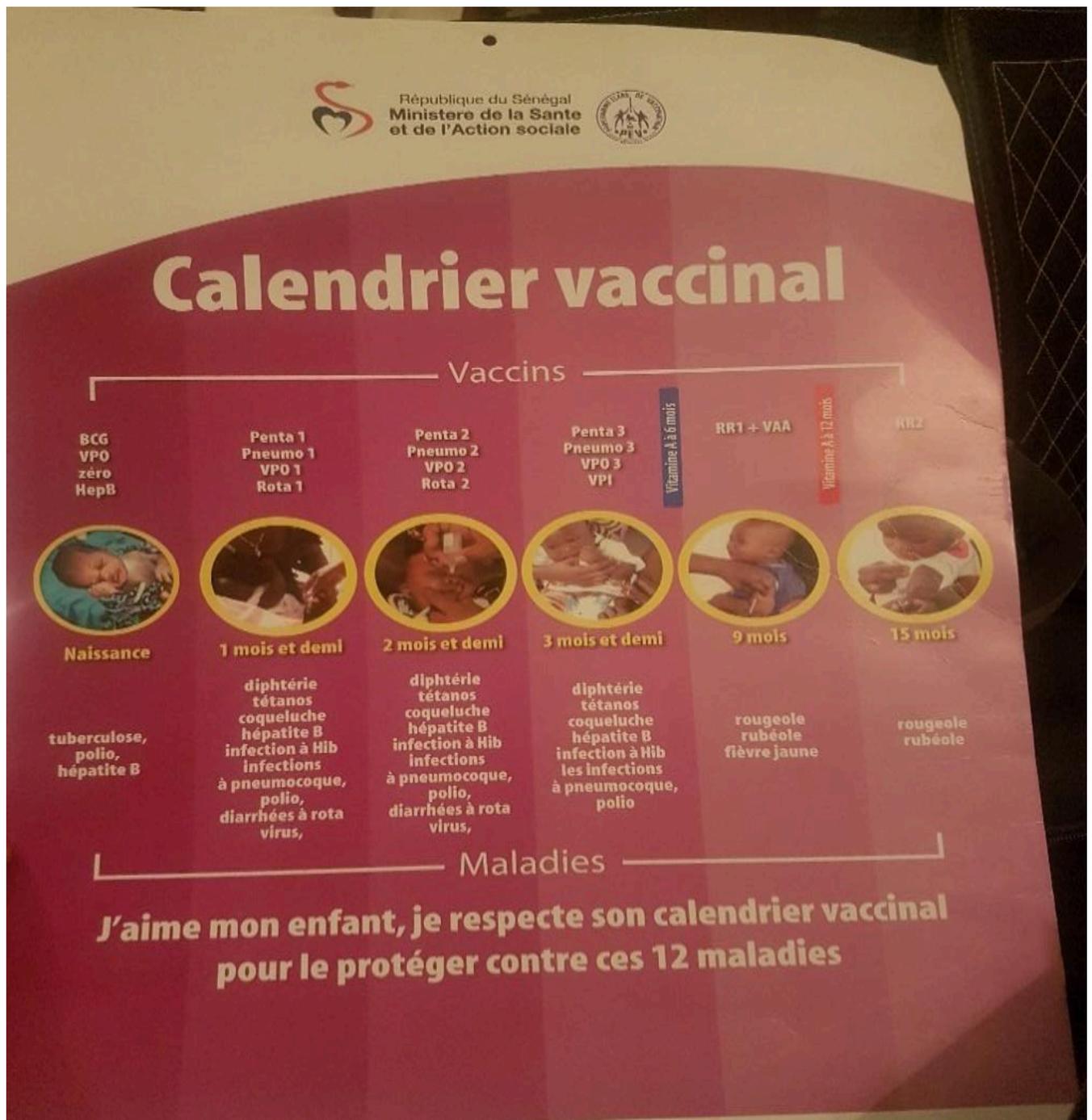
La rougeole est la maladie la plus citée parmi les maladies évitables (23%), suivie de la poliomyélite (16,09%), la diarrhée dans 5,54 % des cas et le paludisme 5,54 %.

Les entretiens individuels montrent que les connaissances sur les maladies évitables par la vaccination sont issues d'un mélange de discours médical et d'une expérience vécue. Les expériences vécues concernent les maladies que les populations voyaient avant chez les enfants et qui ont tendance à disparaître et que les communautés attribuent à la vaccination. Les enquêtes montrent aussi que les populations à MYF comme à Ziguinchor ne perçoivent pas la fonction de protection contre les maladies mais pense plutôt que la vaccination permet de diminuer l'intensité des maladies chez les enfants. À Ziguinchor particulièrement, la fonction de « bonne croissance pour l'enfant » est attribuée à la vaccination.

6.2.2.6. Les connaissances/perceptions sur le nombre de contact

L'actuel calendrier propose six contacts aux femmes pour une complétude vaccinale

Photo 2 : Calendrier vaccinal PEV 2017



1. Naissance : BCG, VPO Zéro, HepB (Tuberculose, polio, hépatite B)
2. 01 mois et demi : Penta 1, Pneumo 1, VPO 1, Rota 1 (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, infection à HIB, infections à pneumocoque, polio, diarrhées à rotavirus)

3. 02 mois et demi : Penta 2, Pneumo 2, VPO 2, Rota 2 (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, infection à HIB, infections à pneumocoque, polio, diarrhées à rotavirus)
4. 03 mois et demi : Penta3 , Pneumo 3, VPO 3, VPI (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, infection à HIB, infections à pneumocoque, polio)
5. 06 mois : Vitamine A
6. 9 mois : RR1 + VAA (rougeole, Rubéole, Fièvre jaune)
7. 12 mois: Vitamine A
8. 15 mois: RR2 (rougeole, rubéole)

Le niveau de connaissances de ces contacts est variable et assez faible dans l'ensemble. Il est à noter que le niveau de connaissance diffère selon que l'on est en ville ou en campagne. Dans le quartier de Gounass situé dans le centre urbain de Tambacounda, les femmes connaissent le nombre de contacts pour un enfant avec les intervalles de temps appropriées. La connaissance est plus ou moins faible en ce qui concerne les maladies cibles du PEV. En milieu rural par contre, le niveau de connaissance est très faible. Les femmes se contentent d'amener leurs enfants se faire vacciner mais ne savent pas pour quelles raisons, le calendrier vaccinal n'est pas bien connu en raison de l'analphabétisme aigu chez les femmes des zones rurales visitées.

Les données quantitatives montrent que les mères et gardiennes d'enfants n'ont pas une très bonne connaissance du nombre de contacts. 47% femmes affirment ne pas connaître le nombre de contact que l'enfant doit avoir avec les services de vaccination dans les 23 premiers mois.

Les réponses les plus régulièrement données sont : 5 contacts (18,73%) ; 4 contacts (16,09%) ; 6 contacts (7,65%).

Le pourcentage de femmes ayant déclaré un nombre inférieur à trois est de 7,65%, et 1,84% pour plus de 7 contacts

Lorsqu'on regarde la proportion de femmes qui déclarent connaître le nombre de contacts en fonction du statut vaccinal de l'enfant, l'on se rend compte le nombre de mères/gardiennes d'enfants qui déclarent ignorer le nombre de contacts est plus important chez les femmes dont les enfants sont complètement vaccinés que chez les femmes dont les enfants ont un suivi vaccinal incomplet.

Les tendances restent les mêmes, et varient sensiblement au regard du nombre de contacts les plus cités : 5 contacts (18,73%) ; 4 contacts (16,09%) et 6 contacts (1,58%) avec des proportions bien plus élevées chez les femmes dont les enfants sont complètement vaccinés.

Le corpus suivant recueilli à partir d'un focus group témoigne d'une connaissance limitée du nombre de contact par enfant.

E : K.T combien de fois un enfant doit-il se faire vacciner pour respecter tous ses vaccins ?

R9 : tous les mois

E : Pendant combien de temps ?

R9 : tous les mois jusqu'à l'âge de 5 ans

E : Qui veut y ajouter quelque chose ? Elle a dit que l'enfant doit être vacciné chaque mois jusqu'à l'âge de 5 ans, êtes-vous d'accord avec elle ?

R2 : l'enfant doit être vacciné 7 fois à partir du premier mois après on le suit pour dépister d'éventuelles maladies

E : Donc selon vous l'enfant doit se faire vacciner 7 fois pour avoir un suivi complet ?

R2 : oui (FGD, femme à suivi incomplet, Hamdalaye, MYF)

Les données montrent que les femmes interrogées prennent contact avec les services de vaccination en fonction des rendez-vous (en milieu urbain) ou des convocations par le relais (en milieu rural). Le nombre de contact que doit avoir un enfant n'est généralement pas connu des femmes ou gardiennes d'enfant. Beaucoup de femmes confondent la vaccination avec la supplémentation en vitamine A, ce qui pousse certains à dire qu'il faut avoir plusieurs contacts avec les services de vaccination. Qui plus est, le foisonnement d'activités pour les enfants (PEV, pesée, supplémentation en vitamine A, JNV), mène les femmes à des confusions sur le nombre de contact avec les services de vaccination. La fin de la vaccination est connue lorsque la femme est renvoyée d'une séance de vaccination parce que son enfant est complètement vacciné ou quand elle a été avisée lors de la dernière vaccination.

6.2.2.7. Les perceptions effets secondaires reliés à la vaccination

Les principaux effets secondaires liés à la vaccination perçus par les populations sont la fièvre, le vomissement, la diarrhée, l'œdème de la zone vaccinée. Ces différents effets sont connus comme consécutifs à la vaccination par le canal des agents de vaccination qui en informent les populations. À MYF, du paracétamol coupé en quatre est donné aux femmes qui les écrasent et les font fondre dans de l'eau pour administration à l'enfant en cas de fièvre. À Ziguinchor, les femmes anticipent sur le risque de fièvre après la vaccination et donnent à leurs enfants du sirop avant et après la vaccination).

Les effets secondaires résultants de la vaccination sont bien connus et gérés de différentes manières par les mères. Les populations enquêtées ont une bonne perception des effets secondaires qu'ils qualifient de preuve de l'efficacité de la vaccination.

Parmi les effets secondaires cités par les populations, il y a la fièvre, la diarrhée et les vomissements. La fièvre, les pleurs de l'enfant sont souvent décriés par les femmes. Néanmoins elles affirment que cela est dû au vaccin reçu (surtout le troisième reçu au niveau des deux cuisses). Le terme utilisé par certaines est « garab bala moulay diarigne dinala sonnal¹³ ». Il arrive que les cas de MAPI (manifestations adverses Post injection) poussent certaines femmes au découragement et au choix du personnel qui doit administrer le vaccin à leur enfant (Derkle, Malika, Thiaroye Minam, Cité Bissap, Alioune Sène). C'est de là que les communautés reconnaissent le personnel taxé de « nit kou tangué lokho ou Diiss Lokho de nite kou Sedd lokho¹⁴ ».

¹³ Le médicament fatigue le corps avant de le protéger

¹⁴ En traduction littérale : « main chaude » ou « main lourde » Selon le sens, on comprend que pour les femmes, les effets secondaires sont plus accrus selon le professionnel qui administre le vaccin.

Les effets secondaires sont bien connus en revanche ainsi que les modalités de prévention et d'atténuation, mais ceci découle de l'expérience et non des effets de sensibilisations menées dans ces zones.

Dans les villages enquêtés à MYF, le vomissement comme effet secondaire est perçu comme le « signe de la sortie de la maladie de l'organisme de l'enfant ». En plus des moyens médicaux offerts (MYF), ou acheté (Ziguinchor), les populations ont recours à d'autres moyens tels que le beurre de karité ou de lait lesquels, en cas œdèmes, permettent de « distiller la douleur dans le corps de l'enfant ».

Pour pallier les effets secondaires, l'utilisation de sirop Efferalgan, Doliprane (avant et après vaccination) pour les enfants est fréquente chez les mères pour amoindrir l'effet de fièvre et les douleurs. Ce même sirop est gardé et utilisé en cas de maladies ou de signes divers en attendant de consulter un prestataire de soins (diarrhées, rhume). L'utilisation de vinaigre mélangé à de l'huile en cas de boutons ou de fièvre chez l'enfant afin de faire baisser la température est également notée chez certaines femmes (femmes de Bagdad).

Le choix de la structure sanitaire se fait en fonction de la proximité géographique.

6.2.2.8. Les connaissances/perception de l'utilité des carnets de vaccination

Plusieurs types de documents sont détenus par les personnes enquêtées :

1. Le carnet de santé de la mère et de l'enfant
2. Le petit carnet vert
3. La fiche de suivi jaune
4. La fiche verte

La possession des carnets de vaccination a été un des critères de sélection des participantes à l'enquête CAP de 2017. Cela a l'avantage de pouvoir vérifier la fiabilité des déclarations des mères et de pouvoir diversifier selon les types de caractéristiques recherchées.

Les 379 femmes interrogées par questionnaire et les 200 interrogées dans les focus group et entretiens individuels ont toutes présenté leurs carnets de santé.

La possession des carnets de vaccination n'implique pas forcément la disponibilité de l'information. Pour certains cas d'ailleurs, le carnet est disponible mais ne comporte que les caractéristiques sociodémographiques de la femme et de l'enfant.

L'une des raisons de cette absence d'information dans le carnet est le fait que la vaccination soit couplée avec les pesées. Les informations sont reportées sur les fiches de pesées.

La majeure partie des carnets sont à jour. Sur 379 carnets observés et vérifiés 51,5 % sont à jour.

Il est généralement admis que le carnet de santé est utile pour les consultations pré et post natales des femmes et que les fiches de vaccination sont utiles pour la vaccination, les pesées des enfants, lorsque l'enfant est malade et qu'il doit être admis dans un service de santé. Il permet alors aux médecins de prendre connaissance des maladies pour lesquelles l'enfant est protégé pour et diagnostiquer d'autres éventuelles maladies.

En milieu rural le carnet de santé est perçu comme utile pour disposer d'extraits de naissance pour les enfants qui n'ont pas été déclarés à la naissance.

En milieu urbain, les carnets de vaccination sont perçus comme utile pour l'inscription des enfants à la maternelle.

En milieu rural tout comme en milieu urbain, les populations perçoivent que les carnets de vaccination et de santé sont utiles pour bénéficier d'une bourse familiale (taille des familles) et ou de la couverture maladie universelle pour les enfants de moins de cinq ans.

Les carnets de santé ou de vaccination présentés lors des visites dans les structures sanitaires sont, pour les populations, la preuve que l'enfant est éligible à la CMU.

L'ensemble des utilités perçues pour les carnets de santé et vaccination engendrent, chez les populations, un certain nombre de pratiques de rangement plus ou moins sécurisés (sous le matelas, dans les armoires et malles).

Photo 3: Rangement des carnets dans la valise des habits



Photo 4: Rangement des carnets entre le lit et le matelas.



6.2.2.9. Les perceptions de la qualité d'organisation des séances de vaccination et attitudes des communautés

Pour ce qui est de l'organisation, les horaires de vaccination posent problème car le matin les femmes font leurs tâches ménagères, vont au marché et font la cuisine. Ce qui fait qu'elles proposent comme horaire de vaccination les après-midi (de 15 h à 20 h à Dakar) et de communiquer sur les ruptures de vaccins. La qualité d'organisation des séances de vaccination est bien perçue dans l'ensemble sauf les longues files d'attente qui dérangent mais ne constituent pas des facteurs de découragement. Les coûts induits par la vaccination sont ressentis en ville mais pas en campagne. En ville, les coûts concernent le transport, l'achat de nourriture qui, selon les femmes peut être économisé si les longues attentes sont supprimées. La gratuité des vaccins est bien connue et fortement appréciée chez les populations.

Les communautés ont des attitudes variables quant à la vaccination. Les femmes apprécient et ont recours aux services de vaccination. Les pères de famille sont plus difficiles à convaincre alors qu'ils détiennent la prise de décision et l'argent du financement des coûts liés à la vaccination. Les grands-mères sont toutes aussi d'avis que les enfants doivent être vaccinés et relayent les mamans quand celles-ci ne sont pas disponibles. Elles évoquent les méthodes traditionnelles mais soulignent qu'elles ne peuvent en aucun cas remplacer le vaccin.

6.2.2.10. Les connaissances/perceptions sur l'équité en matière de vaccination

Les données que nous avons collectées nous permettent de voir les différentes perceptions des mères gardiennes d'enfant sur la nécessité de la vaccination.

Tableau V : Répartition de la perception de la vaccination en termes de droits et devoir selon les régions

Effectif		Région							Total
		Dakar	Diourbel	Matam	Tambacounda	Kolda	Ziguinchor	Kaffrine	
Pensez-vous que la vaccination est un droit un devoir?	NRP	1,31	0	0	0	0	0	0	1,31
	un droit	5,80	2,11	4,74	3,95	1,58	0,26	1,84	20,31
	NSP	0,26	0	0,26	0,79	1,58	2,37	2,11	7,38
	un devoir	1,05	6,06	2,37	2,37	1,31	0,26	5,01	18,46
	les deux	15,30	4,48	5,27	5,80	8,44	9,76	3,43	52,50
Total		23,74	12,66	12,66	12,92	12,92	12,66	12,40	100

1,31% des femmes n'ont pas répondues. 7,38% des mères ont déclaré ne pas savoir si la vaccination est un droit ou un devoir. 52,50% affirment que la vaccination est à la fois un droit et un devoir, 20,31 % un droit et 18,46% un devoir.

Les données montrent que pour celles qui affirment que c'est un droit, la raison avancée est la nécessité de protection de l'enfant (37, 7%), le droit à la bonne santé (28%). Pour celles qui affirment que c'est un devoir, 31 % évoquent la nécessité de protéger l'enfant, 21% la bonne santé de l'enfant, et 14% considèrent que c'est parce que la vaccination est un moyen de prévention. Pour celles qui pensent que la vaccination est un droit et un devoir, 36% évoquent la protection de l'enfant, et 17 % le droit des enfants à la bonne santé.

Par ailleurs, dans les raisons fournies, on ne note pas des différences de perception de la vulnérabilité selon le sexe. Les données quantitatives montrent que pour 32,98% des mères interrogées sur la question, le caractère égalitaire des sexes oblige à vacciner les deux sans enfants sans distinction de genre. Pour les 46,96%, elles pensent que c'est tout simplement parce qu'un enfant est vulnérable, quel que soit le sexe. Néanmoins, 4,22 % ont évoqué une plus grande vulnérabilité de la fille face au garçon tandis que 3,43% des mères ont avancé des rationalités utilitaires (en termes de rentabilité, le garçon est perçu comme plus rentable sur le plan économique et sur le plan du lien affectif tandis que la fille est tôt ou tard appelée à quitter la maison familiale au profit d'une autre). En définitive, la vulnérabilité ne se construit pas de façon socioculturelle selon le genre. La situation de vulnérabilité est due à de nombreux facteurs vulnérants.

SECTION 7 : LES DÉTERMINANTS DU SUIVI VACCINAL

Autour de la problématique de la vaccination et du contexte de la baisse des taux de couvertures, nous avons pu répertorier au niveau des personnels de santé, acteurs communautaires et communautés, un certain nombre de pratiques, attitudes et croyances. Les facteurs du suivi ou du non suivi vaccinal ont varié selon que les répondants étaient prestataires de soins, acteurs communautaires ou populations (cibles). De chacune de ces catégories structurées, émane des déterminants du suivi ou non suivi vaccinal qu'il serait pertinent d'analyser.

7.1. Les déterminants communs à l'ensemble des régions

Dans l'ensemble des régions visitées, nous observons des points communs concernant les déterminants du suivi vaccinal complet et du suivi vaccinal incomplet.

Concernant les déterminants du suivi vaccinal complet, nous pouvons les regrouper autour des points suivants :

- La disponibilité des vaccins
- La qualité de l'offre de services (rapidité et respect des populations, espace bien aménagé)
- La démultiplication des stratégies (offres disponibles pendant plusieurs jours de la semaine, organisations régulières de stratégies avancées/déplacées/mobiles)
- La recherche active des perdus de vue
- L'engagement et le dynamisme des ACPP
- Une bonne maîtrise de la cible
- La démultiplication des initiatives (repas offerts, concertation, parrainage)
- La confiance des populations vis-à-vis des prestataires de soins (perçus comme correctes et engagés)

Concernant les déterminants du suivi vaccinal incomplet, ils se résument aux points suivants :

- La position géographique de la structure : les structures éloignées, ou situées dans des zones difficiles d'accès ne font pas de bonnes performances à condition que les stratégies avancées/déplacées soient organisées avec régularité
- La mauvaise qualité de l'offre de services : les séances sont organisées une fois par semaine, sans planification concertée avec les populations ; elles sont organisées selon des horaires inadaptés ; les prestataires de soins sont perçus comme désagréables vis-à-vis des mères.
- Le personnel insuffisant : les files d'attente sont longues ; les renvois sont très fréquents car le personnel est débordé ; la communication fait défaut.
- Le manque de motivation des ACPP : lorsque les BG et les relais ne sont pas motivés, cela se ressent sur les performances de la structure sanitaire en termes de mobilisations et de recherches de perdus de vue
- L'incomplétude du paquet de services de soins néonataux
- La mobilité des femmes

7.2. Les déterminants spécifiques à chaque région

7.2.1. À Dakar

7.2.1.1. Suivi vaccinal complet

7.2.1.1.1. Au niveau de l'offre

Dans les 4 postes de santé et 8 quartiers visités, se dégagent des facteurs communs de suivi vaccinal cités par les personnels. La fréquentation de leur structure est favorisée par :

- La disponibilité des vaccins : la gestion stratégique du stock des intrants (commande par anticipation), pour la disponibilité en permanence de tous les types de vaccins du PEV et en quantité suffisante. Les stocks sont souvent ravitaillés avant épuisement total des intrants (Derklé, Malika)
- Partage de connaissances avec le personnel sur les maladies ciblées
- Implication du personnel ou des acteurs communautaires potentiellement utiles dans la vaccination
- Disponibilité quotidienne du personnel en charge de la vaccination
- Recherche active et suivi des cibles (programmation mensuel de RV en dehors de la vaccination, appels téléphoniques) à la fois par les prestataires et les relais/BG. (PS Malika)
- Proximité et localisation géographique de la structure de santé (moins de 5 KM) par rapport aux zones de desserte médicale. Selon les MCD ou personnel de santé les PS polarisent plus dans les quartiers situés dans le voisinage immédiat, qu'il soit inclus ou pas dans leur zone de couverture. Tel est le cas dans presque toutes les Poste de Santé
- Disponibilité d'un cadre de vaccination salubre et fonctionnel (plateau technique)
- Disponibilité de l'information sur la gratuité et qualité des vaccins au niveau des postes de santé et districts. Beaucoup de parents ne savent pas que les vaccins sont subventionnés par l'Etat raison pour laquelle elles sont gratuites et que ces les mêmes vaccins qu'ils payent chers au niveau des structures de soins privées
- Planification et exécution assidues de stratégies avancées surtout dans les quartiers moins proches habités par des populations extrêmement mobiles (Mobilité de travail à des heures incompatibles à celle de vaccination)
- Bonne implication des acteurs communautaires et personnes ressources dans les activités de vaccination. (Malika)

- Implication souvent financière de l'ICP de Malika pour les activités de mobilisations (préparation de repas collectifs lors de journées de vaccinations)
- Relationnel entre personnels de santé, acteurs communautaires et patients (facilitant l'identification des cibles absentéistes ou perdus de vue)

7.2.1.1.2. Au niveau de la demande

Au niveau communautaire, nous avons pu répertorier un certain nombre de facteurs favorisant un suivi vaccinal complet. Pour la plupart des mères gardiennes d'enfants à suivi vaccinal positif la vaccination est un impératif qu'elles se doivent d'accomplir pour la santé de leur enfant. Cette volonté a motivé la plupart d'entre elles, quel que soit leur niveau de scolarisation, à déployer un certain nombre de stratégies pour le suivi vaccinal. La motivation et le suivi vaccinal complet dépendent essentiellement du niveau de perception des risques et de la vulnérabilité des enfants face aux maladies. Le récit de la plupart des femmes interrogées a différé selon que la mère gardienne d'enfant connaît les conséquences d'un suivi vaccinal incomplet ou qu'une tierce personne (mari, GM, BG) influence le suivi vaccinal.

Les femmes à suivi vaccinal positif, se chargent en général elles même de la garde des documents, de leur disponibilité et de leur entretien. Pour pallier l'oubli des dates de rendez-vous certaines lisent régulièrement leur carnet de santé, d'autres qui ne savent pas lire sollicitent des personnes ressources (voisinage, enfants scolarisés, mari, BG, mari, personnel de santé...).

La disponibilité de service de maternité dans l'offre est un élément cité comme déterminant de la fréquentation d'une structure et du suivi des CPN/CPON. Dans la plupart des cas, le suivi vaccinal du nouveau-né déjà enclenché (à la naissance de l'enfant) au niveau de ladite structure s'y poursuit. La rapidité du service de vaccination est souvent un critère orientant le choix de structure des femmes interrogées. La salubrité des lieux et toilettes au niveau des postes de santé est également important pour la plupart des femmes.

7.2.1.2. Suivi vaccinal incomplet

7.2.1.2.1. Au niveau de l'offre

- Au niveau des structures visitées, il y a rarement plus de 2 prestataires de soins impliqués à plein temps dans la vaccination
- Dans pratiquement toutes les structures, l'affluence des patients/cibles lors de jours de séance est difficilement gérable par le ou les prestataires de soins
- Dans la plupart des structures de santé visitées, les prestataires ont évoqué la rupture du vaccin VPI indisponible depuis des mois
- La localisation géographique de certains postes de santé fausse la polarisation de leur cible. Au PS Bourguiba, l'ICP nous explique que son poste fait dos à sa population. La

conséquence de positionnement inadéquat draine la plupart de ces cibles vers le poste de santé des HLM. À Thiaroye Minam, le poste est littéralement excentré de sa population cible et partage son espace sanitaire avec le poste de santé de Nimzatt (Guédiawaye). Ce dernier poste de santé est non seulement plus proche, mais aussi implanté près du marché Nguélaw où les femmes font leurs emplettes quotidiennes. Le constat est la fréquentation de ce poste de Nimzatt au détriment de Thiaroye Minam.

- La greffe/extension de nouvelles aires géographiques à un poste de santé (consommation spatiale en termes de dynamique socio-démographique, à Keur Massar) complique les questions de couverture vaccinale (district de Keur Massar).
- Les injections multiples pour certains vaccins sèment l'incompréhension et la défiance du PEV. Certaines mères gardiennes d'enfants se plaignent du Penta 3 dont les effets secondaires sont difficiles à gérer.
- La suspension des stratégies avancées pendant une longue période et une reprise timide.
- Le manque de motivation ou d'implication de certaines BG dans les activités déroulées par les postes de santé ex de quartier de Bagdad 2, Sinay Ababacar, Aliou Gadiaga, Pac Nadio. Dans ces localités, les BG ou leurs activités sont difficilement identifiées par les populations. À Sinay Ababacar, une des BG affirme avoir suspendu volontairement ces activités. Elle s'est plainte d'avoir été décrédibilisée dans son quartier lors des dons de moustiquaires dans le cadre de la campagne de lutte contre le paludisme. Le nombre de moustiquaires impartis n'a pas été fourni pour la distribution aux populations longtemps mise en attente. Elle juge avoir été trahie par les prestataires de soins.
- En termes de ressources humaines le MCD du district Centre a déploré la mobilité du personnel formé et qualifié sur la vaccination. Cette mobilité est liée entre autre à des affectations, indisponibilité de maladie, congé ou décès. Selon le MCD, cette situation entraîne des pertes peu évidentes à combler souvent pendant des mois (ex ICP de Derklé, affectation de la chargée de vaccination du district centre au poste de santé de Liberté 2).
- L'éloignement des zones de résidence du personnel et leur structure de santé, impacte sur la qualité du service. Le personnel arrive moins tôt pour commencer à temps la vaccination. (DS Centre et Keur Massar). Le manque de maîtrise de la zone de couverture du fait de l'étendue, de la surpopulation ou de la configuration complexe de certains quartiers (ICP Bourguiba ayant plus de 21 quartiers sous sa responsabilité).

7.2.1.2.2. Au niveau de la demande

Les problèmes majeurs soulevés par la majorité des femmes interrogées, relèvent :

- Du mauvais comportement de certains prestataires de soins à leur égard. Les témoignages de femmes décrivent souvent des relations tendues entre soignants et soignés (manque de respect et impertinence, incompréhension, manque de communication).
- De la réaction du personnel en cas de perte du carnet de santé ou de retard dans les dates de rendez-vous prescrites. Si ce n'est un vécu personnel qui est partagé lors des entretiens, les femmes ont été très souvent témoin de la réprimande publique de certaines d'entre elles. (Derklé : cité Marine entretien femme à suivi négatif et focus Cité Bissap). Par ailleurs, lorsque le suivi vaccinal n'a pas été assuré dès le départ par le PS, il est courant que les mères gardiennes d'enfants soient mal reçues par les prestataires par défaut.
- De rupture de vaccins, principalement ceux du 9^e ou 15^e mois et parfois du 3^e mois. Ces ruptures les obligent à faire des allées et retours sans pour autant avoir la certitude de trouver les intrants sur place. Si ce n'est l'indisponibilité de vaccin, la « politique du flacon entamé » lors des jours de séances pose problèmes. Après plusieurs heures d'attente au niveau de la structure, les enfants peuvent ne pas être vaccinés. Lorsque le nombre minimum de bébés n'est pas présent la séance est reportée. Ce n'est qu'une fois devant le prestataire de soins que la femme est informée après une perte de temps considérable. Certaines finissent par se lasser et ne reviennent pas à la séance de vaccination.
- Des horaires de vaccination figées/inflexibles dans la plupart des postes de santé posent aussi problèmes à une frange importante de femmes interrogées. Pour celles qui travaillent pour assurer des questions de survie familiale (vendeuse de poissons, légumes, petit commerce, lingère...), la demie journée de vaccination est inappropriée. Pour d'autres femmes vivant dans les concessions familiales, il est quasiment impossible de confier les tâches ménagères assignées pour aller aux rendez-vous de vaccination. Même lorsque les femmes jouissent de leur autonomie (sans BM dans la maison ou coépouse), les temps des menus travaux sont incompatibles aux heures de vaccination.
- De l'organisation des séances de vaccination en précisant une limitation du nombre de carnet. Il arrive souvent que les femmes ne puissent faire vacciner leurs enfants, parce qu'au-delà de 11 h-12 h, certaines structures ne prennent plus de carnet de santé (PS Bourguiba).
- Des injections multiples lors d'une seule séance de vaccination (ex du Penta 3) est problématique pour la plupart des femmes qui se plaignent des effets secondaires. Certaines femmes à suivi vaccinal négatif ont avoué avoir suspendu volontairement les vaccinations de leurs enfants suite aux malaises consécutives aux injections. Les effets

secondaires sont parfois plus sérieux (infections de zone de piqûre qui prend de l'eau, infections avec pus)

- Du démarrage tardif des séances de vaccination ainsi que les pauses répétées (petit-déjeuner, déjeuner)
- De l'absence d'assistance des BG pour le suivi vaccinal complet (Bagdad 2, Pakk Nadio). Pour quelques femmes à suivi négatif, l'incomplétude des vaccins est due à des cas de maladies ou de voyage ou de tâches ménagères
- Du caractère éprouvant des attentes en ce qui concerne les stratégies avancées (sous le soleil, trop de monde, inconfort et manque de siège)
- Du déshabillage public des enfants jugés vulnérables ou fragiles
- Du rattrapage des vaccins en un seul jour lorsque la mère rate des RDV. Cette situation est déplorée par certaines femmes, qui le conçoivent comme une sanction. D'ailleurs certaines mères disent que les soignants leur ont clairement signifié que « si l'enfant souffre suite au rattrapage de vaccins, c'est la faute à la mère négligente »).

7.2.2. À Ziguinchor et à Kolda

7.2.2.1. Suivi vaccinal complet

7.2.2.1.1. Au niveau de l'offre

Les investigations montrent qu'il y a plusieurs déterminants du suivi vaccinal complet au niveau de l'offre des services.

- L'organisation des stratégies avancées (MYF)
- L'implication des acteurs communautaires
- La recherche des perdus de vue par appel téléphonique (PS Colette Senghor) qui sont des actions mises en œuvre par les postes de santé
- La stratégie de financement basé sur les résultats, communément appelée FBR décrite à MYF
- La mise en place d'un système de parrainage qui consiste à confier à chaque relais un groupe d'enfants pour la vaccination est instaurée.

7.2.2.1.2. Au niveau de la demande

- L'implication des grands-mères dans le cadre des comités de veille et d'alerte

communautaire,

- L'implication des chefs de quartier et imans à MYF permet de mobiliser les femmes pour la vaccination de leurs enfants
- À Ziguinchor, la connaissance sur l'importance de la vaccination et l'exigence du carnet de vaccination pour l'inscription des enfants à la maternelle

7.2.2.2. Suivi vaccinal incomplet

7.2.2.2.1. Au niveau de l'offre

Les déterminants du suivi vaccinal incomplet au niveau de l'offre décrits plus spécifiquement dans les zones à faibles performances sont :

- Les modes d'information sur les jours de vaccination comme au village de Hamdalaye où les femmes sont aux champs les matins quand le relais passe informer sur le jour de passage de l'équipe de vaccination
- La séparation et le dédoublement des activités de santé (pesées et vaccination mensuelles) qui mobilisent beaucoup les populations
- Au poste de santé de PMI Escalé, l'absence de relais et de Bajenu Gox dynamiques et l'absence de connaissance du poste de santé par certaines populations, notamment du quartier de Dié Faye (Ziguinchor)
- Les problèmes posés par l'ouverture de flacons à doses multiples et la disponibilité des intrants.

7.2.2.2.2. Au niveau de la demande

Au niveau de la demande, les facteurs de suivi vaccinal incomplet évoqués concernent :

- La mobilité de la cible
- Les activités champêtres comme dans le village de Hamdalaye, qui font que certaines femmes commencent la vaccination pour leurs enfants et voyagent ensuite sans être informées de la possibilité de poursuivre la vaccination
- La question des frontières est apparue à plusieurs niveaux des enquêtes d'abord au village de Hamdalaye situé à 3 kilomètres de la Gambie où les femmes amènent leurs enfants se faire vacciner car elles ratent les stratégies avancées. À Ziguinchor, la question des frontières est évoquée à propos des personnes qui quittent la Guinée Bissau et qui partent accoucher à Ziguinchor avant de rentrer, mettant ainsi un terme à la vaccination de leurs enfants.

- À Ziguinchor, il a été fait cas d'une communauté malienne appelée Coroboro, jugée réticente à la vaccination. Les investigations dans ce milieu ont permis de comprendre que cette communauté est révoltée par le fait que leur demande de pièces d'identité pour leurs enfants n'est pas satisfaite et perçoivent mal que la vaccination leur soit offerte gratuitement. Ils développent ainsi la rumeur selon laquelle la vaccination « rend les enfants stériles ». Cependant, les femmes vivant dans ces communautés vaccinent leurs enfants avec la complicité des agents de santé qui leur facilitent leur passage au poste de santé afin qu'elles ne perdent pas de temps.

7.2.3. À Tambacounda et à Kaffrine

7.2.3.1. Suivi vaccinal complet

7.2.3.1.1. Au niveau de l'offre

Certains éléments de l'offre de services de vaccination favorisent le suivi vaccinal.

- La position géographique de la structure par rapport aux populations : les districts sont favorisés en ce sens qu'ils sont situés dans des quartiers accessibles de la majeure partie de la communauté. Le district de Tambacounda est un exemple en raison du fait qu'il récupère la majeure partie des cibles des postes du centre urbain de la ville.
- La rapidité dans la délivrance des services : dans les postes de santé, les longues files constituent des facteurs qui n'encouragent pas l'assiduité aux rdv du calendrier vaccinal. Dans ce cas, plus le personnel mobilisé est nombreux plus la délivrance des services est rapide. C'est le cas à Ndioté Séane et Nettéboulou qui font appel aux acteurs communautaires des différentes zones en cas de stratégie fixe pour réduire les longues attentes ;
- Le respect témoigné aux populations reçues : le poste de santé de Nettéboulou est cité en exemple par les populations et acteurs du district de Tambacounda dans la courtoisie avec laquelle les agents du poste reçoivent leurs patients et autres personnes qui fréquentent le poste. D'ailleurs les femmes de Koulary, relativement proches du poste (7 kms) n'hésitent pas à aller vers le poste pour rattraper un rdv raté ;
- La stratégie avancée : le fait de délivrer les services dans les localités éloignées est un facteur encourageant pour les populations qui se voient ainsi épargnées des longues distances dans un contexte de rareté des moyens de déplacement ;
- La pression des acteurs communautaires : à Bantantinty, Ndioté Ndioloffène, Diacksao, les relais sont assez dynamiques. Ils mettent la pression sur les femmes pour qu'elles suivent leurs rdv à la lettre ;
- Peur d'être rabroués en cas de maladie : les femmes respectent scrupuleusement le

calendrier vaccinal de leurs enfants en raison de la peur d'être humiliée au moment du prochain contact avec la structure de santé, si ce n'est pas le cas au moment. Ce déterminant a été particulièrement observé à Makka Bellal ;

- Les populations rurales font une confiance presque aveugle aux agents de santé parce qu'elles soulignent que quand elles sont malades elles vont vers elles donc si les agents de santé disent que la vaccination protège les enfants de certaines maladies, cela doit être avéré.

7.2.3.1.2. Au niveau de la demande

Ce que nous avons noté dans les principaux déterminants du suivi vaccinal au niveau des communautés c'est :

- Le rôle joué dans la sensibilisation entre paires. En effet, nous avons pu noter que les mères et gardiennes d'enfants s'enjoignent mutuellement de suivre le calendrier vaccinal des enfants et bien faire les CPN. Cela semble avoir l'avantage de réduire les réticences et de se lancer dans une dynamique de partage d'expérience et de solidarité communautaire pour une bonne adhésion aux recommandations sanitaires liées à la vaccination
- Le réseau d'interconnaissances et de confiances aux acteurs communautaires de prévention et de promotion qui facilite la mobilisation mensuelle des femmes pour la vaccination et la recherche des perdus de vue.
- Dans le Saloum, l'assertion la mieux partagée est celle selon laquelle « doctor dafa xew ». Cette pensée exprime une rupture avec les méthodes traditionnelles qui étaient utilisées, elles le sont toujours d'ailleurs, pour soigner ou prévenir une maladie. Cependant, elles passent en second plan maintenant dans la gestion des problèmes de santé au niveau communautaire. Les grands-mères soutiennent à ce propos que les jeunes mères d'aujourd'hui n'écoutent plus quand elles leur prescrivent de suivre des méthodes traditionnelles pour protéger leur grossesse ou leur jeune enfant. Elles préfèrent plutôt aller dans les postes de santé ou hôpitaux
- Pendant l'hivernage, les routes des localités des postes ruraux visitées sont coupées. Quand cela se produit, on attend que le niveau d'eau baisse pour pouvoir effectuer les stratégies avancées ou effectuer des mouvements vers le poste de santé.

7.2.3.2. Suivi vaccinal incomplet

7.2.3.2.1. Au niveau de l'offre

Dans l'offre de services, ces éléments suivants constituent des facteurs de détournement de la vaccination et causent donc l'incomplétude du suivi vaccinal :

- Logistique défailante qui ne permet pas le respect du calendrier de la stratégie mobile

dans les villages enclavés

- Éloignement de la structure : dans les régions visitées, Tambacounda et Kaffrine, la chaleur est très forte donc quand les femmes doivent faire la distance qui sépare leur village du poste à pieds, le découragement peut être de mise « si je ne pars pas avec les autres en même temps je ne pars pas (...) j'ai peur toute seule en plus il fait trop chaud » (Femme à suivi négatif, Koulary)
- Les conditions d'organisation de la séance de vaccination : non-respect rang par certaines, mauvais accueil, longues files
- Les mouvements de population : « j'étais partie avec lui, je n'avais pas emporté avec moi le carnet », voilà en substance ce qui ressort du discours des femmes dans les localités du poste de Ndioté Séane.

7.2.3.2.2. Au niveau de la demande

Les facteurs recensés concernent :

- Les survivances sociales « Baayoo ken du ko pikiir dafay dé¹⁵ » : pour les populations *wolof* de Malem Hodar, un enfant dont la maman est décédée ne doit pas être vacciné parce que quand l'enfant se fait vacciner c'est le lait maternel qu'il consomme en même temps qui amoindrit les effets du vaccin. Donc quand l'enfant ne tète pas, il ne faut pas lui administrer de vaccin ;
- Pauvreté des ménages : certaines femmes dans la commune de Tambacounda cassent des pierres qu'elles vont revendre pour ensuite aller s'occuper du repas du jour au niveau du ménage. Pour ces femmes dont la subsistance de la famille dépend de leur activité, il est difficile de respecter le suivi vaccinal de leurs enfants ;
- Analphabétisme populations : des rdv sont parfois ratés parce que les femmes ne savent pas lire les carnets de vaccination
- Certains pères de famille s'appuient sur leur propre expérience pour légitimer leur décision de ne pas accorder la permission à leur femme d'emmener l'enfant à l'hôpital pour la vaccination « *nous-mêmes on ne sait pas si on a été vacciné* » Adjoint au maire commune Tambacounda. Il a soulevé ces propos pour expliquer comment les logiques communautaires sont expliquées.

¹⁵ Traduction littérale : « on ne pique (dans le sens injection) pas un orphelin, il risque de mourir »

7.2.4. À Matam et à Diourbel

7.2.4.1. Suivi vaccinal complet

7.2.4.1.1. Au niveau de l'offre

Dans les déterminants du suivi vaccinal liés à l'offre sont évoqués les facteurs tels que :

- La proximité du lieu de soins (surtout à Touba)
- La détermination des prestataires de soins qui sous-entend aussi leur motivation dans l'exercice des services de vaccination est un élément très important pouvant motiver les populations à la fréquentation de cette structure. Cette motivation ou cette détermination se traduit dans l'accueil qui est une porte d'entrée permettant aux malades ou soignés d'avoir une perception et une attitude positive conduisant à un comportement favorable à un bon suivi vaccinal
- La gratuité des soins liés à la vaccination est un élément très important parce que permettant de corriger les inégalités économiques d'accès aux soins
- La disponibilité des intrants et des vaccins.

7.2.4.1.2. Au niveau de la demande

- La dimension sensibilisation joue un rôle déterminant. Cette dernière participe à un niveau de connaissance satisfaisant et favorisant la maîtrise du calendrier vaccinal et des effets secondaires ainsi que l'importance de la vaccination
- La proximité des structures est un facteur déterminant du suivi vaccinal complet ; une situation retrouvée au niveau de Touba (Keur Niang)
- La relation établie entre le respect des rendez-vous et les retombées dont ont bénéficiés certaines mamans et leurs enfants (dotation en complément alimentaire à Kanel)
- L'implication des maris est un déterminant du suivi vaccinal complet ; car ces derniers participent au rappel des rendez-vous surtout chez les mamans peu éduquées, ne pouvant pas lire (situation fréquente chez la population de Waoundé, majoritairement constituée de Sarakhoulé marquée aussi par l'immigration).

7.2.4.2. Suivi vaccinal incomplet

7.2.4.2.1. Au niveau de l'offre

- La rupture des vaccins et des intrants

- Le manque de ressources humaines. Selon l'ICP d'Oumoul Khoura, seules deux personnes interviennent sur la vaccination dans son poste (l'ASC et lui). Mais quand l'un n'est pas là l'autre est obligé de faire la vaccination tout seul
- L'ICP de Gawdé Boffé affirme ne disposer que d'une sage-femme et d'une matrone (non opérationnelle en dehors du poste) pour les activités de vaccination
- Le manque de moyens logistiques appropriés
- Une chaîne de froid inappropriée participe aussi de ce qui peut entraver une disponibilité des vaccins, car certains sont obligés de recourir aux postes voisins pour la conservation de leur vaccins (exemple de Gawdé Boffé, qui n'ayant pas d'électricité est obligé de conserver ces vaccins au poste de Thianiaf à 7 km).

7.2.4.2.2. Au niveau de la demande

Parmi les déterminants du suivi vaccinal incomplet, nous notons :

- Les accouchements à domicile dans les zones éloignées des postes de santé. En effet, pour ces mères qui accouchent à domicile, elles ratent la plupart du temps leur première dose et ne se déplacent vers ces lieux de soins que quand il y a une urgence (complication de l'accouchement)
- L'éloignement des postes de santé car les mamans doivent parcourir des kilomètres à charrettes ; une situation observée à Alana au poste de Gawdé Boffé et à Arafat au poste d'Oumoul Khoura
- Les ruptures de vaccin (particulièrement celui du 9^{ème} mois) qui démotivent les mamans. Situation observée dans les quatre postes (réf entretien mères)
- L'analphabétisme.

7.3. Les groupes vulnérables et leurs effets sur le suivi vaccinal

Les observations effectuées dans les différents sites de l'enquête CAP nous permettent de fournir une typologie des groupes vulnérables. Les grands groupes vulnérables sont les enfants appartenant aux groupes sociaux des transhumants, des étrangers et des voyageurs.

La mobilité des parents crée des situations de vulnérabilité à plusieurs niveaux :

- L'enfant est susceptible de rater des rendez-vous
- La probabilité de perte ou d'oubli du carnet de vaccination est très forte.

À Dakar singulièrement, la présence de plusieurs groupes ethniques et de communautés

étrangères dont les enfants ont un suivi vaccinal incomplet a été observée. La raison avancée par les mères est souvent l'oubli du carnet à la localité de provenance résidence permanente/officialle. Dans certains cas, les mères décident volontairement de laisser le carnet de vaccination là où l'enfant est né car il sert aussi de carte d'identité.

Les communautés de femmes sérères originaires de l'intérieur du pays, les femmes peulhs Fouta, les susu de la Guinée Conakry et les maliens sont dans cette catégorie. Pour les professionnels de santé du district de Kanel, la question de la transhumance pose des problèmes de suivi de cohorte.

Les enfants sont souvent rejetés par les prestataires de soins, surtout en matière de vaccination. Or, les carnets de vaccination sont difficilement conservables par les femmes. Une fois que le carnet est perdu, oublié ou abandonné au village, les mères d'enfants hésitent souvent à aller vers le personnel de santé pour plusieurs raisons :

- Elles sont publiquement réprimandées
- Elles doivent acheter un nouveau carnet
- Cela peut exposer l'enfant à un rappel de vaccins dont les effets secondaires seront insupportables
- Elles sont parfois systématiquement rejetées, car les prestataires ne vaccinent qu'à condition de la disponibilité du carnet de vaccination.

Il nous a aussi été donné d'observer des cas où l'ICP a confisqué le carnet de vaccination pour éviter les pertes. Si la femme voyage, elle n'a aucune possibilité d'assurer le suivi du calendrier vaccinal de l'enfant.

7.3.1 Les caractéristiques des groupes vulnérables

Ils ont un certain nombre de caractéristiques en commun :

- Ils ont manifesté des réticences et résident dans des zones où le taux d'abandon est élevé
- Ils sont d'origine étrangère ou catégories à fortes mobilité (mobilité professionnelle, mobilité saisonnière, transhumance)
- Ils ont des problèmes avec les relais ou les BG (conflits sociaux latents, pratiques discriminatoires etc.)
- Ils habitent dans des zones parfois inaccessibles
- Ils sont sans abris (habitent des maisons en construction ou délabrées, ou dans les rues) donc difficilement localisables

- Ils sont perçus comme hermétiques (Coroboro du Mali, Susu et *Peulh Fouta* de Guinée Conakry, les Hibadous) et difficiles à convaincre et à sensibiliser à cause de leurs organisations sociales.

7.3.2 Les types de vulnérabilités

Plusieurs types de vulnérabilités sont notés à savoir :

- Une vulnérabilité en rapport avec l'accès géographique (Kanel, Tamba, Kaffrine)
- Une vulnérabilité en rapport avec leurs catégories socioprofessionnelles ou activités génératrices de revenus (exemple des commerçantes qui voyagent beaucoup, sortent tôt le matin et rentrent tard le soir ; exemple des taximen dont les familles sont regroupées à mi-temps et font des va-et-vient entre le village et la ville)
- Une vulnérabilité par rapport avec l'accès à l'information (lorsque les BG ne sont pas dynamiques ou lorsqu'elles sont en conflit avec certains quartiers, elles n'y vont presque jamais pour sensibiliser et informer, de fait ces communautés ne sont pas informées à temps ; nous en avons des exemples à Matam, et à Malem Hodar).

7.3.3 Les moments de vulnérabilité

Les vulnérabilités varient également selon le temps ou la période de l'année et la typologie se présente comme suit :

- Les périodes de cérémonies et les moments de retour des émigrés : les périodes de cérémonies (religieuses ou mariages) sont des moments durant lesquels il est difficile de mobiliser les femmes pour la vaccination. Par exemple, à Matam, lorsque les émigrés rentrent, beaucoup de mariages sont célébrés, de fait, les femmes n'ont pas le temps de s'occuper des enfants et de suivre le calendrier vaccinal. Il en est de même pour les périodes de grandes cérémonies religieuses durant lesquelles les femmes admettent ne pas avoir le temps d'aller faire vacciner les enfants.
- Les périodes hivernales : ce sont les périodes où les routes sont souvent impraticables. Durant ces périodes, beaucoup de prestataires de soins n'organisent pas de stratégies avancées, surtout dans le milieu rural. Ce sont aussi des périodes de travaux champêtres. De fait, ce sont les moments où les enfants perdus de vue sont nombreux (exemple de Kolda, Tamba et Kaffrine).
- Les périodes de rupture de vaccin : durant l'année 2017, tous les postes de santé visités ont connu des ruptures de VPI et de VAA. Ce sont des périodes de grandes vulnérabilités pour les enfants car les multiples renvois finissent par décourager les mères et même les prestataires de soins.

7.3.4 Quelques cas de groupes vulnérables

Hamdalaye est un village du district de MYF, habité par les peulhs. Ils soutiennent ne pas avoir accès à la bonne information concernant la vaccination. De leurs côtés, les BG et relais affirment qu'ils les informent à chaque séance mais que ce sont les populations qui sont réfractaires. Souvent, ils finissent par se lasser. Les populations quant à elles affirment que c'est le mode de communication qui pose problème, car les relais viennent à des heures où les villageois sont soit aux champs soit en train d'amener les troupeaux au pâturage.

Thiantang est un village de Makka Bellal, habité par des peulhs. Ils n'ont pas de relais actifs car l'ICP est en conflit avec les acteurs communautaires issus de ce village. En fait, ils ne sont plus informés des journées de vaccination et lorsqu'elles y vont (en jour de séance), l'ICP refuse de vacciner leurs enfants.

Ces cas de conflits sociaux latents entre populations et prestataires de soins sont souvent à l'origine de pratiques discriminatoires qui mettent les enfants dans une situation de vulnérabilité car leur accès aux services de santé et de vaccination est limité.

Bantantity : à Bantantity, l'ASC de la case a 32 ans d'expérience et n'a jamais été formé sur les questions de vaccinations depuis plus de deux décennies. De fait, il n'est pas informé sur les directives et recommandations. Se fondant sur son expérience, il demande aux femmes d'arrêter le suivi vaccinal au 9^{ème} mois or il existe le rappel du 15^{ème} mois qui n'est presque jamais fait dans cette localité. Le fait de ne pas disposer de prestataires de soins bien formés peut donc créer des situations de vulnérabilité chez certaines populations.

Coroboro de Ziguinchor : les Coroboro sont une communauté Malienne qui est établie au Sénégal ; à Ziguinchor singulièrement, ils sont perçus comme un groupe réfractaire par rapport à la vaccination. De ce fait, les BG se lassent d'aller vers eux, prétextant qu'ils ne sont pas coopératifs. Pourtant, les femmes de cette communauté vont souvent vers les postes de santé, clandestinement, pour se faire vacciner et vacciner leurs enfants. L'incapacité des prestataires de soins à convaincre ces communautés crée des situations de vulnérabilité pour les enfants appartenant à ces groupes sociaux.

Peulh Fouta et Sérère : à Dakar, les BG pensent que ces communautés resteront encore longtemps réfractaires aux politiques ou programme de santé s'il n'y a pas de sanctions (ex de cas de *peulh Fouta* à Niary Taly qui persistent à accoucher dans leur chambre en procédant la plupart du temps à leurs rites traditionnels : usage de larges feuilles comme protection du nouveau-né ; cas des femmes sérères saisonnières, qui n'ont pas les carnets de vaccination de leurs enfants). Les BG pensent que les femmes sérères sont inconscientes de l'enjeu de la vaccination (raison pour laquelle elles se déplacent sans leur carnet de santé). Les BG pensent que sans motivation (cadeaux : détergents, denrée de premières nécessité) les femmes gardiennes d'enfants ne s'impliqueront pas dans le suivi vaccinal. En outre, le fait que les relais pensent que certaines cibles sont inaccessibles du fait de leur recours aux soins de santé privés (cliniques, pédiatres) limite les initiatives de recherche de perdus de vue.

SECTION 8 : LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VACCINATION

8.1. Les pratiques de communication autour de la vaccination

Les acteurs de la communication sont les professionnels de santé et les acteurs communautaires.

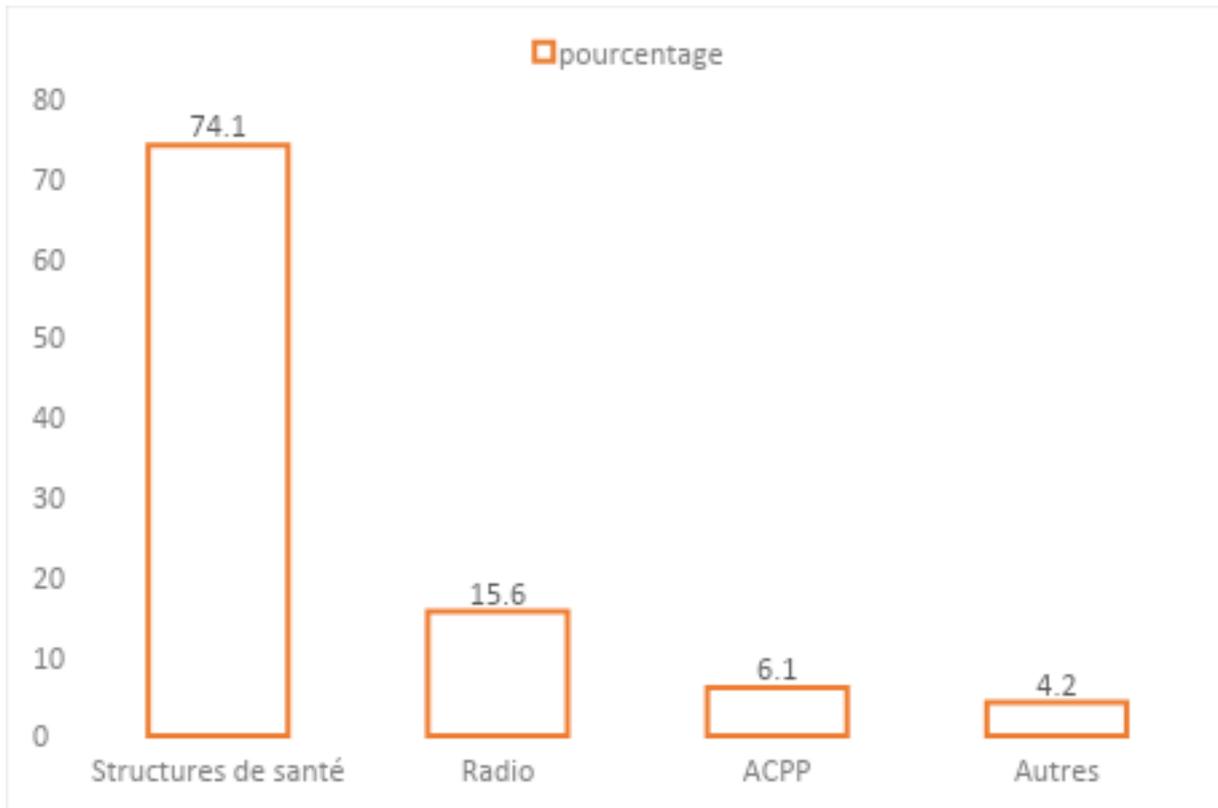


Figure 9: Répartition des acteurs/canaux sollicités en cas de recherche d'informations en santé

Les canaux de communication ciblés par les populations sont les structures de santé (74%), les radios (15,6%) et les ACPP (6,1%). Cependant, comme nous le précisons à l'entame de notre analyse, la communication est le service le moins fourni du paquet PEV. Dans les structures de santé les prestataires sont débordés et ne trouvent pas souvent le temps de bien communiquer. À la radio peu de spots publicitaires et de messages sont destinés à l'information sur la vaccination, et les ACPP ne sont ni bien formés/outillés, ni bien informés pour délivrer la bonne information.

8.1.1. Les acteurs de la communication

À Dakar, les acteurs communautaires sont les principales ressources sur lesquelles s'appuie le personnel de santé. Ils se chargent de la communication et de la sensibilisation au niveau des quartiers.

À Tambacounda, les grands-mères dans le cadre du PRN sont utilisées comme relais de l'information auprès des mères d'enfants. Elles ne sont pas chargées de les sensibiliser sur le

programme mais juste de les encadrer dans le suivi vaccinal en les incitant à suivre le calendrier vaccinal de leur enfant jusqu'à la complétude. À Malem Hodar, de même qu'à Tambacounda, les professionnels de santé constituent les premiers acteurs de la communication. Dans les localités du poste urbain, les tentatives de relèvement du taux de couverture expliquent les actions de communication entreprises. L'ICP anime des réunions pour les pères de famille selon une périodicité non retenue et des mobilisations sociales ont été organisées.

À Matam et Touba les acteurs sont les mêmes. Les professionnels de santé et les acteurs communautaires sont les préposés à la communication sur la vaccination. Cela dit, là aussi, il s'agit plus d'information sur les jours de vaccination et l'importance de terminer le suivi vaccinal pour la santé de l'enfant que de communication.

À Kolda et Ziguinchor, les acteurs de la communication restent les mêmes que ceux identifiés dans les autres régions.

Les pratiques des prestataires de soins en matière de communication sont souvent des activités spontanées et secondaires. Les informations données aux populations se résument en deux points : l'importance de la vaccination et la date du prochain rendez-vous.

Les informations sur le calendrier vaccinal, les maladies cibles du PEV, l'introduction de nouveaux vaccins, les effets secondaires sont souvent laissées en rade, ce qui favorise la résurgence de certaines pratiques d'automédication et d'usages de médecine traditionnelle dans la gestion des effets secondaires.

8.1.2. Les canaux de communication utilisés par les prestataires de soins pour communiquer avec les populations

Trois principaux canaux de communication sont décrits dans les différents districts visités :

- L'annonce de la prochaine séance de vaccination à travers la radio de la mosquée pour tous les postes visités ;
- L'annonce de la prochaine séance de vaccination à travers une VAD : les relais et BG passent chez les mères d'enfants pour les informer de la tenue prochaine d'une séance de vaccination. Toutefois, les VAD sont utilisées dans d'autres cadres parce que la communication n'est pas généralement axée sur des thèmes du PEV mais sur des situations ponctuelles comme les cas de refus. Pour exemple, dans la zone de Ndioté Séane (Malem Hodar), les cas de refus généralement enregistrés sont le fait des pères de famille qui refusent que leurs enfants soient vaccinés à nouveau à cause des effets secondaires.
- La causerie avant le début de la séance de vaccination : ce canal d'information n'est pas utilisé par les agents de santé des postes visités des districts de Tambacounda et Malem Hodar qui invoquent le manque de temps pour justifier l'absence de ce service dans leur offre en matière de PEV.

8.1.3. Les moments de communication

- Les moments de communication sont tous aussi ponctuels que les séances de communication elles-mêmes.
- La période hivernale n'est pas la période indiquée pour des actions de communications, surtout en milieu rural où l'agriculture est une des principales activités.
- Les moments habituels restent la veille des jours de vaccination.

8.1.4. Les rumeurs

Pour l'ensemble des régions, les rumeurs concernent principalement la vaccination orale de routine contre la polio. Ces rumeurs disent que le vaccin oral rend les enfants infertiles. Des actions correctrices sont apportées de manière ponctuelle, quand il y a vaccination de routine. Les agents de santé sensibilisent les mères d'enfants, les grands-mères et les pères de famille quand une réticence est observée dans une concession ou un quartier précis.

La connaissance des mouvements anti-vaccins est plus observée à Dakar que dans les autres régions :

Tableau VI : Répartition selon les régions des connaissances sur les mouvements anti-vaccin

		Région							Total
		Dakar	Diourbel	Matam	Tambacounda	Kolda	Ziguinchor	Kaffrine	
Avez-vous connaissance des mouvements anti-vaccin?	NR P	1,05	0	0	0	0	0	0	1,05
	oui	6,59	0	0,26	1,05	0,52	1,05	0	9,49
	Non	16,09	12,66	12,40	45	12,40	11,60	12,40	89,44
Total		23,74	12,66	12,66	12,92	12,92	12,66	12,40	100

Le tableau ci-dessus permet de noter que les mouvements anti-vaccins sont peu connus des mères et gardiennes d'enfants de 0-23 mois ans. Dakar se démarque de toutes les autres régions. Seules 9,49% des femmes ont répondu avoir eu connaissance de mouvements anti-vaccin. 6,59% résident dans la région de Dakar.

Les connaissances sur les mouvements anti-vaccins rejoignent les rumeurs : « les vaccins provoquent des maladies » ; « les vaccins réduisent la natalité ou la fécondité ».

À Ziguinchor, les rumeurs sont souvent véhiculées par les communautés étrangères telles que les maliens et les *Peulh Fouta* de Guinée Conakry. Pour gérer les rumeurs, les Bajenu Gox expliquent que si les soignants voulaient nuire aux enfants, ils passeraient par le paracétamol

largement utilisé par les populations. Le chargé de PEV au centre de santé de Ziguinchor développe l'argument selon lequel les premières personnes vaccinées le sont depuis 1998 et qu'elles ont eu des enfants.

8.2. Les pratiques de recherche d'information sur la vaccination au niveau communautaire

8.2.1. Les canaux existants et utilisés par les communautés pour rechercher l'information en santé

Au niveau communautaire, les canaux utilisés sont souvent ceux plus proches et plus disponibles. Les relais, ASC et Bajenu Gox sont la ressource humaine la plus côtoyée en matière de recherche d'information par les populations.

- Les causeries pré-vaccination à Ziguinchor et à MYF
- La mosquée au travers des muezzins et imams
- Les CVAC à MYF ;
- Les mobilisations sociales ponctuelles à Tambacounda
- Les réunions qui ciblent plus les pères de famille pour régler les problèmes de réticence ;
- La télévision dans les centres urbains comme Dakar, Ziguinchor, Tambacounda. La TFM y est la chaîne la plus suivie en soirée particulièrement les lundis et vendredi quand passe la série « wiri wiri ». La RTS, la 2STV et la TFM sont citées par les populations qui changent de chaîne en fonction de l'intérêt pour un programme qui passe dans telle ou telle autre chaîne ;
- Les radios communautaires surtout en matinée par les femmes et en soirée vers 19-20 h par les hommes
- Les VAD ponctuelles et mobilisations sociales sont aussi des canaux d'information.

8.2.2. Les habitudes de recherche d'information

La pratique la mieux partagée par les communautés reste la passivité en matière de recherche d'informations de santé. Les femmes ne vont pas vers l'information. Elles préfèrent attendre l'organisation de causeries pour glaner quelques informations. Les mères ne savent pas par ailleurs que les activités de communication sont comprises dans le paquet PEV. La peur de poser des questions et d'être rabrouées existe, ce qui fait qu'elles ne peuvent aller vers les agents de santé. Cette attitude de certains ICP est un facteur de non suivi vaccinal car dès lors que les femmes ratent un rdv, les mauvaises expériences de traitement, font qu'elles rechignent à aller vers les agents de santé.

Dans la recherche d'informations de santé, les acteurs communautaires sont souvent cités par les populations. Parmi ces ACPP ce sont surtout les relais qui sont sollicités. À Dakar et à Ziguinchor, les BG sont peu actives et peu connues. Les charges de travail domestique des femmes sont évoquées comme motif de leur non investissement dans cette activité.

8.2.3. Les informations recherchées

Les informations recherchées concernent les pathologies qui peuvent affecter les différents membres de la famille. Il apparait donc que la demande n'est pas tournée vers la prévention mais plutôt vers le curatif parce que les habitudes de fréquentation des services de santé sont tournées vers les soins en cas de maladie.

À Matam et Touba, les informations recherchées sont les conduites à tenir en cas d'effets secondaires et la date du prochain rendez-vous (surtout chez les mamans illettrées).

8.2.4. Les acteurs sollicités

Les acteurs sollicités dans la recherche d'informations restent principalement les ICP, les sages-femmes et les relais. Certaines femmes soutiennent quand même recourir à leurs époux en premier lieu avant de se tourner vers les agents de santé. Cette donnée a été collectée dans les différentes localités visitées.

À Matam, en cas de demande conseils sur la santé, les ICP et les relais communautaires sont les plus souvent sollicités. Il faut aussi noter que cela dépend des localités car dans les zones éloignées du poste de santé (Alana et Arafat par exemple), ce sont les belles-mères et les mères qui sont sollicitées en premier lieu.

8.2.5. Les thématiques et informations retenues

Peu de messages de sensibilisation ont pu être documentés surtout dans les zones qui ne sont pas couvertes par le réseau électrique (les populations ne suivent pas la télévision). Pour la radio, les émissions écoutées sont des émissions musicales, de débat sur des problèmes sociaux en langue locale mais non pas des émissions de santé. Les communautés soutiennent d'ailleurs ne pas faire attention aux différentes publicités ou autres messages de sensibilisation.

Parmi les thématiques les plus retenues on note les publicités concernant :

- Le paludisme
- La nutrition
- La poliomyélite
- La vaccination
- Le VIH

- La PF
- La diarrhée

8.3. Les recommandations sur les modes d'information/communication

Les recommandations en matière d'information et de communication sur la vaccination ont varié en fonction des milieux rural et urbain.

En milieu rural, il est recommandé d'équiper les relais de vélos ou de moto pour leur faciliter les VAD et d'organiser des causeries communautaires pour informer les populations sur les questions de santé. Pour les informations sur les jours de vaccination, il a été recommandé d'employer une méthode déjà utilisée pour d'autres activités qui consiste à planter des drapeaux dans le village en signe d'alerte.

« Il fut un temps où on le faisait, on organisait des set-sétal les jeudis ou vendredis et on plantait des drapeaux blancs à l'angle de chaque rue du village et tout le monde savait qu'un set-sétal est organisé sans même qu'on ait besoin de recourir à des tams-tams, rien qu'à la vue des drapeaux tout le monde sait que c'est une journée set-sétal et vient dans l'après-midi avec son outil » **Relais, Madina Sily, MYF, Mars 2017.**

En milieu urbain, il est recommandé d'utiliser les nouvelles techniques de communication comme le téléphone pour envoyer des sms de rappel des RDV de vaccination ou de mettre en place une application pour la notification des RDV de vaccination.

Conclusion partielle

Les femmes ne vont pas vers l'information, elles attendent l'organisation des séances de causerie pour glaner quelques informations. Elles ne savent pas d'ailleurs que les activités de communication sont comprises dans le paquet PEV. La peur de poser des questions et d'être rabrouées plane.

Les acteurs communautaires sont la catégorie la plus proche des populations à travers les informations et la mobilisation mais elles restent très peu informées, ce qui a pour conséquence un faible niveau de connaissance des communautés sur le paquet PEV.

Les séances de communication sur le PEV sont assez rares et peuvent être expliquées par le fait que les acteurs qui doivent être positionnés dans cette activité à savoir les relais et BG ne disposent pas d'assez d'arguments pour tenir des séances de sensibilisation régulières sur des thèmes variés concernant le PEV

Les meilleurs canaux de sensibilisation : les canaux de proximité (VAD, sensibilisation, Mobilisation sociale) en milieu rural et les mass médias (Télévision, radio) en milieu urbain

Les acteurs de la communication qui sont les plus sollicités sont les professionnels de santé et les acteurs de Prévention et promotion de la santé. Les services déconcentrés du SNEIPS ne sont pas bien impliqués au niveau communautaire

Les rumeurs sont gérées par les acteurs communautaires de prévention et de promotion dans la plupart des cas. Pourtant ce sont les prestataires de soins les moins informés et moins formés sur la vaccination

Les rumeurs documentées sur le terrain ne concernent pas l'offre de vaccination en stratégie fixe mais plutôt les campagnes de vaccination orale de routine contre la poliomyélite

SECTION 9 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

9.1. Discussions des résultats par rapport à la littérature

Outre les barrières liées à l'accès à l'offre de services de vaccination, plusieurs facteurs associés aux perceptions et cognitions des individus ont une influence sur les décisions vaccinales. Ces facteurs peuvent être regroupés dans les catégories suivantes : les facteurs liés aux connaissances et au niveau d'information sur la vaccination, les perceptions de la santé et l'importance accordée à la vaccination, les perceptions des risques des effets secondaires, ainsi que les expériences Vécues (longues attentes, relations heurtées avec les soignants, etc.).

Plusieurs études sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population à l'égard de la vaccination ont été réalisées au Sénégal depuis 2009. Pour tracer un portrait juste, il convient également de discuter nos résultats avec des études recensées en soulignant cependant quelques-unes de leurs limites.

9.1.1. Situation des connaissances par rapport à la littérature

Les résultats mis en exergue par les enquêtes CAP de 2009, 2014 et 2017 montrent qu'il n'y a pas une évolution significative des connaissances sur les maladies ciblées par le PEV. Ce sont les mêmes maladies qui sont citées comme on peut l'observer dans le tableau suivant :

Tableau VII : Connaissances des maladies ciblées par le PEV

2009	2014	2017
● La rougeole	● La rougeole	● La rougeole,
● La poliomyélite	● La poliomyélite	● La poliomyélite
● La tuberculose	● La tuberculose	● La tuberculose
● La fièvre jaune	● La fièvre jaune	● La fièvre jaune
● La coqueluche	● La coqueluche	●
●	● Tétanos	●

Dans la littérature et les enquêtes CAP réalisées au Sénégal, les maladies les plus connues sont la poliomyélite, la tuberculose, la rougeole, la coqueluche, le tétanos et la fièvre jaune. Les résultats identiques à ceux trouvés dans la littérature. Une étude réalisée au Cameroun¹⁶ qui montrait que 82,05% des personnes enquêtées connaissent au moins un type de vaccin. Les vaccins les plus cités sont: le BCG, la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche et le tétanos.

En 2009, l'enquête CAP montrait que 9,9% des femmes seulement savent que la vaccination protège contre le tétanos, 5% contre la diphtérie et 0,4% contre l'hépatite B, qui reste et demeure une maladie encore inconnue (Faye, 2009). On note également qu'une proportion non négligeable de femmes évoque le paludisme comme une maladie cible du PEV (30,9% dont 14,5% à Touba), la diarrhée (7,8% dont 5% à Touba).

¹⁶ FAO, Connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé de la reproduction au centre, au nord, à l'est et dans le sud du Cameroun, Communication pour le développement, étude de cas, 2002, 38 pages.

En 2017, le même constat se fait. Parmi les maladies citées comme pouvant être évitées par la vaccination, figurent le paludisme (5,54%), la diarrhée (5,54%), la poliomyélite (3,95%), la rougeole (22,95%), la fièvre jaune (3,69%). Beaucoup de maladies ciblées par le PEV ne sont pas connues de même que les nouveaux vaccins introduits. Ces résultats, témoignent de la nécessité d'actualiser les connaissances des populations et des acteurs communautaires (dont l'étude a décelé leur faible niveau de connaissance) sur le PEV.

Tableau VIII : Analyse comparative de l'évolution des Connaissances sur le calendrier vaccinal selon les enquêtes menées au Sénégal

2009	2014	2017
<p>44% des femmes parlent de cinq contacts vaccinaux, en revanche, les différents âges ne sont pas bien connus. Si on considère la connaissance de la périodicité des contacts, on remarque que 27,3% citent le premier contact à la naissance ; 5,7% à 1 mois et demi (6 semaines) ; 6% à 2 mois et demi (10 semaines) ; 5,7% à 3 mois et demi (14 semaines) et 26,6% à 9 mois. Ces différents taux révèlent que :</p> <p>Le calendrier n'est pas bien maîtrisé dans son ensemble par la majorité des femmes interrogées</p> <ul style="list-style-type: none"> - la naissance, ainsi que le neuvième mois, appelés âges d'entrée et de sortie du PEV sont plus connus des femmes ; - en revanche, les âges intermédiaires sont moins connus. 	<p>Les canaux de communication ciblés par les populations sont les structures de santé (74%), les radios (15,6%) et les ACPP (6,1%) .Cependant, comme nous le précisons à l'entame de notre analyse, la communication est le service le moins fourni du paquet PEV..</p>	<p>47% femmes affirment ne pas connaître le nombre de contact que l'enfant doit avoir avec les services de vaccination dans les 23 premiers mois. Les femmes de la région de Dakar sont plus nombreuses dans ce cas, suivies des femmes de Kolda, Tambacounda et Ziguinchor. Cette remarque est d'autant plus importante que c'est à Kolda que l'on retrouve les meilleures couvertures vaccinales alors que le niveau de connaissances des femmes n'est pas très élevé. Cela permet de mettre en exergue le travail de mobilisation fait par les acteurs de prévention et de promotion qui arrivent à encadrer les femmes pour un bon suivi vaccinal, quel que soit le niveau de connaissances.</p> <p>Les réponses les plus régulièrement données sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 contacts (Dakar, Matam et Diourbel) - 4 contacts (Dakar, Kaffrine, Diourbel et Matam) - 6 contacts (Ziguinchor, Matam) <p>Le nombre de femmes ayant déclaré un nombre inférieur à trois reste non négligeable (7,65%), et celles qui ont déclaré plus de 7 contacts sont moins nombreuses (1,84%).</p>

Le calendrier vaccinal n'est toujours pas connu. L'étude de Ndiaye et al (2009), et l'enquête CAP de 2009 en témoignait déjà. En 2014, après l'introduction de nouveaux vaccins et l'allongement du calendrier jusqu'au 15^{ème} mois, le niveau de connaissance n'a pas pour autant évolué. Déjà, l'enquête CAP de 2009 montrait que les âges de sortie du calendrier vaccinal (9^{ème} mois à l'époque) étaient bien connus des femmes. Cette survivance des connaissances pousse souvent les femmes et même les acteurs communautaires à oublier, sinon ignorer le vaccin du 15^e mois. Il devient alors urgent de réactualiser les messages sur la

vaccination afin de cadrer avec les objectifs du PEV et d'éveiller la conscience des promoteurs de la demande (les ACP) ainsi que des bénéficiaires au niveau communautaire.

L'enquête CAP PEV 2017 montre que le niveau de connaissance sur le programme élargi de vaccination est encore faible. Les communautés restent encore dans le flou le plus total quant à la connaissance détaillée des différents services compris dans le paquet PEV. Sur ce point, la communication n'a pas joué son rôle en ce sens que les normes mêmes en matière de communication dans les lieux de dispensation sont contournées et justifiées par la contrainte de temps. Les acteurs communautaires préposés à cette tâche ont un niveau de connaissance tout aussi faible que celui des communautés. Les réponses imprécises qui découlent souvent de l'expérience populaire ou de la pratique révèlent l'urgence à établir un plan de communication adéquat. Les points de réticence documentés témoignent fortement de la défaillance de la communication. En effet ce sont souvent les pères de famille qui interdisent aux femmes de retourner faire vacciner leur enfant suite à l'observation des effets secondaires post vaccinaux. Quand le cas est observé il est réglé de manière individuelle par une VAD qui explique au père de famille réticent que « c'est la maladie qui sort du corps de l'enfant ». Cet argument brandi principalement en milieu rural où le taux d'analphabétisme est élevé fonctionne mais il est clair qu'il pourrait créer d'autres problèmes s'il est ainsi expliqué à quelqu'un avec une certaine défiance autour des vaccins et qui se documente sur la question.

Il ne s'agit pas de rendre les acteurs communautaires coupables du faible niveau de connaissance des populations sur le PEV. Leurs structures de rattachement leur demandent de faire un travail pour lequel ils n'ont pas été formés. Les agents de santé reconnaissent eux-mêmes que ce sont les acteurs communautaires qui font le plus gros du travail dans le PEV mais les sessions de formations organisées continuent à être exclusivement réservés aux professionnels. Si les connaissances des populations sont approximatives c'est parce que celles des acteurs communautaires le sont également. Ils restent la catégorie la plus proche des populations qui les appellent d'ailleurs *docteurs*. Ces derniers décrient également le manque de supervision de leur travail qui fait que les incohérences subsistent encore.

Les élus locaux restent encore les grands absents de la chaîne d'intervention. Leur appui se limite aux aspects matériels (chaises pour causeries, véhicule en cas de besoin urgent du district à Tambacounda surtout). Leur implication dans la prise en charge de la question du PEV reste faible, quasi inexistante et partagent avec les populations et les acteurs communautaires le faible niveau de connaissance du paquet de services PEV.

La problématique de la vaccination des femmes reste entière en ce sens que les acteurs des zones visitées ne savent pas par quel bout prendre le problème. En effet, en sachant que le recours tardif aux CPN reste encore actuel ainsi que les accouchements à domicile dans le milieu rural de Tambacounda et Malem Hodar, le suivi vaccinal de ces femmes pose réellement problème. C'est à partir du deuxième voire du troisième trimestre que la première CPN est effectuée et si la femme accouche à domicile le retour vers la structure concerne principalement l'enfant qui est vacciné et pris en charge. Les femmes mettent un point d'honneur à respecter le suivi vaccinal de leurs enfants pour être à l'aise dans les structures de santé (peur d'être rabrouées, de ne pas être prises en charge en cas de maladie de l'enfant, remontrances publiques). Le regard de l'autre pèse beaucoup dans les villages visités. C'est par ailleurs ce qui favorise le suivi vaccinal dans les localités à bonnes performances (Makka Bellal, Diacksao, Koulyary).

En définitive, les résultats montrent bien que la connaissance du PEV ou de la vaccination ne suffit pas pour expliquer le suivi vaccinal car dans les régions où le niveau de connaissances est faible, l'engagement des

acteurs communautaires et la disponibilité d'une offre de qualité suffisent à mobiliser et encadrer les bénéficiaires pour un bon suivi vaccinal. Le bon suivi vaccinal dépend de plusieurs facteurs non liés à la connaissance :

- Les facteurs techniques organisationnels (logistiques, intrants, personnels qualifiés)
- L'engagement communautaire

Au niveau des communautés, il faudrait surtout, en marge de l'amélioration des connaissances, répondre aux attentes des populations en termes d'offre :

- Nécessité de stratégies avancées
- Rallongement des heures de vaccinations
- Approvisionnement régulier en intrant afin d'éviter les ruptures de vaccins (VPI, VAA etc.)
- Créer les points de vaccination de proximité (près des marchés et des lieux de travail)

Le tableau ci-dessous présente l'évolution des facteurs associés au non suivi vaccinal au Sénégal de 2009 à 2017

Tableau IX : Evolution des facteurs associés au non suivi vaccinal au Sénégal de 2009 à 2017 dans les enquêtes CAP

Titre de l'étude	Auteurs	Facteurs associés au non suivi vaccinal au Sénégal
« Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo (Sénégal) »	Ndiaye et al (2009)	<p>Selon cette étude le non-respect du calendrier vaccinal était lié à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'oubli du rendez-vous (33,2 %), - Le manque de temps (40,3 %) e - La perte de la fiche (10,3 %) ; - L'inaccessibilité financière (1,1 %) et - Les voyages (7,7 %).
Études CAP sur les facteurs associés au non suivi vaccinal	Faye (2009)	<p>Au niveau de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gestion des perdus de vue et des occasions manquées - Une sous information qui s'explique par l'absence d'une stratégie communautaire - La non disponibilité des vaccins (15,2%), - La non organisation de la séance de vaccination (19,5%) <p>Au niveau de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - La négligence (22,3%) - L'absence lors de la vaccination généralement pour motif de voyage ou de travail (40,7%), - L'oubli (22,7%), - La perte des fiches (2%), - Le manque d'argent (5%) - Les effets secondaires (8,5%) , - La non confiance au vaccinateur (2,8%).
Études CAP sur l'univers social de la vaccination	TNS-SNEIPS (2014)	<p>Au niveau de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le temps d'attente trop long et l'inadaptabilité des horaires de la vaccination - Le mauvais accueil de la part du personnel de santé - Les renvois si on n'a pas au moins 10 enfants pour le vaccin du BCG - Les problèmes de monnaie - La distance et le manque de moyens de transport - Les cas de pertes du carnet de vaccination <p>Au niveau de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'oubli - Le manque de moyens de transport - L'occupation dans les travaux ménagers ou champêtres - Les déplacements des parents - Les renvois - Les longues files d'attente - La préférence pour les Stratégies avancées/mobiles/déplacées
Études CAP sur le PEV et la vaccination en vue de l'amélioration des couvertures vaccinales et de l'équité	Badji et al (2017)	<p>Au niveau de l'offre</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faiblesses Ressources humaines qualifiées et disponibles pour la vaccination - Forte affluence des patients/cibles lors de jours de séance est difficilement gérable par le ou les prestataires de soins - rupture de vaccins (9^e et 15^e mois) et rupture du vaccin VPI indisponible depuis des mois - La localisation géographique de certains postes de santé fausse la polarisation de leur cible(l'absence de connaissance du poste de santé par certaines populations).

		<ul style="list-style-type: none"> - La greffe/extention de nouvelles aires géographiques à un poste de santé - Les injections multiples pour certains vaccins sèment l'incompréhension et la défiance du PEV. - La suspension des stratégies avancées pendant une longue période et une reprise timide des activités de descentes sur le terrain. - Le manque de motivation ou d'implication de certaines BG dans les activités déroulées par les postes de santé - En termes de ressources humaines le MCD du district Centre a déploré la mobilité du personnel formé et qualifié sur la vaccination. - Démarrage tardif des activités lors des séances (réduit le temps de travail). - les modes d'information sur les jours de vaccination - les problèmes posés par l'ouverture de flacons à doses multiples et la disponibilité des intrants. - Logistique défaillante (locomotion et chaîne de froid) qui ne permet pas le respect du calendrier de la stratégie mobile dans les villages enclavés - Éloignement de la structure : dans les régions visitées, - Les conditions d'organisation de la séance de vaccination : non-respect rang par certaines, mauvais accueil, longues files <p>Au niveau de la demande</p> <ul style="list-style-type: none"> - mauvais comportement de certains prestataires de soins (réaction hostile du personnel en cas de perte du carnet de santé ou de retard dans les dates de rendez-vous prescrites) - horaires de vaccination figées/inflexibles - De l'organisation des séances de vaccination en précisant une limitation du nombre de carnet. - Des injections multiples lors d'une seule séance de vaccination (ex du Penta 3) et du rattrapage des vaccins en un seul jour - Du démarrage tardif des séances de vaccination ainsi que les pauses répétées - Du déshabillage public des enfants jugés vulnérables ou fragiles - Les survivances sociales « Baayoo ken du ko pikiir dafay dé » : - Activités génératrices de revenus - Analphabétisme populations - Les accouchements à domicile dans les zones éloignées des postes de santé. - L'éloignement des postes de santé car les mamans doivent parcourir des kilomètres à charrettes

Les facteurs associés au non suivi vaccinal ont connu une légère évolution au niveau de la demande mais sont restés pratiquement les mêmes au niveau de l'offre. On observe que la négligence et l'oubli sont de moins en moins évoqués alors que les difficultés liées à l'organisation des séances sont toujours d'actualité. Quelques principaux goulots d'étranglements persistent depuis les enquêtes CAP de 2009 :

- La formation des personnels qualifiés et des acteurs communautaires
- Les ruptures d'intrants
- Les relations soignants-soignés souvent difficiles et ponctuées d'incompréhension
- L'inadéquation des horaires de vaccination et des horaires de disponibilité des populations bénéficiaires

Par contre, les questions financières semblent de moins en moins évoquées, et lorsque c'est le cas, elles concernent des questions de transport. Une des raisons principales qui expliquent la solution à ce problème au niveau de la demande, réside dans l'adoption de stratégies avancées qui réduisent les contraintes liées au transport et aux dépenses qu'il peut générer.

En outre, même si Nguefack et al (2016) montraient que le travail des femmes n'entrave pas forcément le suivi vaccinal au Cameroun, notre étude et celles précédentes permettent de voir que dans le fond il s'agit moins du travail des femmes que de la flexibilité des horaires et stratégies de vaccination. En effet, on observe que la démultiplication des stratégies avancées/déplacées et mobiles permet de pouvoir gérer un certain nombre de contraintes. Par contre, ce qui reste problématique, ce sont les horaires de vaccination qui sont planifiés selon la disponibilité des professionnels de santé et non selon les attentes et disponibilité des bénéficiaires (Enquête CAP 2009 ; Enquête CAP 2014 ; Enquête CAP 2017).

La non disponibilité du vaccin est également un facteur explicatif de l'abandon (CAP 2009, CAP 2017).

En 2009, les résultats de l'enquête CAP montraient que les femmes ont manqué des antigènes parce que la séance de vaccination programmée n'a pas eu lieu ou parce que les antigènes ont manqué. Dans les résultats de l'enquête CAP de 2017, on note les mêmes éléments explicatifs, qui s'observent dans la suspension de l'organisation des stratégies mobiles/avancées ou déplacées (à Dakar).

Les résultats de l'enquête CAP 2017 montrent également que l'offre de services de vaccination est variable et dépend davantage de la disponibilité du personnel. Ce même constat avait été fait en 2009. L'organisation et la fréquence de vaccination en stratégies avancées dépendent moins d'un calendrier fixe que des contraintes ou de la disponibilité de l'infirmier. Les résultats de 2009 soulignaient que toutes les femmes informées par les relais communautaires (3,2%) n'ont pas oublié la date de la vaccination, de manière unanime. Ce qui veut dire qu'il y a un effet du type de source de rappel de la vaccination sur l'oubli. C'est l'une des sources les plus fiables, mais malheureusement, comme elle n'est pas assez utilisée dans les communautés. Nos observations dans le district de MYF rejoignent cette analyse en montrant que le dynamisme communautaire semble être la clé des bonnes performances observées à Kolda.

En revanche, l'oubli est beaucoup plus fréquent dans la catégorie de celles qui se souviennent du rendez-vous vaccinal par la lecture du carnet de vaccination (ce qui avait été souligné en 2009 et en 2014). De fait, il conviendrait de trouver une solution adaptée au niveau communautaire et qui s'appuierait sur les ACPP pour un suivi actif de la cible et pour les rappels. L'exemple de MYF pourrait être répliqué à grande échelle.

Parmi les faits saillants des facteurs associés à la littérature, la mobilité des femmes et de leurs familles est une réalité considérée par tous les travaux comme un déterminant du non suivi vaccinal. Pourtant, les femmes dont les enfants sont complètement vaccinés se déplacent aussi régulièrement. D'après l'enquête CAP de 2009, ce qui est déterminant ce n'est pas le déplacement en lui-même mais plutôt l'existence d'un système de suivi actif de la cible. Les populations font souvent preuve d'une certaine transversalité dans leurs attitudes de recours aux services de vaccination, ce qui les amène à entamer le PEV dans une structure (en général là où on a accouché) et à continuer dans un poste de santé connexe (Faye, 2009).

La question de l'inadéquation des horaires est aussi abordée dans la littérature (BOA, 2005 ; enquête CAP 2009 et 2014). Depuis près de 8 ans, les femmes ont évoqué le problème des horaires de vaccination qui ne les arrangent pas : souvent les vaccinations sont planifiées le matin, or les délais d'attente assez longs ne les arrangent pas car elles doivent rentrer s'occuper des tâches domestiques ces contraintes favorisent les absences et retards lors des séances de vaccination. Nos observations ont permis de noter qu'elles sont souvent occupées toute la journée et ne sont libres que le soir. Dans des zones comme Dakar, les femmes exercent des activités génératrices de revenus car c'est la principale source de revenus pour elles et leurs familles (Malika, Keur Massar). Cela montre l'importance pour les structures de s'adapter aux emplois du temps car la planification des séances de vaccination ne répond pas forcément aux attentes et aux moments de disponibilité des femmes. Les modes de planification des séances, basées sur des conditionnalités et dépendant de contraintes locales (disponibilité de personnel, logistique, disponibilité des antigènes, gestion des pertes de doses) ont une influence sur l'accès aux services de vaccination et ne prennent pas en compte la disponibilité des femmes dans la planification des séances.

Le problème de la connaissance des populations concernant le PEV est en partie consécutif à une sous information des ACPP. En 2009 l'enquête CAP avait notifié l'absence d'une stratégie communautaire de communication. Nos données actualisent le débat sur la nécessité d'une communication au niveau communautaire.

L'interaction entre les patients et les professionnels de la santé est un élément crucial dans le succès des programmes de vaccination. Les professionnels de la santé demeurent l'une des sources d'information sur la vaccination à laquelle la population accorde le plus de confiance (enquêtes CAP 2009 et 2017).

Des recommandations peu suivies ?

Synthèse des recommandations de 2009	Synthèse des recommandations de 2014
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en place un système d'information, de communication sur la vaccination avec une approche communautaire : il y a un réel besoin de mettre en œuvre une activité de communication qui doit se baser sur une approche communautaire continue, utilisant les relais communautaires, les OCB et fournir des messages standards, ciblés, simples insistant sur l'intérêt de la vaccination des enfants pour leur santé, leurs parents et leurs familles, le calendrier vaccinal et les maladies cibles, la survenue des effets secondaires et les attitudes de pharmacovigilance requises. 2. Améliorer la formation des agents impliqués dans la vaccination en connaissances, compétences techniques et de communication interpersonnelle : la part importante des agents qui posent des actes de vaccination, qui interagissent avec les femmes n'ont pas été les principales cibles des formations et que certains ont été formés sur le tas. Il y a nécessité de cibler les ASC, les relais communautaires en sessions de formation afin de leur donner les moyens pour mieux interagir avec les femmes à propos de la vaccination. 3. Renforcer les capacités de planification, de management et d'organisation des séances de vaccination. 4. Veiller à une meilleure disponibilité des vaccins et consommables au sein des services de santé : 5. Mettre en œuvre des actions pour la maîtrise et le suivi actif de la cible vaccinale : (il y a une mobilité continue des familles pour des raisons familiales, religieuses, professionnelles et résidentielles). Pour cela, une des voies possibles, est celle des relais communautaires. Au niveau local, ce sont les agents qui peuvent collecter l'information 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prioriser la communication pour la vaccination de routine par rapport aux campagnes de vaccination 2. utiliser la communication lors des campagnes pour parler du calendrier vaccinal et organiser 1 fois par année une campagne de communication / ou des journées mais pour la vaccination de routine. 3. Redynamiser les comités de mobilisation sociale au niveau national et régional et mettre en place des comités de planification et de suivi des activités de communication pour la vaccination de routine au niveau des districts/communes. 4. Tenir au niveau des structures médicales des fiches de vaccination dans un système informatisé pour permettre une bonne gestion et palier aux oublis/pertes de carnet (pour que la non présentation du carnet n'ait pas d'incidence sur la vaccination des enfants). 5. Harmoniser l'utilisation des ACPP et promouvoir un paquet minimum de messages engageant les secteurs clé de la survie de l'enfant (PEV, palu, nutrition, hygiène). Il existe de nombreux agents communautaires qui sont impliqués par les programmes dans la promotion d'une pratique familiale essentielle uniquement (ex. programme palu, programme sida, programme tuberculose, programme PF avec les Badiéno Gokh, etc..). 6. Promouvoir des plans intersectoriels et harmoniser les interventions des différents programmes 7. Renforcer les compétences du personnel de santé (poste, centre et case de santé) en communication interpersonnelle 8. Amélioration de l'interaction entre prestataires de services et clientes et de leur implication dans le rappel du calendrier vaccinal, la recherche des perdus de vue par TIC, via les agents communautaires et à travers des fora communautaires. 9. Utiliser les média de masse de façon stratégique

sur les différents enfants faisant partie de la cible, afin de partager cette information avec les soignants. C'est une nécessité pour faire face à la grande mobilité des familles.

6. En outre, il ya une nécessité de mettre en œuvre un système de rappel des différentes rendez-vous de la vaccination, car certaines femmes ne savent pas lire, certains carnets ne contiennent pas de date de rendez-vous. Cela est surtout important que l'écart du rendez-vous entre Penta 3 et Rouvax prédispose beaucoup de femmes à oublier. En outre, la gestion des perdus de vue et des occasions manquées est importante et a fait défaut au niveau des structures. Dans ce cadre, la redynamisation du travail des relais communautaires ou des OCB s'impose davantage.
7. Cependant, l'implication des relais communautaires nécessite de reconsidérer leur statut. De plus en plus d'initiatives actuelles à visée communautaire (TPIs, PECADOM) ciblent les relais comme des partenaires privilégiés.
8. Un meilleur partenariat et échange d'informations entre les structures sanitaires à propos de la cible :

10. Amener les agents communautaires à également s'adresser aux femmes plus âgées pour mieux les outiller et les rendre aptes à sensibiliser efficacement leur fils/fille/belle-fille (en raison de leur pouvoir d'influence au niveau de la famille).
11. Renforcer l'implication des jeunes dans la promotion de la vaccination à travers les écoles et le mouvement associatif jeune que les autorités locales peuvent mobiliser.
12. Doter toutes les sources d'information en contenus de message informationnels, persuasifs : type/nombre des maladies évitables par la vaccination, nombre de contacts, vaccinations de rappel, calendrier vaccinal/âge il faut faire vacciner l'enfant, possibilité de faire vacciner son enfant dans n'importe quel centre de santé pour autant qu'on ait le carnet de vaccination, nature/gestion des effets secondaires, contre-arguments aux rumeurs/fausses idées, arguments pour faire face aux priorités (primauté de la vaccination sur les autres priorités courantes).
13. Impliquer les leaders communautaires dans la recherche de solutions alternatives (ex. entraide au sein de la famille/des groupements de femme) pour libérer les femmes de leurs tâches domestiques et leur permettre de consacrer le temps nécessaire à la vaccination des enfants.

Enfin, la revue de la littérature nous amène à discuter un dernier point : la mise en acte des recommandations issues des enquêtes CAP précédentes. En effet, on note que plusieurs faits constatés dans les différentes enquêtes ont fait l'objet de recommandations. Pourtant, en 2017, on remarque que les mêmes problèmes semblent se poser, avec des différences peu significatives. Il conviendrait alors pour le PEV d'essayer de suivre les recommandations jusque-là formulées, afin de franchir un nouveau pallier et d'améliorer l'équité dans l'offre de services de vaccination

9.1.2. La maîtrise de la cible vaccinale

Les objectifs du PEV sont actuellement l'atteinte d'un taux de couverture de 90%. Pour les professionnels de santé rencontrés, les problèmes de maîtrise de la cible rendent ces objectifs peu pertinents, étant donné qu'en milieu urbain la pyramide sanitaire n'est respectée (c'est-à-dire que les femmes peuvent ne pas aller dans leur poste de santé de référence et/ou vont directement dans les grands centres de santé), et que dans le milieu rural, les cibles sont parfois surestimées ou sous-estimées. L'enquête CAP de 2009 l'avait signalé : « Il y a un nombre significatif d'enfants qui sont installés dans les localités, sans être connus des postes de santé. En outre, il est courant pour certaines femmes, d'aller accoucher à Pikine au centre Dominique. Cela fait qu'en général, certains nouveaux nés ne sont pas connus de leur poste de santé de responsabilité. A ces caractéristiques, il faut ajouter une absence d'un système local de suivi actif de la cible et de partage des informations entre les différentes structures sanitaires à propos de la cible... ».

Il se pose aussi la question de la maîtrise de la carte sanitaire dans les zones de dessertes médicales. Un autre problème qui entrave l'atteinte de ces objectifs concerne la logistique. Les chaînes de froid sont non fonctionnelles dans plusieurs postes et centres de santé. En marge de ces aspects, les ruptures d'intrants viennent se rajouter aux contraintes.

9.1.3. Les carnets de vaccinations

La question des carnets est un point à discuter. Comme mentionné dans le chapitre sur les groupes vulnérables, il est apparu que les carnets de vaccination sont une des composantes clés du suivi vaccinal or, à l'heure actuelle, leur composition (papier) ne facilite ni l'entretien/la conservation, ni une traçabilité complète du suivi de la santé de l'enfant.

La continuité de la vaccination se faisant grâce à la disponibilité des carnets, il convient de trouver une solution rapide et idoine qui puisse permettre aux agents de santé de pouvoir assurer une traçabilité des vaccins déjà administrés. Devoir recommencer les vaccins (rattrapage souvent perçu par les mères comme une forme de sanction) ou continuer le calendrier en se basant sur la déclaration des mères ne garantit pas la qualité des services offerts.

9.1.4. La question des recyclages et formation

C'est une problématique ancienne qui resurgit à chaque enquête CAP et qui n'est jusqu'à présent pas prise en compte.

En effet, Faye en 2009 montrait que parmi les personnels impliqués dans la vaccination les acteurs communautaires figuraient en bonne place mais n'étaient peu formés. Huit années plus tard, la formation et le recyclage ne prennent toujours pas en compte ces acteurs. Pourtant, dans toutes les zones à bonne ou faible couverture, l'engagement communautaire permet de régler plusieurs problèmes liés à la réticence et aux rumeurs. Les acteurs communautaires étant des sources d'informations souvent sollicitées par les

populations, il conviendrait de ne pas laisser place au bricolage de savoirs dans la transmission des connaissances avec comme corolaire des répercussions sur les attitudes et pratiques.

9.2. Les recommandations générales de l'enquête CAP

Les résultats permettent de formuler quelques recommandations générales concernant l'offre de service de vaccination ainsi que la demande. Au niveau de l'offre de services, il convient d'accentuer les interventions autour des points suivants :

- Le recrutement massif de personnels de santé : l'organisation des séances de vaccination dépend de la disponibilité et de l'engagement du personnel. Les données montrent que lorsque les personnels sont débordés par la charge de travail, cela a des effets sur la qualité de l'offre : 1) la communication est occultée ; 2) les files d'attente sont très longues ; 3) des personnels non qualifiés vaccinent ; 4) les espaces de soins sont mal aménagés. Il convient donc de recruter du personnel, soit de manière permanente soit de manière temporaire (faire appel à du personnel contractuel uniquement pour la vaccination, telles que cela se fait pour les JNV) pour pouvoir : 1) assurer une offre de qualité ; 2) éviter les longues attentes ; 3) éviter que du personnel non qualifié s'implique dans les actes de soins délicats ; 4) offrir un service de vaccination adapté aux horaires des femmes
- Assurer la disponibilité des intrants : la disponibilité des vaccins est un déterminant de l'offre de qualité et également du suivi vaccinal. Lorsque les structures sanitaires ne parviennent pas à satisfaire la demande du fait des ruptures d'intrants, cela se ressent sur les performances vaccinales et a des conséquences sur les perceptions que les communautés ont des structures sanitaires.
- Améliorer la formation des ACPP : la formation des ACPP devraient être une activité phare du PEV car cela permet de rehausser la qualité des actions de sensibilisations et des VAD. En outre, cela permettra d'améliorer le niveau de connaissances des femmes sur la vaccination, le calendrier vaccinal, les maladies ciblées, le nombre de contact et la gestion des effets secondaires.
- Communiquer de manière stratégique et continue : la communication sur la vaccination se fait souvent lorsque les activités sont planifiées. Elle se fait de manière variée, selon les structures et la qualité du personnel disposé à la faire. Il serait plus opportun de communiquer de manière précoce (cibler les FAR avec des messages utiles et les préparer à devenir des mères responsables) et continue (ne pas attendre l'organisation d'une séance pour informer). En sus, il faudrait que les postes de santé disposent de plans de communications stratégiques locaux et que la communication concerne les acteurs de l'offre (professionnels et prestataires) et de la demande (toute la population).
- Communiquer et interagir plutôt qu'informer les populations : la communication sur la vaccination semble se faire selon le paradigme IEC qui renvoie à trois étapes : informer, éduquer et changer les comportements. Les observations montrent que pour le moment, les actions se menées se sont limitées à la première étape qui est d'informer ; la communication devrait s'orienter vers une relation interactive et d'échange permettant de prendre en compte : 1) les aspirations/attentes des clients ; 2) les plaintes formulées et les insatisfactions ; 3) les horaires de disponibilité des populations ciblées.
- Sensibiliser le personnel de santé : souvent les actions de communication sont orientées vers a population. Pourtant, les résultats montrent un certain nombre de pratiques et d'attitudes du personnel de santé qu'il conviendrait de rectifier par la communication et la sensibilisation car, en dehors de leurs aptitudes professionnelles, ils sont porteurs de valeurs et de comportements qui souvent influencent négativement l'offre de services. La sensibilisation du personnel permettrait d'attirer leurs attentions sur le respect à témoigner aux populations et aux ACPP.

- Démultiplier les stratégies avancées : les résultats montrent que les stratégies avancées/mobiles/déplacées sont des stratégies phares et efficaces pour le relèvement des taux de couverture, et l'équité dans l'offre de service (permet de réduire les inégalités d'accès géographique et les coûts et difficultés liées au transport)
- Communiquer sur les changements de protocoles, normes standards avec les populations : nos observations montrent que les nouveaux vaccins ne sont pas connus des populations ? de même on dénote un faible niveau de connaissance sur les injections multiples et les âges de sortie (qui passe du 9^e mois au 15^e mois). Pourtant, les professionnels de santé en ont connaissance, contrairement aux autres groupes concernés par la vaccination (Populations et ACPP). De la même manière que les professionnels de santé sont systématiquement informés et formés, les populations et ACPP devraient être systématiquement informés et sensibilisés pour une meilleure acceptabilité des vaccins.

Au niveau de la demande :

- Favoriser la participation des populations dans la planification des activités les concernant : les sessions de dialogue communautaires et les réunions de coordination autour du poste, telles qu'expérimentées à Kolda, sont des éléments idéaux pour assainir de façon immédiate les malentendus entre soignants et populations et pour résoudre les problèmes spécifiques aux localités. De telles initiatives et pratiques devraient être mises à grande échelle.
- Sensibiliser les populations sur l'importance de suivre le calendrier vaccinal : il faut insister sur le nombre de contacts à comptabiliser par l'enfant pour une complétude vaccinale et identifier, avec les populations, les meilleurs moyens de suivre la cible vaccinale, de l'actualiser régulièrement et les meilleures techniques de rappel des RV.
- Impliquer davantage les hommes, les adolescents et les BM dans les activités de promotion de la vaccination. Les approches de participation communautaires devraient être mises en place dans chaque localité afin d'impliquer toutes les catégories sociales dans la prise en charge des problèmes liés à la vaccination. Plusieurs auteurs insistent sur la nécessité d'arrêter de voir les hommes comme étant simplement des « facteurs facilitants » permettant aux femmes d'accéder (financièrement) à des services de santé (Peacock et al. 2009 ; Larsson et al. 2010), mais les considérer comme faisant partie intégrante des politiques et des pratiques en matière de santé génésique (Theuring et al. 2009). L'approche de communication ne devrait pas segmenter les populations en catégories qui reçoivent des informations différentes, mais délivrer un paquet d'informations utiles à tous pour s'impliquer dans l'auto-promotion de la vaccination au niveau communautaire. L'expérience des CVAC à Kolda devrait mériter plus d'attention dans la promotion de la vaccination.

9.2.1. Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Dakar

9.2.1.1. Au niveau de l'offre

- Mettre en place de sanctions pour certains groupes ou catégories comme les peuls, Soussous en leur exigeant le carnet de santé de l'enfant avant d'entrer dans le territoire sénégalais.
- Répartir les vaccins par catégorie d'âge par ex choisir des jours en fonction du statut de l'enfant (Nouveaux nés, 1 à 3 mois, 3 à 9 mois, ...)

- Mener davantage de publicités sur la vaccination à la même fréquence que celles sur les laits de beauté, produits alimentaires (bouillons)
- Assurer un recrutement massif de personnel qualifié au niveau des services de vaccination et les motiver davantage (indemnité d’itinérance pour les soignants)
- Instaurer des comités de veille (ex : service d’hygiène) au niveau de nos frontières afin de vacciner tout enfant souhaitant entrer au Sénégal
- Numériser les carnets et fiche de santé pour une traçabilité en cas de perte de ces documents.
- Multiplier et favoriser le contact avec la population par des stratégies dites déplacées récurrentes.
- Adapter des séances déplacées à la disponibilité des femmes notamment les soirs et jour de dimanche afin de trouver certaines sur place (les bonnes et lingères surtout dans certaines zones comme Pakk Nadio et cité Bissap)
- Recycler davantage et motiver les Bajenu Gox et relais communautaires par le biais des collectivités locales Enrôler les structures de santé privées dans une dynamique de collaboration avec le secteur public (formation des agents de santé au niveau du secteur privé et suivi de leurs activités de vaccination)

9.2.1.2. Au niveau de la demande

- Profiter de certains réseaux communautaires « Dahira » pour faire passer ces messages dans le domaine sanitaire
- Promouvoir le bon accueil et la communication dans les structures de santé
- Profiter des groupements de femmes en instaurant les logiques de tontines sanitaires
- Favoriser le choix et le recrutement des hommes pour les tâches de vaccination. Selon les mères ; ils sont moins absentéistes et plus diligents que les femmes dans leur travail
- Former des relais recrutés à partir des communautés réticentes ou à suivi négatif
- Assurer la disponibilité des vaccins et du personnel de santé au niveau de n’importe quelle structure de soins 24h/24

9.2.2. Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Tambacounda et Kaffrine

9.2.2.1. Au niveau de l'offre

- Recrutement massif d'agents qualifiés pour diminuer la charge de travail au niveau des postes de santé afin de garantir l'effectivité du paquet de services PEV ;
- Intégrer dans les normes les stratégies fixe-mobile et avancée- pour permettre aux zones larges d'atteindre leurs cibles plus facilement ;
- Établir une politique de contrôle autour des supervisions pour les rendre effectives afin d'améliorer la qualité des données du PEV ;
- Dégager dans le fonds GAVI une ligne budgétaire pour la prise en charge des acteurs communautaires ;
- Intégrer dans les normes et standards la tenue des réunions de coordination mensuelle avec participation des populations pour l'établissement d'un plan de résolution des problèmes à caractère participatif ;
- Dégager des fonds pour la construction d'autres postes de santé pour réduire les cibles opérationnelles des postes à grandes populations ;
- Adopter un cadre normatif formel de la supervision des acteurs communautaires ;
- Une meilleure intégration des élus dans les processus de décision et de suivi pour une participation et un suivi effectifs ;
- Pour la région de Tambacounda, faire une discrimination positive en raison des grandes distances entre les structures de santé ;
- Recycler les agents de santé sur le PEV ;
- Dotation des structures de santé en moyens logistiques pour tenue régulière des stratégies avancées et mobiles ;
- Améliorer l'offre de services PEV en intégrant des activités de recherche des perdus de vue, la formalisation des stratégies fixe-mobile et avancée-fixe ;
- Mener des opérations coups de poings en allant vers les populations pour une vaccination de masse ;
- Aller à la rencontre des femmes pour le recueil des attentes en matière de vaccination des femmes et

enfants ;

- Lors des séances de vaccination, intégrer tous les acteurs communautaires du poste pour réduire le temps d'attente ;
- Autonomisation des postes de santé en matière de chaîne de froid ;
- Doubler le personnel compétent dans les postes de santé pour alléger la charge de travail des ICP ;
- Motiver les acteurs communautaires pour les maintenir dans le programme PEV ;
- Revoir l'accueil au niveau des structures de santé ;
- Créer des points de vaccination mobiles.

9.2.2.2. Au niveau de la demande

- Créer dans chaque poste de santé un bureau de l'IEC pour maintenir permanente la communication ;
- Se reposer sur la communication par les paires ;
- Prendre exemple sur la communication autour du paludisme en renforçant la sensibilisation autour des maladies prévenues par le PEV ;
- Pour chaque village ou quartier, choisir un relais dynamique formé qui va mener des activités de sensibilisation sur le PEV et prévenir les femmes à temps en cas de séance de vaccination ;
- S'appuyer sur les personnes influentes pour faire passer les bonnes informations, (exemple de Ndioté Séane à Malem Hodar où le chef religieux Serigne Ahma Mbacké est très écouté).

9.2.3. Les recommandations pour un meilleur suivi vaccinal à Ziguinchor et à Kolda

9.2.3.1. Au niveau de l'offre

Au niveau des régions médicales et des districts, les recommandations suivantes ont été faites :

- Réparation des chaînes de froid du Centre de santé MYF, des postes de santé de Kolinto et de Ndorna en panne depuis 4 mois, et du poste de santé de Kéréwane en panne depuis 03 mois ;
- Mise à disposition d'une chaîne de froid homologuée pour le district sanitaire de Ziguinchor ;
- Formation des prestataires sur le nouvel outil DHIS2 ;
- Ré-estimer la population et les indicateurs de performance (particulièrement à Ziguinchor)

- Mettre en place des flacons à dose unique ou réduite pour le BCG, la fièvre jaune et la rougeole ;
- Mettre à disposition les rapports de vaccination par stratégie ;
- Équiper les relais de moto ;
- Aider pour le carburant ;
- Revenir aux réunions trimestrielles : supervision de la région médicale.

Au niveau des postes de santé, les recommandations suivantes ont été formulées :

- Doter les postes de santé de logistiques roulantes, surtout pour la période hivernale ;
- Doter les cases de santé de personnels qualifiés capables de faire des injections ;
- Motiver les relais et les acteurs communautaires ;
- Former les soignants sur les nouveaux outils de gestion de la vaccination ;
- Former les prestataires incluant les agents communautaires sur le PEV ;

9.2.3.2. Au niveau de la demande

Au niveau communautaire, les recommandations suivantes ont été faites :

- Coupler les pesés et vaccination (Hamdalaye) ;
- Installer une case dans les localités frontalières (Hamdalaye) ;
- Organiser des stratégies avancées (Dié Faye) ;
- Informer des RDV par téléphone (Ziguinchor) ;
- Ajouter la supplémentation en vitamine A aux séances de vaccination ;
- Remettre des tickets de RDV pour les pères ;
- Sur la communication, mettre l'accent sur les maladies évitables par la vaccination (chef de quartier Goumel, Zig).

9.2.4. Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Matam et Diourbel

9.2.4.1. Au niveau de l'offre

Dans les recommandations, les personnes ressources ont jugé opportun d'augmenter les postes de santé ; une satisfaction de cette demande qui pourrait selon elles mobiliser plus de cibles pour l'atteinte de la couverture vaccinale et de l'équité. La formation et la motivation financière des acteurs communautaires a été sollicités par ces derniers.

Pour améliorer la couverture et l'équité, les prestataires de soins réclament des intrants et des vaccins disponibles mais aussi une chaîne de froid adéquate permettant de corriger les imperfections du système et les ruptures, ainsi que la disponibilité des équipes de vaccination (motivation et ressources humaines suffisantes).

9.2.4.2. Au niveau de la demande

La multiplication des structures de soins, de même que la création de routes et de pistes permettant de rallier sans difficultés vers les postes de santé. Une sensibilisation beaucoup plus soutenue sur la vaccination (calendrier vaccinal, sensibilisation sur les vaccins). Recommencer les stratégies avancées à Alana et à Keur Mame Diarra.

9.3. Synthèse des problèmes liés à la vaccination et des recommandations de l'enquête CAP 2017

problèmes	Zones concernées	causes	conséquences	Solutions proposées par les acteurs	Recommandations de l'enquête CAP 2017
Au niveau de l'offre de services					
non maîtrise de la cible vaccinale	Milieu urbain Zones frontalières ou carrefour (Touba, Dakar, Ziguinchor)	1) Fortes mobilités des populations 2) Cibles définies par la DP non conformes à la réalité du terrain (DP se base sur des calculs épidémiologiques, les ICP pensent que ces chiffres dépassent les chiffres réels) 3) à Touba, problème de sous estimation de la cible réelle (causes mobilités des populations)	Toujours faibles performances car atteinte des cibles définies impossibles (cibles fictives)	1) mettre en place un système actif de suivi de la cible incluant la participation des communautés (les pairs surtout) 2) redéfinir la cible opérationnelle en fonction des naissances enregistrées par poste et par district afin de coller au maximum aux effectifs réels et d'éviter la spéculation	actualiser la définition des cibles opérationnelles en impliquant les collectivités locales, les délégués de quartier et les ACP...
Recherche de perdus de vue infructueuse en milieu urbain	Milieus urbains (Dakar, Ziguinchor)	- BG ne maîtrisent pas les zones - Les cibles réelles souvent difficiles à localiser - Fortes mobilités des cibles (surtout à Dakar)	Les BG se lassent de rechercher les perdus de vue	Trouver un système numérique de suivi de la cible	- Numériser les fichiers de suivi - Disposer de toutes les informations utiles pour retrouver les perdus de vue (contacts et adresses de la femme du mari et du tuteur)
Chaines de froid défectueuses	Partout	- Qualité non homologuée (Ziguinchor) - Pannes et avarices dues à l'ancienneté - Mauvaise gestion par les ICP	Impossibilité d'organiser des stratégies avancées/déplacées	Doter les structures de santé en logistiques (roulantes et en frigo de qualité et homologués)	Recruter des techniciens en maintenance et réparation de chaînes de froid au niveau régional ou district
Non organisation de stratégies avancées/déplacées/fixes/mobiles	(Dakar+ Makka Bellal)	- Indisponibilité du personnel - Manque de volonté de volonté du personnel (Thiaroye Minam)	Faibles performances en couvertures vaccinales	Recruter un personnel qualifié pour appuyer les structures	Faciliter l'organisation de stratégies avancées (créer des équipes mobiles de vaccination au niveau des districts indépendantes des équipes de structures)
Non suivi vaccinal en milieu urbain	Milieus urbains	- Calendriers incompatibles - Non maîtrise de la cible - Pas d'ACPP dynamiques - Préférences des populations pour les postes privés ou les centres de santé (là où on a accouché)	Les femmes ne viennent pas aux séances de vaccination lorsqu'on sait qu'elles finissent tôt (14 h en général)	- Former et motiver les ACP - Assurer la complétude des services dans chaque structure de référence au niveau communautaire	Éviter qu'il y ait des postes sans SF ou sans personnels qualifiés suffisants
Non suivi vaccinal en milieu rural	Milieus ruraux (Tambacounda, Kanel, Malem, MYF)	- Mobilités aux niveaux des frontières - Certains villages inaccessibles pendant période hivernale - Logistiques défaillantes (pas de véhicules appropriés,	Les femmes vont en Gambie pour se faire vacciner car il se dit qu'ils organisent bien leurs séances de vaccination Des villages restent toute la période hivernale sans accéder aux services de vaccination	Installer des structures sanitaires dans les gros villages frontaliers	Cibler les villages frontaliers où on observe la mobilité et démultiplier les stratégies avancées

Pas de personnels suffisants	Partout (surtout en milieux urbains)	- Affectation - Faible recrutement de personnels qualifiés	Organisations des soins souvent perturbée	Assurer la continuité des soins en recrutant assez de personnel et en formant tout le personnel à la vaccination (exemple de Kolda)	Recruter du personnel de santé
Système d'information et de communication peu performant/adapté à certains milieux	Partout sauf à Kolda	On informe surtout la veille de la séance (faible marge de planification des activités laissée aux populations et pas de participation des populations dans la planification)	On s'impose plus qu'on incite à adhérer et participer aux séances de vaccination (souvent les femmes n'ont pas le temps de venir car séance non prévue dans le calendrier d'activités ou réception tardive de l'info)	Trouver un moyen pour le rappel des rendez-vous et impliquer les maris	Organiser le suivi et le rappel à plusieurs niveaux (postes/communautaires/familial/conjugal)
Ruptures de vaccins (9^e et 15^e mois) au niveau de certaines structures	Dakar surtout	- Non maîtrise cible réelle	Fins de vaccins alors que demande non satisfaite ; Occasions manquées ; Renvoi de femmes qui peuvent abandonner par la suite	Former les gestionnaires des dépositaires et Assurer une bonne gestion des stocks	Ravitailer les postes lors des jours de vaccination (créer des équipes de logistiques et d'approvisionnement mobiles joignable H 24) ou un système d'échanges entre postes en cas de ruptures
Ruptures de vaccins VPI, VAA	Partout	- Niveau national ; raisons pas connues	Occasions manquées ; longues périodes sans organisation de séances de vaccination	Assurer l'approvisionnement en intrants et éviter les ruptures nationales	- idem
Chargés IEC peu formés à la communication	Partout	- Souvent d'anciens ICP - Formations axées sur gestion Outils et logiciels ou techniques de vaccination	Ne savent pas comment communiquer les bonnes informations Informent plus qu'ils ne communiquent Ne prennent pas en compte les besoins d'informations aussi bien au niveau des populations que des personnels	Former les chargés d'IEC à la communication stratégique en santé communautaire	Former les chargés d'IEC et éviter les doublons avec les BREIPS
BREIPS peu actifs	Partout	- Pas de plan stratégique de communication au niveau local	Pas de communication sur la vaccination ou les soins pré et post-natals	Élaborer un plan stratégique de promotion de la vaccination	Adapter le plan stratégique de communication aux réalités locales (ne pas standardiser les messages)
Arrêt de prise en compte des carnets à partir de 11 h	Dakar	- Fortes affluences + démarrage tardif et arrêt de séances à 16 h au plus tard	Beaucoup de femmes se rendent disponibles et viennent jusqu'au niveau des structures avant d'être rabrouées ou renvoyées	Démarrer tôt et arrêter uniquement lorsque la demande est satisfaite	Trouver un un personnel de permanence pour la vaccination
Non maîtrise aires sanitaires	Dakar et Ziguinchor	- Les ACPP et professionnels ne connaissent pas bien leurs zones et ses spécificités	Beaucoup de quartiers non couverts par les ACPP et inégalité d'accès à l'information et à l'offre de services de santé (groupes vulnérables)	Choisir des ACPP dans toutes les zones et dans toutes les catégories (y compris dans les communautés étrangères)	1) Améliorer le choix des ACPP et impliquer les collectivités locales dans la transmission de l'information aux populations 2) Les intégrer dans le dispositif de supervision et de suivi évaluation, afin de renforcer leur niveau de formation et leur légitimation communautaire
Au niveau de la demande de services					
ACPP peu formés	Partout	- Les ACPP sont exclus des formations - Fort taux de démission	Peu d'informations sont communiquées aux populations Activités axées sur la mobilisation communautaire et la recherche de perdus de vue	- Former les ACPP en santé communautaire	Former et recycler régulièrement tous les ACPP dans un paquet de services en santé communautaire

ACPP peu motivés	Dakar/Ziguinchor	- Les ACPP interviennent souvent lorsqu'il y a des activités rémunérées	Faible visibilité Faible légitimité Pas de recherches de perdus de vue Faible mobilisation communautaire	- Trouver un système incitatif pour les BG	Confier plus de responsabilités dans l'organisation d'activités de communication/sensibilisation avec motivations financières régulières
Enclavement zones et Éloignement postes de santé	Tambacounda, MYF, Kanel	- Zones éloignées des postes et difficiles d'accès (routes impraticables)	Inégalités dans l'accès aux services de vaccination	Doter les postes de santé de moyens logistiques adaptés aux zones spécifiques	- Idem
Structures non connues	Dakar + Ziguinchor	- Emplacement de certaines structures très enclavées et peu connus des populations	Structures peu fréquentées	Informar les populations de l'existence de structures proches et où l'offre est disponible	Réorganiser les cartes sanitaires et informer les populations de l'emplacement de toutes les structures où l'offre de vaccination est disponible (par exemple, chaque district peu imprimer un carte d'emplacement des structures sanitaires dans les carnets avec des numéros joignables)
Structures non ouvertes aux heures de disponibilité des femmes	Partout	- Les structures sanitaires ferment tôt selon les communautés	Beaucoup de structures de proximité disponibles mais inaccessibles à cause des horaires de travail	- Rallonger les horaires de travail et de vaccination	- Travailler H 24 les jours de vaccination et créer des permanences de vaccination - Afficher infos sur horaires/journées de rattrapage...
Structures avec faible capacité accueil (RH insuffisantes, pas de maternité ou de SF)	Dakar	- Certaines structures en milieu urbain sont exigües, et ont peu d'espace pour accueillir les femmes et leurs enfants	Beaucoup de femmes viennent mais ne peuvent trouver un espace d'attente commode. Déshabillage et vaccination en public (sous chaud soleil)	- Mieux aménager les structures les jours de vaccination	Idem (utilisation de bâches et chaises si possible)
Mauvais accueil	Tambacounda et Makka Bellal surtout	- Certains ICP sont désagréables vis-à-vis des populations	Beaucoup de structures sont évités car l'ICP ne respectent pas les femmes	- Sensibiliser les personnels de santé sur la nécessité d'un accueil de qualité	- idem
Déshabillage public	Dakar	- Lieux de vaccination exigües ou inappropriés (mal aménagés)	Beaucoup de femmes évitent les structures où l'organisation de la séance crée un autre niveau de vulnérabilité pour l'enfant	- Mieux aménager les espaces où se passent la vaccination	Assurer une bonne organisation des séances de vaccination (en faisant souvent le point avec les femmes sur leurs attentes et leur niveau de satisfaction)
Absence de carnets	Partout	- Pertes de carnets - Fragilités de certains carnets de vaccination	Les femmes qui n'ont pas de carnet sont renvoyées ou mal reçues	Confectionner des carnet plus solides et plus complet s'inspirer des cartes de CMU plastifiées	1) Confectionner des carnets de santé avec une matière plus résistibles et les plastifier 2) <u>numériser toutes les informations</u>
Absence de système de gestion de la plainte (suite au mauvais accueil/ aux effets secondaires indésirables)	Partout	- Les mauvais accueils, les renvois sont mal vécus par les femmes bénéficiaires	En l'absence de système de gestion de la plainte, les clientes qui en ont la possibilité changent de structures sanitaires et celles qui ne le peuvent pas ne viennent pas aux séances de vaccination	Information non collectée	Prendre en compte les plaintes formulées de façon pro-active et ne pas attendre des années avant de réagir Organiser des sessions de dialogue et permettre aux femmes de donner leurs avis sur la gestion des structures et sur l'offre de services

Faibles connaissances maladies ciblées par PEV et nombre de contacts	Partout	Pas de communication (avant-pendant-après) sur les maladies ciblées et le nombre de contacts ; on insiste juste sur le prochain RV	La méconnaissance des maladies ciblées et du nombre de contact peut entraîner des oublis lorsque l'engagement des ACPP fait défaut (surtout en milieu urbain)	- sensibiliser	1) organiser des mobilisations sociales et des campagnes de VAD pour améliorer le niveau de connaissances des femmes 2) former les ACPP 3) utiliser les écoles améliorer le niveau de connaissances des filles scolarisées et en faire des paires éducatrices dans leurs villages
Faible compréhension des injections multiples	Dakar	- On vaccine sans communiquer - On fait croire que c'est une forme de sanction (pour retard ou vaccins ratés)	L'absence d'informations utiles sur les injections multiples et les effets secondaires	- Informer au moment de la vaccination	1) Sensibiliser depuis la période de grossesse, et régulièrement informer à chaque contact 2) Améliorer la qualité et le contenu des causeries avant vaccination
Faible implication des collectivités locales et comités de santé	partout	- Non appropriation des compétences transférées	Beaucoup de personnes ressources ne s'impliquent pas dans la problématique de la vaccination et de la motivation des BG	Impliquer davantage les acteurs et personnes ressources dans la planification des activités	- Plaidoyer

BIBLIOGRAPHIE

Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie. (2012-2013) Enquête Démographique et de Santé Continue au Sénégal (EDS Continue). Rapport final, 1ère année.

Approches méthodologiques dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest

Bara Ibrah et Souley Aboubacar, Analyses des connaissances, perceptions, attitudes et pratiques des populations en matière de santé de la mère et de l'enfant dans le département de Gaya, 2012, 87 pages.

Belachew Etana. Addis Abeba University 2011; Factors Affecting Immunization Status of Children Aged 12-23 Months in Ambo Woreda, West Shewa Zone of Oromia Regional State Ethiopia 2011. Thèse master en santé publique, School Of Public Health.

Boa A., « Perceptions du Programme élargi de vaccinations (PEV) et de ses dysfonctionnements dans le district sanitaire de Bouna (Nord-Est de la Côte d'Ivoire). » Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire. Revue Santé Publique, Manuscrit n° 2857-g. "Médecine et santé sous les tropiques" Bull Soc Pathol Exot, 2006, 99, 5, 386-390.

Enquête nutritionnelle et sanitaire sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères (District de santé de Manjo Aire de Santé de Kolla) Maroua, Septembre 2004

Laplantine, F.; Anthropologie de la maladie. « Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine ». Payot, Paris, 1986.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la Prévention. (2012-2016) Plan Pluri Annuel Complet (PPAC) du PEV.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la Prévention. (2013) Résultats de l'enquête nationale de couvertures vaccinales du PEV.

Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la Prévention. (2010) Revue externe du Programme Élargi de Vaccination.

MSAS, 2015, Enquête Continue sur la Prestation des Services de Soins de Santé (ECPSS), 2015, 452 pages.

Ndiaye ND. M, Ndiaye Papa et al « Facteurs d'abandon de la vaccination des enfants âgés de 10 à 23 mois à Ndoulo (Sénégal) » Cahiers Santé vol. 19, n° 1, janvier-février-mars 2009, 5 pages.

Nguefack Félicitée, Kobela Marie, Dongmo Roger, Tassadong Christiane, Mah Evelyn, Kago Innocent, « Connaissances, Attitudes et Pratiques des Mères Travailleuses vis-à-vis de la Vaccination des Enfants : Exemple des Revendeuses de Vivres des Zones de Faible Performance Vaccinale » Health Sci. Dis: Vol 17 (2) April-May-June 2016 Available at www.hsd-fmsb.org

Olumuyiwa O Odusanya, Ewan F Alufohai, Francois P Meurice, Vincent I Ahonkhai. Determinants of vaccination coverage in rural Nigeria. BMC Public Health. 2008;(8):381. DOI : 10.1186/1471-2458-8-381. [[Article PMC gratuit](#)] [[PubMed](#)] [[Cross Ref](#)]

Santoni F. Le Programme élargi de vaccination : 25 ans demain. Med Trop 2001 ; 1 : 177-86 ;

Simon Franky Baonga Ba Pouth, Ditu Kazambu, Dieula Delissaint, et Marie Kobela, « Couverture vaccinale

et facteurs associés à la non complétude vaccinale des enfants de 12 à 23 mois du district de santé de Djoungolo-Cameroun en 2012 », Pan Afr Med J. 2014; 17: 91. Publication en ligne 2014 févr. 4. French. DOI : 10.11604/pamj.2014.17.91.2792

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	5
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	6
LISTE DES PHOTOS	7
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES TABLEAUX	9
GLOSSAIRE	10
CONVENTIONS D'ÉCRITURE	11
SECTION 1 : L'OBJET DE LA RECHERCHE	14
1.1. <i>Présentation générale de l'étude</i>	14
1.1.1. Contexte et justification	14
1.1.2. Problématique	15
1.2. <i>Questions de recherches et objectifs</i>	16
1.2.1. Questions de recherche	16
1.2.1.1. Au niveau de l'offre de services :	17
1.2.1.2. Au niveau de la demande	18
1.2.2. L'Objectif général de l'enquête	19
1.2.3. Les objectifs spécifiques :	19
1.2.3.1. Au niveau de l'offre :	19
1.2.3.2. Au niveau de la demande :	19
1.3. <i>Revue de la littérature</i>	20
1.3.1. Les facteurs associés au suivi vaccinal en Afrique	20
1.3.1.1. Au Cameroun	20
1.3.1.1.1. Au niveau de l'offre	20
1.3.1.1.2. Au niveau de la demande	20
1.3.1.2. En Côte d'Ivoire	22
1.3.1.2.1. Au niveau de l'offre	22
1.3.1.2.2. Au niveau de la demande	23
1.3.1.3. Au Niger	24
1.3.1.3.1. Au niveau de l'offre	24
1.3.1.3.2. Au niveau de la demande	24
1.3.2. Les données et performances du PEV au Sénégal	25
1.3.2.1. Les données et performances du Sénégal en matière de vaccination (PEV) de 1980 à 2015	25
1.3.2.2. Causes des disparités entre les régions dans la couverture vaccinale	26
1.3.3. Les facteurs associés au suivi vaccinal au Sénégal	27
1.3.3.1. L'étude du suivi vaccinal à Ndoulo (Diourbel) en 2009	27
1.3.3.2. L'enquête CAP de 2009 sur le suivi vaccinal	27
1.3.3.2.1. Au niveau de l'offre	27
1.3.3.2.2. Au niveau de la demande	28
1.3.3.3. L'enquête CAP de 2014 sur la vaccination	29
1.3.3.3.1. Au niveau de l'offre	29

1.3.3.3.2. Au niveau de la demande	30
SECTION 2 : LA MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE	33
2.1. <i>Les méthodes et outils de collectes</i>	33
2.1.1. Les méthodes	33
2.1.1.1. Une approche qualitative	33
2.1.1.2. Une approche quantitative	34
2.1.2. Les outils de l'enquête	34
2.2. <i>Choix des sites d'enquête</i>	34
2.3. <i>Échantillonnage</i>	35
2.3.1. Les populations ciblées par l'enquête	35
2.3.2. Constitution de l'échantillon	36
2.3.2.1. L'échantillon qualitatif	36
2.3.2.2. L'échantillon quantitatif	37
2.4. <i>Le traitement des données et les méthodes d'analyses</i>	39
SECTION 3 : LES CARACTÉRISTIQUES DES LOCALITÉS ET LES NIVEAUX D'IMPLICATION DE CHAQUE ACTEUR	40
<i>Introduction</i>	40
3.1. <i>Les caractéristiques socio-démographiques des localités visitées</i>	41
3.1.1. Les localités visitées à Dakar	41
3.1.2. Les localités visitées en Casamance	42
3.1.3. Les localités visitées à Tambacounda et Kaffrine	42
3.1.4. Les localités visitées à Diourbel et à Kanel	43
3.2. <i>Les niveaux d'implication des acteurs</i>	44
3.2.1. Au niveau de l'offre	44
3.2.1.1. Les Médecins Chefs de District	44
3.2.1.2. Les points focaux PEV	44
3.2.1.3. Les acteurs de la communication (BREIPS, chargé d'IEC/CCC)	45
3.2.1.4. Les infirmiers chefs de poste (ICP)	45
3.2.1.5. Les Sages-femmes (SF)	45
3.2.1.6. Les ASC/Matrones	45
3.2.1.7. Les relais et Bajenu Gox	46
3.2.2. Au niveau de la demande	46
3.2.2.1. Les pères ou tuteurs	48
3.2.2.2. Les mères gardiennes d'enfants	48
3.2.2.3. Les belles mères et grand-mères	49
3.2.3. Au niveau des personnes ressources	50
3.2.3.1. Les collectivités locales	50
3.2.3.2. Les imams et chefs de village/quartier	50
3.3. <i>Les personnes influentes sur les attitudes et pratiques de vaccination</i>	51
<i>Conclusion partielle</i>	54
SECTION 4 : L'APPROPRIATION DU PEV PAR LES SOIGNANTS	56
<i>Introduction</i>	56
4.1. <i>Les normes et standards en matière de PEV</i>	56
4.1.1. Le taux de couverture pour tous les antigènes	56
4.1.2. La disponibilité permanente de tous les antigènes	56
4.1.3. Le taux d'abandon du suivi vaccinal	57

4.1.4.	L'analyse de la qualité des données PEV	57
4.2.	<i>L'appropriation des stratégies nationales et régionales</i>	57
4.2.1.	Au niveau district	57
4.2.2.	Au niveau des postes de santé	58
4.3.	<i>Les contraintes dans l'appropriation et l'application des recommandations par les prestataires de soins</i>	59
4.3.1.	Les grandes distances entre les structures	59
4.3.2.	La faiblesse des ressources humaines	59
4.3.3.	Les formations insuffisantes et les supervisions irrégulières	59
SECTION 5 :	LA DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SERVICES DE VACCINATION	60
5.1.	<i>À Dakar</i>	60
5.1.1.	La stratégie fixe au niveau des postes de santé	60
5.1.2.	Les stratégies déplacées	60
5.1.3.	Les personnes impliquées dans la délivrance des services de vaccination	60
5.1.4.	Les activités de communication	60
5.2.	<i>À Kolda et à Ziguinchor</i>	60
5.2.1.	L'organisation des stratégies fixes	60
5.2.2.	L'organisation des stratégies avancées	60
5.2.3.	Le personnel impliqué	61
5.2.4.	Les activités de communication	61
5.3.	<i>À Tambacounda et à Malem Hodar</i>	61
5.3.1.	Les stratégies fixe et avancée	61
5.3.2.	Le personnel impliqué	62
5.3.3.	Les activités de communication	62
5.4.	<i>À Kanel et à Touba</i>	62
5.4.1.	L'organisation des stratégies fixe et avancée à Kanel et Touba	62
5.4.2.	Le personnel impliqué	62
5.5.	<i>Les contraintes en matière de vaccination</i>	62
5.6.	<i>Les stratégies de relèvement du taux de couverture par les districts</i>	63
5.6.1.	Les stratégies utilisées à Dakar	63
5.6.2.	Les stratégies utilisées à Tambacounda et Kaffrine	65
5.6.3.	Les stratégies utilisées à Kanel et Touba	65
5.6.4.	Les stratégies utilisées à Kolda et à Ziguinchor	66
	<i>Conclusion partielle</i>	66
SECTION 6 :	LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES CONCERNANT LA VACCINATION	68
6.1.	<i>Au niveau de l'offre</i>	68
6.1.1.	Les connaissances, attitudes et pratiques des personnels qualifiés (ICP, SF)	68
6.1.2.	Les connaissances, attitudes et pratiques des personnels communautaire (ASC, relais, Bajenu Gox)	69
6.2.	<i>Au niveau de la demande</i>	71
6.2.1.	Les connaissances sur la vaccination et le PEV chez les personnes ressources	71
6.2.2.	Les connaissances, perceptions, attitudes et pratiques au niveau des communautés	72
6.2.2.1.	Les connaissances sur les maladies de la femme enceinte	72
6.2.2.2.	Les connaissances sur les maladies infantiles	73
6.2.2.3.	Les connaissances des maladies cibles du PEV et des maladies infantiles	73
6.2.2.4.	Les connaissances sur les maladies infantiles inévitables par la vaccination	73

6.2.2.5.	Les connaissances sur la protection offerte par la vaccination	76
6.2.2.6.	Les connaissances/perceptions sur le nombre de contact	78
6.2.2.7.	Les perceptions effets secondaires reliés à la vaccination	81
6.2.2.8.	Les connaissances/perception de l'utilité des carnets de vaccination	82
6.2.2.9.	Les perceptions de la qualité d'organisation des séances de vaccination et attitudes des communautés	83
6.2.2.10.	Les connaissances/perceptions sur l'équité en matière de vaccination	84
SECTION 7 : LES DÉTERMINANTS DU SUIVI VACCINAL		86
7.1.	<i>Les déterminants communs à l'ensemble des régions</i>	86
7.2.	<i>Les déterminants spécifiques à chaque région</i>	87
7.2.1.	<i>À Dakar</i>	87
7.2.1.1.	Suivi vaccinal complet	87
7.2.1.1.1.	Au niveau de l'offre	87
7.2.1.1.2.	Au niveau de la demande	88
7.2.1.2.	Suivi vaccinal incomplet	88
7.2.1.2.1.	Au niveau de l'offre	88
7.2.1.2.2.	Au niveau de la demande	89
7.2.2.	<i>À Ziguinchor et à Kolda</i>	91
7.2.2.1.	Suivi vaccinal complet	91
7.2.2.1.1.	Au niveau de l'offre	91
7.2.2.1.2.	Au niveau de la demande	91
7.2.2.2.	Suivi vaccinal incomplet	91
7.2.2.2.1.	Au niveau de l'offre	91
7.2.2.2.2.	Au niveau de la demande	92
7.2.3.	<i>À Tambacounda et à Kaffrine</i>	92
7.2.3.1.	Suivi vaccinal complet	92
7.2.3.1.1.	Au niveau de l'offre	92
7.2.3.1.2.	Au niveau de la demande	93
7.2.3.2.	Suivi vaccinal incomplet	94
7.2.3.2.1.	Au niveau de l'offre	94
7.2.3.2.2.	Au niveau de la demande	94
7.2.4.	<i>À Matam et à Diourbel</i>	95
7.2.4.1.	Suivi vaccinal complet	95
7.2.4.1.1.	Au niveau de l'offre	95
7.2.4.1.2.	Au niveau de la demande	95
7.2.4.2.	Suivi vaccinal incomplet	95
7.2.4.2.1.	Au niveau de l'offre	95
7.2.4.2.2.	Au niveau de la demande	96
7.3.	<i>Les groupes vulnérables et leurs effets sur le suivi vaccinal</i>	96
7.3.1	Les caractéristiques des groupes vulnérables	97
7.3.2	Les types de vulnérabilités	97
7.3.3	Les moments de vulnérabilité	97
7.3.4	Quelques cas de groupes vulnérables	98
SECTION 8 : LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION SUR LA VACCINATION		100
8.1.	<i>Les pratiques de communication autour de la vaccination</i>	100

8.1.1.	Les acteurs de la communication	100
8.1.2.	Les canaux de communication utilisés par les prestataires de soins pour communiquer avec les populations	101
8.1.3.	Les moments de communication	101
8.1.4.	Les rumeurs	102
8.2.	<i>Les pratiques de recherche d'information sur la vaccination au niveau communautaire</i>	103
8.2.1.	Les canaux existants et utilisés par les communautés pour rechercher l'information en santé	103
8.2.2.	Les habitudes de recherche d'information	103
8.2.3.	Les informations recherchées	103
8.2.4.	Les acteurs sollicités	104
8.2.5.	Les thématiques et informations retenues	104
8.3.	<i>Les recommandations sur les modes d'information/communication</i>	104
	<i>Conclusion partielle</i>	106
SECTION 9 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS		107
9.1.	<i>Discussions des résultats par rapport à la littérature</i>	107
9.1.1.	Situation des connaissances par rapport à la littérature	107
9.1.2.	La maîtrise de la cible vaccinale	117
9.1.3.	Les carnets de vaccinations	117
9.1.4.	La question des recyclages et formation	117
9.2.	<i>Les recommandations générales de l'enquête CAP</i>	118
9.2.1.	Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Dakar	119
9.2.1.1.	Au niveau de l'offre	119
9.2.1.2.	Au niveau de la demande	120
9.2.2.	Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Tambacounda et Kaffrine	120
9.2.2.1.	Au niveau de l'offre	120
9.2.2.2.	Au niveau de la demande	121
9.2.3.	Les recommandations pour un meilleur suivi vaccinal à Ziguinchor et à Kolda	122
9.2.3.1.	Au niveau de l'offre	122
9.2.3.2.	Au niveau de la demande	122
9.2.4.	Les recommandations et suggestions pour améliorer la couverture et l'équité à Matam et Diourbel	123
9.2.4.1.	Au niveau de l'offre	123
9.2.4.2.	Au niveau de la demande	123
9.3.	<i>Synthèse des problèmes liés à la vaccination et des recommandations de l'enquête CAP 2017</i>	124
BIBLIOGRAPHIE		128
TABLE DES MATIÈRES		130