INSTITUT POUR LA RECHERCHE, LE DEVELOPPEMENT SOCIO-ECONOMIQUE ET LA COMMUNICATION

B.P.: 13 888 Yaoundé-Cameroun
Tél: (237) 222 31 31 10 14 / 222 31 97 78/ 657 70 98 94
Fax: (237) 222 31 97 78
Email: irescoyaounde@yahoo.com
Site Web: www.iresco-cm.org

Step 5: RAPPORT DE L'ÉTUDE QUALITATIVE ET QUANTITATIVE DE BASE DES FACTEURS COMPORTEMENTAUX ET SOCIAUX SUR LA VACCINATION

SCALING THE CARE GROUP APPROACH IN CAMEROON

Date of Execution: May 2025

Submitted to:

GAVI

Submitted by:

IRESCO

Table des matières

EQUIPE DE RECHERCHE 4
REMERCIEMENTS 5
SIGLES ET ABREVIATIONS 6
RESUME EXECUTIF 7
CHAPITRE I : INTRODUCTION 12
I- CONTEXTE 12
II- OBJECTIFS DE L'ÉTUDE 13
2.1 Objectif général 13
2.2. Objectifs spécifiques 13
III- MÉTHODOLOGIE 13
3.1. Type d'étude 13
3.2. Sites de l'étude 13
3.3. Cible de l'étude 14
3.4. Critères de sélection des participants 14
3.5. Technique, procédure d'échantillonnage et échantillon 15
3.6. Technique et outils de collecte des données 16
3.7. Considérations éthiques 21
3.8 Phases du processus de recherche 22
CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE 24
CHAPITRE III : PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE 29
I- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES 29
1.1. Sexe 29
1.2. Age des répondants 29
1.3. Obédiences religieuses des participants 30
1.4. Niveau d'éducation des participants 30
1.5. Statut matrimonial 31
1.6. Statut économique du ménage 31
1.7. Emploi rémunéré 32
1.8. Âge à la première union 33
1.9. Âge à la première union selon la zone 33
1.10. Nombre d'enfant par ménage 34
II- Connaissances et comportements en matière de vaccination 34
2 .1. Problème de santé dans la communauté 34

III- Connaissance en matière de vaccination 35
3.1. Maladies Evitables par Vaccination (MEV) 35
3.2. Niveau de connaissance et sources d'information 35
3.3. Calendrier vaccinal 38
3.4. Gratuité des vaccins 38
IV- Comportement en matière de vaccination 39
4.1. Vaccination des enfants depuis la naissance 39
4.2. Niveau d'éducation 40
4.3. Quintile de bien- être : 40
4.4. Religion 41
4.5. Milieu de résidence 42
4.6. Connaissance du calendrier vaccinal 43
4.7. Connaissance de la gratuité des vaccins 43
4.8. Perception de l'efficacité de la vaccination 44
4.9. Vaccination au cours des douze derniers mois 45
4.10. Enfants zéro doses et sous vaccinés 45
4. 11. Principales raisons de non vaccination des enfants 47
V- Obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination 48
5.1. Pression exercée par les tiers 48
VI- Facteurs influençant la demande et l'utilisation des services de vaccination 51
6.1. Mythes et représentations communautaire de la vaccination 51
6.2. Alternatives culturelles à la vaccination 52
VII- Normes sociales /croyances en matière de vaccination 53
7.1. Croyances traditionnelles et religieuses empêchant la vaccination des enfants 53
7.2. Perception de l'efficacité de la vaccination 54
7.3. Manifestations Post-Vaccinales Indésirable (MAPI) des vaccins 55
CONCLUSION : 57
Recommandations 59
ANNEXES 60

EQUIPE DE RECHERCHE

Titre /Position dans l'équipe	Nom et Prénoms
Chercheur Principal	**Dr. Victorine MAPTUE TOGUEM**
Chercheur Associé	**M. Daniel Eugène NJAKOU**
Chercheur Associé	**Mme Lucie Carine OKOA**

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette recherche, n'aurait pas été possible sans l'appui multiforme de plusieurs personnes physiques et morales, à qui l'équipe de recherche adresse sa profonde gratitude.

L'équipe de recherche exprime tout d'abord ses sincères remerciements à Monsieur le Ministre de la Santé Publique, dont l'engagement personnel et la sollicitude ont grandement facilité la mise en œuvre de cette étude.

L'équipe remercie GAVI et le Programme Élargi de Vaccination (PEV) Cameroun pour leur rôle central dans la préparation et la coordination de l'étude. Leur accompagnement constant et leur réactivité ont été déterminants à chaque étape du processus. L'équipe de recherche adresse également sa reconnaissance aux responsables des services déconcentrés du Ministère de la Santé, dans les régions de l'Extrême-Nord, du Centre, du Littoral et du Sud-Ouest, pour leur disponibilité, leur accompagnement discret mais efficace, et leur engagement à faciliter le déroulement des activités sur le terrain

L'équipe de recherche salue particulièrement le Secrétaire Permanent du PEV, dont l'implication active a permis de surmonter plusieurs difficultés rencontrées au cours de l'évaluation. L'ensemble du staff technique du PEV, est également à remercier pour ses orientations pertinentes, sa diligence et son soutien constant tout au long de l'étude.

L'équipe de recherche dit également merci aux agents de collecte de données, pour leur professionnalisme et leur contribution précieuse au recueil des informations sur le terrain.

L'équipe de recherche exprime enfin notre profonde reconnaissance à tous les participants qui ont accepté de répondre aux questions avec franchise et bienveillance, en partageant librement leurs expériences et analyses de la mise en œuvre.

À toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réussite de cette recherche sans être nommément citées, l'équipe adresse ici l'expression de sa plus vive gratitude

SIGLES ET ABREVIATIONS

APE : Associations des parents d'élèves

AS: Aire de santé

BeSD: Behavioral and social drivers

CAPI : Computer Assisted Personal Interview

COSA : Comités de santé de l'aire

COSADI : Comité de santé du district

DS : District de santé

EIA : Entretiens Individuels Approfondis

ESV : Enfant sous vaccinés

EZD : Enfant zéro dose

FGD : Focus Group Discussion

GAVI : Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation

GPS : Global Positioning System

HCD : Human Centered Design

IRESCO : Institut pour la recherche le développement socio-économique et la communication

OPS : Organisation panaméricaine de la santé

PEV : Programme élargi de vaccination

PIRI : Periodic Intensification of Routine Immunization,

RD : Revue Documentaire

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

ZD : Zéro dose

ZIP : Enfant zéro dose

RESUME EXECUTIF

CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Le Cameroun est confronté à un nombre important d'enfants zéro doses, ce qui les expose à des maladies potentiellement graves. Le rapport annuel 2023 du PEV fait état de 125 105 enfants zéro doses, soit 10 % de la population cible. Les quatre districts ayant la plus forte concentration d'enfants n'ayant reçu aucune dose sont Bourha, Tiko, Nkoldongo et Nylon. Le pays vise à réduire le nombre d'enfants non vaccinés de 55 % au cours des cinq prochaines années. Les facteurs qui influencent l'accès à la première et à la troisième dose de vaccin Penta sont le statut économique, le lieu de résidence, le niveau d'éducation de la mère, le lieu d'accouchement, le suivi postnatal, le lieu de naissance des parents et le fait de vivre en milieu rural. L'approche Human Centered Design (HCD) du Care Group sera mise en œuvre pour relever ces défis. La phase pilote sera mise en œuvre dans quatre régions du Cameroun, avec une évaluation quantitative et qualitative pour évaluer les facteurs socio-comportementaux et les facteurs liés à la vaccination.

OBJECTIF

L'objectif général était de documenter les facteurs socio-comportementaux qui influencent la vaccination dans les communautés ayant des enfants ZD et sous vaccinés. De manière spécifique, il fallait de décrire les connaissances des hommes et des femmes dans les districts sanitaires ciblés, en matière de vaccination ; d'identifier les obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes ; d'identifier les facteurs qui favorisent la demande et l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes ; et d'analyser les normes sociales /croyances liées au genre qui favorisent ou défavorisent le recours à la vaccination.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Cette étude combinant des méthodes qualitatives et quantitatives a été conduite auprès des parents, personnels de santé, responsables religieux, responsables associations, personnes handicapées, responsables COSA et COSADI. La collecte des données a été réalisée du 24 avril au 4 mai 2025 à l'aide de questionnaires, de documentaires, d'entretiens et de groupes de discussion. L'étude a porté sur 16 centres de santé dans quatre districts.

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

L'étude portait sur 241 personnes, dont 86,3 % de femmes. La plupart d'entre elles étaient âgées de 25 à 34 ans. La majorité était chrétienne (74,7 %). Les personnes du niveau secondaire sont les plus représentées (41,9 %), suivies des personnes du niveau primaire (23,7 %). L'étude a révélé que le nombre de ménages dans le quintile le plus bas (très pauvres) était le plus élevé (76/241), tandis que le nombre de ménages dans le quintile le plus élevé (très riches) était le plus bas (28/241).

Connaissances et comportements en matière de vaccination

Problème de santé dans la communauté

L'étude révèle que les personnes interrogées ont identifié plusieurs problèmes de santé dans leur communauté, le paludisme étant le plus courant. Les autres maladies mentionnées sont les maladies de la peau, la typhoïde, la cataracte, le choléra, la rubéole, la diarrhée, la varicelle, le rhume, la toux, la diarrhée, les problèmes intestinaux, les amibiases, la rougeole, la dysenterie et la gale. Les maladies mentionnées uniquement à Nkolndongo et Nylon sont le choléra, la rubéole, la varicelle, le rhume, les problèmes intestinaux, les amibiases, la rougeole, la dysenterie et la gale.

Connaissance en matière de vaccination

Maladies Evitables par Vaccination (MEV)

L'étude demandait aux personnes interrogées d'indiquer les MEV qu'elles connaissaient, la tuberculose était la plus fréquente. Les autres maladies mentionnées étaient le choléra, la rubéole, la rougeole, la poliomyélite, les tétanos, la coqueluche, l'hépatite, la fièvre jaune, la diphtérie et la diarrhée. A Bourha, la quasi-totalité des personnes interrogées ne connaissaient pas les MEV, tandis qu'à Tiko, cinq maladies ont été mentionnées. Le niveau de connaissance sur les MEV varie selon les personnes interrogées, ce qui indique un large éventail de connaissances sur le MEV.

Niveau de connaissance sur la vaccination

Une enquête a permis d'évaluer les connaissances des participants sur la vaccination et l'utilité des vaccins. La plupart des participants considèrent les vaccins comme un moyen de prévenir

les maladies, tandis que d'autres les voient comme un outil de prévention des maladies et de renforcement du système immunitaire. Cependant, de nombreuses personnes ne connaissaient pas le calendrier des vaccinations et beaucoup ne savaient pas quand et à quelle fréquence vacciner leurs enfants. La majorité des parents camerounais savent que les vaccins sont gratuits pour les enfants de moins de deux ans, mais certains accessoires sont payants. Malgré les efforts de la communauté, la méconnaissance de la gratuité des vaccins persiste.

Comportement en matière de vaccination

Les participants ayant vaccinés certains de leurs enfants sont de 9,6 %, contre 33 % n'ayant vacciné aucuns de leurs enfants. Le taux de vaccination varie en fonction des caractéristiques socio-économiques et culturelles de la population. Les personnes moins éduquées sont plus susceptibles de vaccination, et l'hésitation à se faire Vaccines est plus fréquente chez les personnes ayant un niveau d'éducation plus élevé. La proportion d'enquêtés qui n'a vacciné aucun enfant depuis la naissance varie selon la religion, le christianisme étant plus répandu (88,9). L'étude montre également une relation statistique significative entre les taux de vaccination et le lieu de résidence. Il y a également une relation significative entre la connaissance du calendrier vaccinal et le taux de vaccination : 62,5 % des répondants n'ayant vaccinés leurs enfants non vaccinés ne connaissent pas le calendrier. La connaissance de la gratuité de la vaccination est également importante, puisque 77,8 % des répondants ayant des enfants non vaccinés savent que le vaccin est gratuit. L'étude conclut que la vaccination de tous les enfants est plus fréquente chez ceux qui croient en l'efficacité des vaccins.

Principales raisons de non vaccination des enfants

Neuf (9) participants sur 241 n'avaient pas fait vacciner leurs enfants, la raison la plus fréquente étant l'absence de rendez-vous. Les autres raisons étaient l'influence des parents, le refus de cohabitation et le manque d'encouragement. Ces personnes contribuent à l'augmentation des du nombre des enfants zéro doses dans les communautés. Par ailleurs, la non-vaccination des enfants est justifiée par la crainte des effets secondaires. Certains affirment que le rapprochement des vaccins et l'administration de vaccins multiples augmentent la survenue des effets secondaires.

Obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination

Pression exercée par les tiers

L'étude révèle que la pression familiale peut entraîner une non-adhésion à la vaccination dans les communautés, 31 % des personnes interrogées n'ayant pas de discussions à ce sujet. Les personnes avec un niveau d'éducation élevé, les conjoints, les beaux parents sont les plus susceptibles d'influer les décisions de vaccination. Les leaders religieux, en particulier ceux des églises réveillées, peuvent également influencer négativement les décisions de vaccination. 31,8 % des participants ont discuté de la vaccination avec leurs leaders religieux. Dans l'ensemble, la famille, les amis et les leaders religieux jouent tous un rôle important dans les décisions de vaccination.

Facteurs influençant la demande et l'utilisation des services de vaccination

Les mythes et les représentations culturelles sur la vaccination existent dans la communauté et font souvent référence aux aspects négatifs des vaccins comme étant nocifs pour la santé des enfants. Ces idées fausses peuvent être problématiques, car elles découlent de perceptions erronées. Les alternatives à la vaccination comprennent les rituels traditionnels, les médicaments traditionnels et l'utilisation de plantes, de baies et d'herbes pour traiter les problèmes de santé des enfants, ce qui rend la vaccination inutile.

Normes sociales /croyances en matière de vaccination

Les croyances traditionnelles et religieuses font souvent obstacle à la vaccination des enfants, en particulier chez les parents fréquentant les églises réveillées et les témoins de Jéhovah. Certains croient que les maladies sont causées par la sorcellerie et que la vaccination ne peut les prévenir, tandis que d'autres pensent que la médecine traditionnelle peut résoudre les problèmes de santé. Malgré ces perceptions négatives, de nombreuses personnes croient encore à l'efficacité de la vaccination contre la tuberculose, la poliomyélite et le paludisme, ainsi qu'à ses avantages économiques. Certaines personnes peuvent présenter des Manifestations Post-Vaccinales Indésirables (MAPI), qui sont perçus comme un risque pour la santé et rendent la vaccination difficile en raison d'un manque de connaissances sur les vaccins et leur administration.

RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations formulées à l'issue de cette étude sont : développer un programme d'information et d'éducation pour déconstruire ces mythes et donner la bonne information à la communauté ; Développer des outils d'information, d'éducation et de communication qui apportent une information adaptée sur les vaccins, leur utilité et le

calendrier vaccinal, développer un outil de communication pour informer les populations sur l'identification et la gestion des manifestations post-vaccinale indésirables ; et élaborer des outils de d'information et d'éducation pour la santé illustrés, qui mettent un accent sur l'étiologie des maladies évitables par vaccination, ses manifestations et le processus d'immunisation suite à la vaccination.

CHAPITRE I : INTRODUCTION

Dans cette section seront représentés le contexte de l'étude, les objectifs et la méthodologie.

I- CONTEXTE

Au Cameroun, un nombre important d'enfants restent en dehors du système de vaccination, ce qui les expose à des maladies évitables aux conséquences potentiellement graves. On estime qu'entre 128 000 à 175 000 enfants n'auraient reçu aucune dose de vaccins recommandés par le calendrier vaccinal, pour environ 180 000 à 273 000 enfants sous-vaccines [1], Ce qui les exposant à des pathologies évitables aux conséquences potentiellement graves. Le rapport annuel 2023 du PEV [2], a rapporté 125 105 enfants zéro dose en 2023 soit 10% de la cible totale. Les régions du Littoral (21 435) Centre (19 106) Sud-Ouest (18 852), Nord-Ouest (18 396), Ouest (15 532), Extrême Nord (15226), Nord (10 832), Sud (3 041), et Adamaoua (2 682) qui ont enregistré le plus grand nombre d'enfants zéro doses au cours de l'année 2023. Les districts de Bourha (2 223 EZD [3]), Tiko (1 807 ESV [5]), Nkoldongo (5918 EZD et 8 043 ESV [3]) et Nylon (1 690 EZD et 2155 ESV [3]) sont parmi les districts de santé à forte concentration des enfants zéro dose / sous immunisés au Cameroun. Les districts de Nkoldongo et Nylon comptent 7 608 enfants zéro dose et les districts de Bourha et Tiko comptent 4030 enfants sous vaccinés. Les quatre districts ciblés dans ce projet représentent 7608 / 125 102 enfants zéro dose et 14 228/ 177 767 enfants sous vaccinés. Le programme de portefeuille complet de vaccination du Cameroun vise à réduire de 55% le nombre d'enfants non vaccinés (zéro doses) au cours des cinq prochaines années (2024-2028). Pour ce faire, le pays a identifié des facteurs affectant l'accès aux première et troisième dose du vaccin Penta, tels que le statut économique, le lieu de résidence, le niveau d'éducation de la mère, le lieu de naissance de l'enfant, le suivi postnatal, le lieu de naissance des parents et le fait de vivre en zone rurale. Pour relever ces défis l'approche Human Centered Design (HCD) de The Care Group devra être mise en œuvre. Il s'agit d'une conception centrée sur l'humain utilisant une approche multidisciplinaire pour créer des solutions innovantes en « co-créant » avec la population cible. Cependant, le projet utilisera des techniques d'empathie et d'idéation, le prototypage, pour tester rapidement une série de solutions et identifier les problèmes de mise en œuvre. Au regard de cette situation, la

[1] CHAI. Estimates of zero-dose and under-immunized populations, 2022
[2] Programme Elargi de Vaccination : Rapport annuel, 2023
[3] Rapport PEV, 2022

phase pilote du projet Care Group sera mis en œuvre dans 4 régions du Cameroun, avec un district de santé par région notamment les DS de Bourha, Nkolndongo, Nylon et Tiko. Afin de se rassurer de l'atteinte des objectifs du projet il est prévu dans les DS susmentionnés une évaluation quantitative et qualitative de base visant à évaluer les déterminants socio-comportementaux et liés à la vaccination.

II- OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

2.1 Objectif général

Documenter les facteurs socio-comportementaux qui influencent la vaccination dans les communautés ayant des enfants ZD et sous vaccinés

2.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les connaissances des hommes et des femmes dans les districts sanitaires ciblés, en matière de vaccination ;
- Identifier les obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes ;
- Identifier les facteurs qui favorisent la demande et l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes ;
- Analyser les normes sociales /croyances liées au genre qui favorisent ou défavorisent le recours à la vaccination.

III- MÉTHODOLOGIE

Cette section décrit le type, les sites et les cible de l'étude, ainsi que la taille de l'échantillon, Elle aborde aussi les outils et la technique de collecte des données, ainsi que les considérations éthiques et l'analyse des données.

3.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale mixte combinant des méthodes qualitative et quantitative.

3.2. Sites de l'étude

L'étude s'est déroulée dans 4 régions du Cameroun (Extrême-Nord, Centre, Sud-Ouest et Littoral) notamment dans les Districts de Bourha, Nkoldongo, Tiko et Nylon. Ces districts font parties des quatre-vingt districts à forte concentration des EZD et ZSI au Cameroun. Le tableau ci-dessous présente les quatre DS selon les critères de vulnérabilité mis en place par le PEV :

Tableau 1 *: Répartition des DS cible selon les critères de prédominance et vulnérabilité*

Critères prédominant vulnérabilité	**REGIONS**	**DS**
Zones urbaines désavantagées/Expansion Urbaine	Centre	Nkoldongo
	Littoral	Nylon
Zones affectées par l'insécurité	Sud-Ouest	Tiko
Zones rurales reculées / difficiles d'accès	Extrême-Nord	Bourha

3.3. Cible de l'étude

L'étude a ciblé les parents/tuteurs des enfants ZDC, ESV, et ceux des enfants entièrement vaccinés, les personnels de santé en service de vaccination, les leaders traditionnels, les leaders religieux, les leaders des associations, les membres des Comités de santé de l'aire (COSA), comité de santé du district (COSADI) et les membres des associations des parents d'élèves (APE).

3.4. Critères de sélection des participants

Critères d'inclusion :

- Être âgé d'au moins 21 ans ; (les personnes âgées de moins de 21 ans n'ont pas été incluses parce que cela nécessitera l'accord parental signé. Cet accord parental signé induira un temps plus long pour la collecte des données, or l'étude est programmée sur une courte période) ;
- Être un parent/tuteur ayant au moins un enfant âgé de 2 ans au plus ;
- Avoir séjourné au moins 6 mois dans les localités de l'étude ;
- Donner son consentement éclairé de participer à l'étude ;
- S'exprimer en français ou en anglais ou dans une langue locale.

Critères d'exclusion :

- Être âgé de moins de 21 ans ;
- Avoir refusé de donner son consentement ;
- Avoir des déficiences cognitives.

3.5. Technique, procédure d'échantillonnage et échantillon

a) Phase quantitative

Dans le cadre du volet quantitatif de l'étude de base Care Group, la taille minimale de l'échantillon était de 214 ménages. Considérant un taux de non réponse de 10%, l'échantillon attendu était de 236. Sur les 247 participants éligibles, il y a eu 241 qui ont donné leur consentement à participer. Au terme de la collecte des données, 241 questionnaires ont été réalisés (Nkoldongo : 99 ménages, Nylon : 81, Tiko : 42, et Bourha : 25), soit un taux de réalisation de 102%.

Pour constituer cet échantillon, un recensement préalable des ménages a été effectué dans les aires de santé ciblées. Ce processus a commencé par l'acquisition et l'analyse de la carte de l'aire de santé obtenue auprès du chef de l'aire de santé, permettant de délimiter les frontières géographiques de chaque aire. Afin d'assurer une représentativité spatiale adéquate, chaque aire a ensuite été subdivisée en îlots géographiques homogènes, assurant une couverture équilibrée de l'ensemble des zones habitées.

À l'issue de ce recensement, un tirage aléatoire systématique a été utilisé pour sélectionner les ménages à enquêter. Le pas de sondage (k) a été calculé en divisant le nombre total de ménages recensés dans l'aire par le nombre de ménages à enquêter. Un point de départ aléatoire, compris entre 1 et k, a été tiré pour désigner le premier ménage, puis les suivants ont été sélectionnés en ajoutant successivement le pas de sondage (n, n+k, n+2k, etc.). Cette méthodologie a permis d'obtenir un échantillon rigoureux, représentatif des différentes zones couvertes, tout en tenant compte des contraintes opérationnelles sur le terrain.

b) Phase qualitative

Pour la phase qualitative, la taille de l'échantillon était de 44 entretiens (11 par district) et 16 groupes de discussion (4 par district). A l'issue de la collecte des données, 39 entretiens individuels approfondis (DS Nkolndongo : 11 ; DS Nylon : 11 ; DS Tiko : 8 ; DS Bourha : 9) ont été réalisés, 11 groupes de discussion (DS Nkolndongo : 3 ; DS Nylon : 2 ; DS Tiko : 2 ; DS Bourha : 4) ont été conduits, et un entretien groupé a été conduit dans le district de santé de Nkolndongo. Les taux de réalisations sont de 88,64% pour les entretiens et 68,75% pour les groupes de discussion.

Pour constituer l'échantillon, la sélection des participants s'est faite de façon raisonnée. Ainsi, l'étude a ciblé les informateurs clés (membres du comité de santé de l'aire (COSA), du comité de santé du district (COSADI), de l'association des parents d'élèves, leaders traditionnels, leaders religieux et responsables des groupes de femmes et de personnes en situation de handicap), les hommes et les femmes avec enfants vaccinés, zéro dose et sous vacciné.

3.6. Technique et outils de collecte des données

Dans la phase quantitative, la collecte des données quantitatives s'est faite à l'aide d'un questionnaire standardisé et pré-codé, comportant essentiellement des questions fermées, construit sur la base des objectifs de cette étude. Il a été paramétré sur les téléphones androïdes pour faciliter la collecte des données à travers l'application KoboCollect.

La phase qualitative a eu recours aux Entretiens Individuels Approfondis (EIA), Focus Group Discussion (FGD) et à la Revue Documentaire (RD).
La Revue Documentaire (RD) est conduite sur des fonds documentaires collectés dans la ville de Yaoundé. Elle a ciblé : les articles scientifiques idéalement publiés dans des revues internationales indexées et à facteur d'impact, rapports d'étude, rapports programmatiques, et des documents sur la thématique de l'étude. La recherche documentaire a été faite sur des lieux documentaires physiques et virtuels (sites internet, portail, revues en ligne, etc.).
Trois outils de collecte des données ont été utilisés, à savoir : un Guide de FGD, un Guide de EIA et une Grille de synthèse pour la RD.

a) Formation des agents de collecte des données et pré test des outils de collecte des données

Les enquêteurs recrutés sur la base de leur expérience en collecte des données qualitatives et quantitatives ont été formés sur les objectifs de la recherche et tout le dispositif mis en place pour cette étude. Cette formation a duré trois jours et a été organisée dans les différents districts cibles. L'approche méthodologique a été participative, incluant des présentations faites par les facilitateurs qualifiés et des séances de questions - réponse. Un point d'honneur a été mis sur la simulation de conduite des EIA et des FGD, et administration du questionnaire (jeux de rôle). Le personnel de l'étude a également été formé sur les savoirs être et savoirs faire éthiques appropriées.

Un pré-test des outils de collecte a été effectué dans le but de tester la compréhension, la cohérence, l'acceptabilité, l'exhaustivité, et la praticabilité des outils de collecte des données.

Ainsi, des ajustements nécessaires ont être effectués. Le pré-test a duré deux (02) jours. Le premier jour a été consacré à collecter des données pour ce pré-test et le second jour a été mis à contribution pour intégrer les modifications indiquées par le pré-test dans les outils finaux de collecte des données.

Le pré-test a permis aussi d'estimer la durée prise par l'administration d'un outil de collecte des données et les problèmes logistiques qui pourront survenir sur le terrain.

b) Déroulement de la collecte des données

Procédure de recrutement des participants

Participant aux EIA

Le choix des participants aux EIA s'est fondé sur leur statut d'informateur clé, pour le sujet de l'étude. Ce qui signifie que les sujets ciblés ont une certaine connaissance de la localité et des normes socioculturelles qui y sont en vigueur.

Participant(e)s des FGD

Les participant(e)s ont été recruté par l'équipe de terrain en collaboration avec les agents de santé communautaires et les leaders communautaires. Une fiche de screening élaborée à cet effet, a permis d'identifier et d'inclure les participant(e)s selon les différentes nuances de profils attendus. La mobilisation ultime du groupe de discussion s'est faite sur invitation.

Conditions de passation des FGD

Les FGD se sont déroulés, quand cela était possible, dans des salles conformes aux critères d'exemption vis-à-vis des interférences sociales et sensorielles pouvant perturber l'effectivité, la qualité et la fiabilité des investigations et de la participation des sujets de la recherche. Dans d'autres cas, les lieux étaient ouverts mais isolés, garantissaient les conditions de confidentialité requises. Le personnel de collecte comprenait : un modérateur et un rapporteur.

Animation des FGD

Avant l'entame des travaux, des indications ont été données aux participants sur la façon de prendre la parole. Par la suite, l'expression explicite du consentement individuel des participant(e)s est recueillie sur la bande électronique. Le FGD a valorisé les normes de débat fondées sur la démonstration/illustration des déclarations. Les seules restrictions qui ont été imposées aux participant(e)s étaient relatives aux convenances (respect de la personne et de

l'opinion d'autrui) et aux contraintes logistiques (temps de parole, discipline de groupe convenu d'accord partie en début de séance).

Collecte des données

a) Synthèse de la revue documentaire

Chaque document consulté a fait l'objet d'une synthèse de RD. Concrètement, il s'est agi de remplir la grille de synthèse en ressortant les éléments qui permettent de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude.

b) Administration des questionnaires

Les questionnaires ont été administrés auprès 241 participants échantillonnés et par une équipe placée sous la supervision du superviseur de terrain. Chaque questionnaire a duré environ 15 minutes. Les données ont été récoltées sous anonymat, ceci pour assurer la confidentialité des données recueillies. L'approche CAPI (Computer Assisted Personal Interview) a été adoptée. Les questionnaires ont été directement intégrés aux téléphones androïdes comme masque de saisie des données pour enregistrer directement les réponses des répondants. Les données ont été collectées au moyen de questionnaires standardisés pré codés.

La collecte des données s'est déroulée pendant cinq jours dans les quatre districts cibles. A l'issue de cette collecte des données, 11 FGD ont été réalisées : quatre FGD par district (01 FGD pour les hommes ayant enfants ZD / SV, 01 FGD pour les femmes ayant enfants ZD / SV, 01 FGD pour les hommes ayant enfants vaccinés et 01 FGD pour les femmes ayant enfants vaccinés). Un total de 44 entretiens a été réalisé, dont : 08 avec les personnels de santé, 08 avec les responsables des APE, 08 avec les leaders religieux et traditionnels, 08 avec les responsables des COSA et COSADI, 08 avec les leaders associatifs, et 4 avec les responsables des associations des personnes en situation de handicapées. Une synthèse des activités de collecte est présentée sous forme matricielle dans le tableau ci-dessous

Tableau 1: Vue synoptique de la distribution de collecte dans les quatre régions et les 12 sites

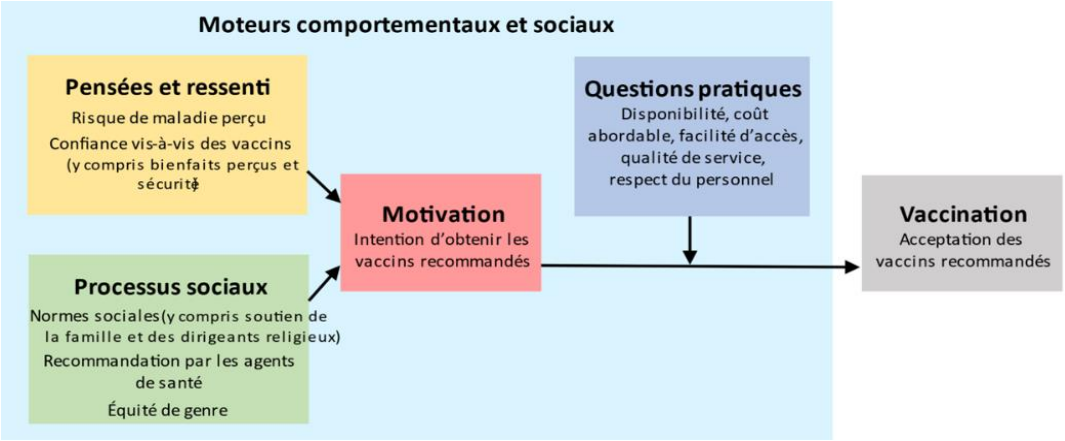
Région	Districts	IIA Personnel de santé (H&F)	IIA Leader Communautaire/ Religieux	Resp. APE (H & F)	Rep. CASA /COSADI	IIA Leader Associatif (H/F)	Rep. Pers handicapée	FGD Hommes et femmes ayant enfants ZD /SI	FGD Hommes et femmes n'ayant pas les enfants vaccinés	Entretient groupé	Questionnaires
Extrême Nord	Bourha	2	1	2	1	2	1	2	2	0	25
Centre	Nkoldongo	2	2	2	2	2	1	2	1	1	99
Littoral	Nylon	2	2	2	2	2	1	2	0	0	81
Sud-Ouest	Tiko	2	1	2	1	1	1	1	1	0	42
Total		8	6	8	6	7	4	7	4	1	**247**
		39						**11**		**1**	

c) *Exploitation des données*

Cadre d'analyse des données

Les données de cette étude ont été analysées à la lumière du cadre ci-dessous par les chercheurs de IRESCO : Cadre d'analyse des déterminants comportementaux et sociaux. La principale approche de triangulation a été la recherche de la complémentarité entre les données des deux volets de l'étude. En clair, elle a consisté à expliquer certaines tendances observées dans les données quantitatives par celles qualitatives.

Figure1 *: Cadre d'analyse des déterminants comportementaux et sociaux (brewer et al., 2017)*



d) *Analyse des données quantitatives*

A l'issue du nettoyage des données, les tableaux statistiques nécessaires à l'analyse et à la rédaction du rapport ont été produits. Cet exercice a été fait sur la base d'un plan de tabulation préalablement élaboré sur la base des objectifs de l'étude et des variables opérationnelles et surtout des indicateurs à produire. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 20.0, qui dispose de plusieurs procédures d'analyse telles que l'analyse de variables complexes (réponses multiples). Le calcul des moyennes, des médianes et des fréquences pour les réponses des participants a été effectué. Des tests statistiques (comme le Khi carré ou l'analyse de variance) pour identifier les corrélations entre les dimensions BeSD et l'acceptation de la vaccination ont été utilisés.

e) *Analyse des données qualitatives*

Les EIA et FGD ont été transcrits sur la base d'un protocole de transcription fournie aux enquêteurs par l'équipe de recherche. L'analyse qualitative des données a été faite à l'aide d'un logiciel d'analyse de données qualitatives (MaxQDA). Pour ce faire, les données transcrites et saisies dans Word ont été importées dans le logiciel. A partir de ce logiciel, le codage des données s'est fait sur la base d'un dictionnaire de codes développé et construit autour des objectifs spécifiques de l'étude. Ce processus de codification a permis d'affecter des codes aux différents segments de textes. Ces segments de textes ont été analysés selon la technique d'analyse de contenu, ayant en miroir les objectifs spécifiques de l'étude.
Ce processus a permis de procéder facilement à l'inventaire et à la typologie (ou classification) des différents avis relatifs à des objectifs spécifiques de l'étude, d'apprécier la convergence ou la divergence des opinions autour des thèmes de l'étude, et de recueillir des perspectives variées sur les attitudes et perceptions communautaires.

Dans le cadre de la revue documentaire, chaque document consulté a fait l'objet d'une synthèse de RD. Concrètement, il s'est agi de remplir la grille de synthèse en faisant ressortir les éléments qui permettent de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude. Une revue thématique systématisée a été réalisée à l'aide de moteurs de recherche et de portails (Pub Med, Google scholar, cairn Info…).

3.7. Considérations éthiques

La présente étude s'est fondée sur les principes éthiques directeurs du protocole d'Helsinki portant sur la recherche en santé sur l'humain.

a) *Anonymat et confidentialité*

Des codes ont été attribués aux participants, à qui il a été expliqué que les informations recueillies seront uniquement utilisées sous anonymat et confidentialité, dans le cadre de cette recherche. Les chercheurs leur ont indiqué que les personnes qui auront accès aux données sont engagées à la protection des données et à la confidentialité.

b) Consentement libre et éclairé et retrait de l'étude

Un consentement oral, libre et éclairé a été requis auprès de chaque participant, après une lecture explicative de la notice d'information. Les participants ont en outre été informés du fait qu'ils pouvaient se retirer de la recherche à tout moment, inconditionnellement sans qu'on ait la moindre incidence sur leur personne. Enfin les participants ont signé une fiche de consentement.

c) Clairance administrative

Une clairance administrative a été donnée par le Ministre de la santé.

d) Gestion des risques potentiels

Les risques potentiels liés à la participation à cette étude ont été répertoriés et se sont avérés faibles. Ils comprennent surtout : la violation de la confidentialité, l'inconfort psychologique, les risques sociaux qui peuvent conduire à la stigmatisation et les éventuels inconvénients/inconvénients de participer à l'étude tels que la perte de temps. Des mesures ont été prises, qui sont présentées supra, pour gérer l'essentiel de ces risques.

3.8 Phases du processus de recherche

L'étude a été conduite en cinq phases. Le tableau ci – dessous présente les différentes phases et les activités réalisées :

Tableau 3: *Phases de la recherche*

Phase de l'étude	**Activités de l'étude**
Démarrage	Revue documentaire
	Rédaction du protocole de recherche
	Validation du protocole de recherche
Préparation et de formation	Recrutement des enquêteurs
	Formation des enquêteurs
	Pré-test des outils de recherche
Collecte des données	Recensement et numérotation des ménages
	Collecte des données à partir des entretiens et des groupes de discussion, et des questionnaires
	Élaboration du rapport de terrain

Analyse et exploitation des données collectées	- Traitement et exploitation des données ; - Organisation des données ; - Interprétation des données ; - Synthèse des résultats ; - Formulation des recommandations ;
Rédaction du rapport	- Préparation du draft du rapport. - Transmission du rapport préliminaire - Revue du rapport par PEV et GAVI - Finalisation du rapport - Transmission du rapport final

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE

Au Cameroun, il y a encore des milliers enfants qui n'ont reçu aucune dose du vaccin. En 2021, entre 128 000 à 175 000 enfants n'auraient reçu aucune dose de vaccins recommandés par le calendrier vaccinal, pour environ 180 000 à 273 000 enfants sous-vaccinés [4]. Ces enfants se trouvent en majorité dans les zones difficiles d'accès, les zones d'insécurité et les zones reculées. Par ailleurs, il y a une concentration dans 80 districts des 203 districts de santé que compte la Cameroun [5]. L'antigène traceur des enfants zéro dose et sous immunisés dans le cadre la vaccination au Cameroun est le Penta. Ainsi, zéro dose est définie comme des enfants zéro dose de vaccin Penta, et sous immunisé est définie comme des enfants qui n'ont pas pris toutes les doses de vaccin Penta. En 2023, la Couverture vaccinale au Penta 1 est de 90,1% et celle au Penta 3 de 83,2%. Malgré cette progression, l'objectif de 87% fixé en 2023 pour le Penta n'a pas été atteint. Le taux d'abandon spécifique au Penta est de 5,8% au niveau national. (Rapport PEV, 2023). Les couvertures vaccinales des principaux antigènes se sont globalement améliorées au cours du biennium en passant de 79% en décembre 2021 à 83,2% en décembre 2023 pour l'antigène traceur qu'est le Penta 3[6].

Le rapport annuel 2023 du PEV [7], a rapporté 125 105 enfants zéro dose en 2023 soit 10% de la cible totale. Les régions du Littoral (21 435) Centre (19 106) Sud-Ouest (18 852), Nord-Ouest (18 396), Ouest (15 532), Extrême Nord (15226), Nord (10 832), Sud (3 041), et Adamaoua (2 682) qui ont enregistré le plus grand nombre d'enfants zéro doses au cours de l'année 2023. Les districts de Bourha (2 223 EZD [8]), Tiko (1 807 ESV [5]), Nkoldongo (5918 EZDet 8 043 ESV [3]) et Nylon (1 690 EZD et 2155ESV [3]) sont parmi les districts de santé à forte concentration des enfants zéro dose / sous immunisés au Cameroun. Les districts de Nkoldongo et Nylon comptent 7 608 enfants zéro dose et les districts de Bourha et Tiko comptent 4030 enfants sous vaccinés. Les quatre districts ciblés dans ce projet représentent 7608 / 125 102 enfants zéro dose et 14 228/ 177 767 enfants sous vaccinés.

[4] CHAI. Estimates of zero-dose and under-immunized populations, 2022.
[5] GAVI : Au Cameroun, les efforts pour immuniser les enfants zéro-dose s'intensifient, publié en Août 2024, consulté le 13/03/25, URL : https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/cameroun-efforts-immuniser-enfants-zero-dose-intensifient
[6] Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : Rapport Biennal 2022 – 2023, 2023
[7] Programme Elargi de Vaccination : Rapport annuel, 2023
[8] Rapport PEV, 2022

L'analyse situationnelle du programme de vaccination au Cameroun a permis d'identifier des défis majeurs à savoir l'augmentation des enfants sous immunisés et zéro dose dans les cinq dernières années [[9]]. Le document sur la description stratégique du Cameroun [[10]] rapporte que le Cameroun compte quatre-vingt-neuf districts prioritaires pour la réduction des enfants zéro dose/sous vaccinés. Neuf (9) districts sont déjà couverts par le projet enfant zéro dose (ZIP).

Les données factuelles montrent que des défis systémiques tels qu'une mauvaise gestion des programmes, des vaccins et des finances, une capacité insuffisante de la chaîne du froid et l'insuffisance des ressources humaines sont la cause sous-jacente de la baisse des couvertures et de l'augmentation du nombre d'enfants sans dose dans tous les districts[**11**]. Il existe également des districts aux performances constamment médiocres dont les performances sont affectées par d'autres facteurs et sont souvent masquées par les couvertures nationales [**12**].

Les facteurs associés à une vaccination incomplète et à une faible couverture vaccinale sont variés. Il y a entre autres la non-utilisation des services de soins prénatals, les mères plus jeunes, le fait d'être le troisième enfant né dans la famille, le manque d'accès aux informations sur la vaccination et les distances plus longues des centres de vaccination [[13]], l'absence d'établissements de santé dans les zones sanitaires étudiées, la distance par rapport à l'établissement de santé isolé [[14]].

En ce qui concerne les aspects comportementaux, l'étude menée par Sangwe Clovis Nchinjoh et al. [[15]] a révélé plusieurs facteurs associés au statut vaccinal de l'enfant zéro dose dans une

[9] PEV. Stratégie Nationale De Vaccination 2024-2028 Cameroun, 2024
[10] PEV : Description Stratégique Cameroun, Demande de soutien de GAVI dans le cadre du processus de planification de l'ensemble du portefeuille, 2023.
[11] Children who have never received any vaccine antigen on the routine immunization calendar of the country. In this article, children who missed DPT 1 vaccine were considered zero-dose children.
12 Gavi (2021). The Zero-Dose Child: Explained, 2021. consulté le 18 03 25 en ligne Adresse URL : https://www.gavi.org/vaccineswork/zero-dose-child-explained,

13 Chiabi, A. ; Nguefack, F.D. ; Njapndounke, F.; Kobela, M.; Kenfack, K.; Nguefack, S.; Ma, E.; Nguefack-Tsague, G.; Angwafo, F., III. Vaccination of Infants Aged 0 to 11 Months at the Yaounde Gynaeco-Obstetric and Pediatric Hospital in Cameroon: How Complete and How Timely? In BMC Pediatr. Consulté en ligne le 14/03/25, adresse URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5735527/
14 Sangwe Clovis Nchinjoh 1,2,*ORCID,Yauba Saidu 1,3,Valirie Ndip Agbor 1,4,Clarence Mvalo Mbanga 1ORCID,Nkwain Jude Muteh 5,Andreas Ateke Njoh 6,7,Shalom Tchofke Ndoula 6,Bernard Nsah 1,Nnang Nadege Edwige 1,Sveta Roberman 2,8 andChen Stein Zamir 2, Factors Associated with Zero-Dose Childhood Vaccination Status in a Remote Fishing Community in Cameroon: A Cross-Sectional Analytical Study, 2022, Consulté en ligne le 14/03/25 adresse URL : https://www.mdpi.com/2076-393X/10/12/2052
15 Sangwe Clovis Nchinjoh 1,2,*, Yauba Saidu 1,3, Valirie Ndip Agbor 1,4, Clarence Mvalo Mbanga 1, Nkwain Jude Muteh 5, Andreas Ateke Njoh 6,7, Shalom Tchofke Ndoula 6, Bernard Nsah 1, Nnang Nadege Edwige 1, Sveta Roberman 2,8, Chen Stein Zamir 2 ; Factors Associated with Zero-Dose Childhood Vaccination Status in a

communauté des pécheurs au Cameroun. Il s'agit notamment de la méconnaissance de l'importance de la vaccination par les mères, la sensibilisation et l'éducation des parents, la peur des effets secondaires, les occasions manquées de vaccination, souvent dues à des problèmes d'accès aux services de santé. Dans une étude conduite au Mali par Amadou Tila Kebe et al. [[16]], il a été rapporté que les parents qui ont confiance dans les recommandations des professionnels de santé sont plus susceptibles de vacciner leurs enfants. En outre, dans certaines communautés, les opinions des pairs et des leaders communautaires peuvent avoir un impact significatif sur l'acceptation des vaccins, et les parents ayant un niveau d'éducation plus élevé sont généralement plus informés et plus enclins à faire vacciner leurs enfants.

L'hésitation vaccinale est un phénomène complexe qui se manifeste par des doutes ou des réticences à se faire vacciner, même lorsque les vaccins sont disponibles. La méfiance envers les vaccins, souvent alimentée par des rumeurs et des informations erronées, constitue un goulot d'étranglement important. Dans une note d'information publiée sur le site des Nations Unies en 2019 [[17]], la directrice générale de l'UNICEF a déclaré que : « La désinformation sur les vaccins est aussi dangereuse qu'une maladie ».

Dans de nombreuses communautés, les femmes sont souvent les principales responsables des soins des enfants, ce qui les place au cœur des décisions de vaccination. Cependant, les attentes sociétales peuvent limiter leur capacité à accéder aux services de santé, surtout si elles doivent concilier avec d'autres responsabilités familiales et professionnelles [7]. Le genre est un facteur important qui influence l'accès, l'acceptation et l'efficacité des programmes de vaccination. Les femmes ont souvent moins de pouvoir de décision sur la vaccination et la santé en général. Une note d'information publiée sur le site de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) [18] rapporte que les inégalités éducatives peuvent empêcher les femmes de prendre des décisions éclairées concernant la vaccination de leurs enfants. En outre, dans de nombreuses cultures, les

Remote Fishing Community in Cameroon: A Cross-Sectional Analytical Study, 2022. Consulté en ligne le 12/03/25. Adresse URL : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9784537/

[16] Amadou Tila Kebe, Bakary Diarra, Hadiatou Diallo, Allasseini Ballam, Aboubacar Sangho, RenÃ© Migliani, Patrick Fernand Thonneau. L´hésitation vaccinale et ses déterminants chez les parents d´enfants de moins de cinq ans dans la ville de Gao, au Mali en 2021, 2022. Consulté en ligne 12/03/25. Adresse URL : https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/9/14

[17]ONU : Vaccins : la désinformation et la méfiance sont «aussi dangereuses qu'une maladie», estime l'UNICEF, 2019. Consulté le 14/03/25. Adresse URL : https://news.un.org/fr/story/2019/06/1046581

[18] OPS/OMS : Sciences comportementales : la demande de vaccins et la confiance dans la vaccination, 2024. Consulté le 12/03/25. Adresse URL : Sciences comportementales : la demande de vaccins et la confiance dans la vaccination | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé

décisions de santé, y compris la vaccination, sont prises conjointement par les hommes et les femmes. La dynamique de pouvoir au sein du foyer peut influencer la décision de vacciner. Lorsque les hommes soutiennent activement la vaccination, cela augmente les chances que les enfants soient vaccinés. Dans certaines communautés, les croyances sur les rôles de genre peuvent conduire à des attitudes négatives envers la vaccination, surtout si les femmes sont perçues comme moins informées ou moins capables de prendre des décisions de santé. La confiance dans les services de santé est souvent influencée par des expériences de genre. Les femmes qui se sentent écoutées et respectées par le personnel de santé sont plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants. Un environnement de soins sensibles au genre est donc essentiel [9]. Les campagnes de sensibilisation qui prennent en compte des perspectives de genre peuvent être plus efficaces. L'engagement des hommes dans la promotion de la vaccination et la sensibilisation des femmes sur l'importance de la vaccination peuvent améliorer la couverture vaccinale [7].

Face aux nombreux défis rencontrés par le Cameroun dans l'atteinte de sa couverture vaccinale, trois stratégies ont été mises en place pour la vaccination de routine : la prestation de services de routine dans des sites de santé fixes pour ceux qui vivent à moins de 5 kilomètres d'un établissement ; des activités de sensibilisation le même jour et des activités mobiles sur plusieurs jours pour ceux qui vivent à plus de 5 kilomètres. A cela s'ajoute, l'intensification périodique de la vaccination de routine (Periodic Intensification of Routine Immunization, PIRI), qui comprend les Journées de la santé des enfants, les Semaines de la santé des enfants et les Semaines nationales de vaccination, utilisé pour administrer les vaccinations de routine au Cameroun, en particulier les doses de rattrapage [[19]]. A travers le PIRI, des opérations de vaccination intégrée sont réalisées chaque semaine dans l'optique de réduire le nombre d'enfants non vaccinés au sein du pays.

De nombreuses approches sont utilisées pour améliorer la prestation des services de vaccination dans les communautés à forte concentration des enfants zéro dose et sous immunisé. Dans cet ordre d'idée, le PEV en collaboration avec ses partenaires travaille pour obtenir l'adhésion des autorités locales et travaillera avec les représentants communautaires, les parties prenantes

[19] GAVI : Le Cameroun augmente la portée jusqu'à zéro dose chez les enfants grâce à la microplanification et à la communication (LEÇONS TIRÉES DU TRAVAIL EN INSÉCURITÉ), 2023. Consulté en ligne 14/03/2025 ; Adresse URL : https://zdlh.gavi.org/sites/default/files/2023-10/43.%20Le%20Cameroun%20Augmente%20la%20Port%C3%A9e%20Jusqu%E2%80%99%C3%A0%20Z%C3%A9ro%20Dose%20Chez%20les%20Enfants%20Gr%C3%A2ce%20%C3%A0%20la%20Microplanification%20et%20%C3%A0%20la%20Communication.pdf

concernées et d'autres partenaires pour développer et mettre en œuvre des interventions bien adaptées, spécifiques au contexte et durables pour atteindre les enfants sans dose dans les communautés manquées [[20]].

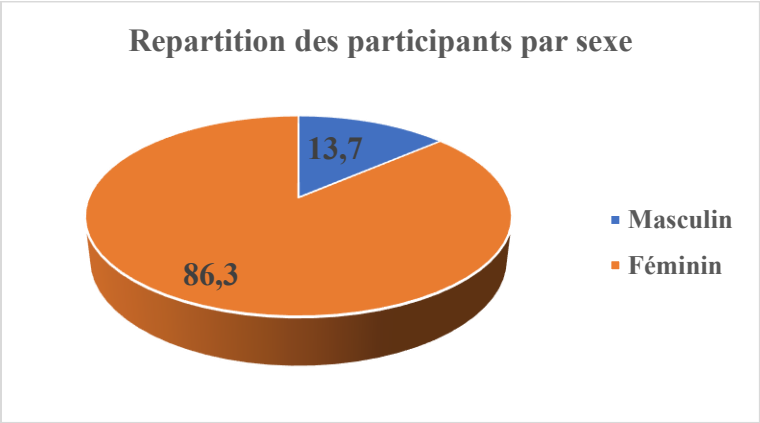
[20] CHAI. Reducing the number of zero-dose children by 25 percent in Cameroon by 2025, Using geospatial-based composite score to identify and map missed communities. 2022

CHAPITRE III : PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

I- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

1.1. Sexe

Figure 2 : *répartition des participants par sexe*



L'effectif total des répondants se compose de 241 personnes, dont 86,3% des femmes (208) et 13,7% d'hommes (33). Cette répartition observée a posteriori (où de 4 répondants sur 5) étaient constitués des femmes pourrait se justifier par la répartition des tâches dans la famille. En effet, dans les ménages, les hommes sont moins présents à la maison à cause de leurs occupations professionnelles qui sont pour la plupart à l'extérieur du ménage. La grande proportion des femmes dans l'échantillon pourrait également s'expliquer par le fait que, dans les districts de Nkolndongo et Nylon qui constituent des zones urbaines, les femmes comme les hommes vaquent à leurs occupations professionnelles et ce sont les femmes de ménage qui sont pour la plupart du temps présentes à la maison.

1.2. Age des répondants

Les deux tranches d'âges les plus représentées sont celles de 25 – 29 ans (22,82%) et 30 – 34 ans (21,99%). La tranche d'âge la moins représentée est celle de 45 – 49 ans (4,98%). Bien que les participants âgés de 50 ans et plus soient moins représentés (5,39% ; 13/241) mais, ils sont plus nombreux que ceux âgés entre 45 – 49 ans (4,98% ; 12/241).

Tableau 5 *: répartition des répondants selon les tranches d'âge*

Tranches d'âges	Fréquences	Pourcentages	Fréquences cumulées
Moins de 25 ans	40	16,6	16,6
25-29 ans	55	22,82	39,42
30-34 ans	53	21,99	61,41
35-39 ans	43	17,84	79,25
40-44 ans	25	10,37	89,63
45-49 ans	12	4,98	94,61
50 ans et plus	13	5,39	100
Total	**241**	**100**	

1.3. Obédiences religieuses des participants

Du point de vue de la religion, les participants de l'étude sont majoritairement repartis en trois groupes : les chrétiens, les musulmans, et les laïques. Plus de la moitié des participants (74,7% ; 180/241) sont d'obédience chrétienne. Très peu (6,2%, 15/241) n'appartiennent à aucune obédience.

Tableau 6 *: répartition des répondants selon les obédiences religieuses*

Religion	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Aucune	15	6,2	6,2
Chrétienne	180	74,7	80,9
Musulmane	46	19,1	100,0
Total	**241**	**100**	

1.4. Niveau d'éducation des participants

Le niveau d'éducation de la plupart des personnes ayant participé à cette étude (41,9%) était le secondaire. Ce niveau était talonné par les niveaux primaire (23,7%) et universitaire (22,8%). Juste 7,5% des répondants n'avaient aucune éducation formelle et 4,1% ont déclaré qu'ils ne savaient pas leur niveau d'éducation.

Tableau 7 *: répartition des répondants selon le niveau d'éducation*

Niveau d'éducation	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Aucune éducation formelle	18	7,5	7,5
Primaire	57	23,7	31,1
Secondaire	101	41,9	73,0
Université	55	22,8	95,9
Ne sait pas	10	4,1	100,0
Total	**241**	**100**	

1.5. Statut matrimonial

Les pourcentages les plus représentés sont ceux des célibataires (37,34%) et marié (33,61%). Une proportion considérable des répondants (24,9%) vit en concubinage, tandis que seulement 0.83% sont divorcés ou séparés et 3,32% sont ou veufs (ves).

Tableau 8 *: répartition des répondants selon le statut matrimonial*

Situation matrimoniale actuelle	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Célibataire, jamais marié	90	37,34	37,34
Marié(e)	81	33,61	70,95
Union consensuelle / Concubinage	60	24,9	95,85
Divorcé(e) / Séparé (e)	2	0,83	96,68
Veuf (veuve)	8	3,32	100
Total	**241**	**100**	

1.6. Statut économique du ménage

Les ménages du quintile le plus bas (très pauvre) sont plus nombreux (31,54% ; 76/241) dans l'échantillon de l'étude. Tandis que les nombres des ménages des quintiles 3 (moyen) et 4 (riche) sont presque identiques et sont respectivement de 57 et 56 ; soit 23,65% et 23,24%. Le nombre de ménage du quintile 5 (très riche) est de 28, soit 11,62% et celui du quintile 2 (pauvre) est le plus bas (24, soit 9,96%).

Tableau 9 *: répartition des répondants selon le* quintile de bien-être

Quintile de bien-être	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Très pauvre	76	31,54	31,54
Pauvre	24	9,96	41,49
Moyen	57	23,65	65,15
Riche	56	23,24	88,38
Très riche	28	11,62	100
Total	**241**	**100**	

1.7. Emploi rémunéré

Les emplois rémunérés exercés par les répondants sont diversifiés. Une dizaine a été identifiée au cours de cette étude. Les emplois les plus représentés sont : employer de maison / travail ménager (24,48%), Commerçant (24,07%), et Agriculteur/Eleveur/pêcheur (15,35%). Les emplois les moins représentés sont artisans (0,83%), élève / étudiant (1,66%), professionnel de santé (3,32%) et enseignant (3,73%). Une proportion de 3,32% des répondants est sans emploi. Les femmes étaient plus présentes dans les travaux ménagers et le commerce alors que les hommes étaient plus présents dans l'agriculture, l'élevage et la pêche.

Tableau 10 *: répartition des répondants selon l'emploi rémunéré*

Emploi rémunéré	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Sans travail	8	3,32	3,32
Employé de maison/travail ménager	59	24,48	27,8
Agriculteur/Eleveur/Pêcheur	37	15,35	43,15
Artisan	2	0,83	43,98
Couture	17	7,05	51,04
Coiffure	17	7,05	58,09
Infirmière ou professionnel de la santé	8	3,32	61,41
Enseignant	9	3,73	65,15
Employé de bureau	12	4,98	70,12
Commerçant	58	24,07	94,19
Elève/Etudiant	4	1,66	95,85

Autres emplois	10	4,15	100
Total	**241**	**100**	

1.8. Âge à la première union

Parmi les 241 enquêtés ayant participé à cette étude, 150 personnes sont mariées ou en concubinage. L'âge de plus de la moitié des participants (62%) à leur première union est compris entre 20 et 29 ans. Une proportion de 15,33% des répondants ont contracté leur première union lorsqu'ils étaient âgés entre 30 et 39 ans.

Tableau 11 *: répartition des répondants selon l'âge de la première union*

Groupe d'âges	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
10-19 ans	34	22,67	22,67
20-29 ans	93	62	84,67
30-39 ans	23	15,33	100
Total	150	100	

1.9. Âge à la première union selon la zone

L'âge à la première union varie d'une zone à l'autre. La tranche d'âge de 20 – 29 ans est la plus représentée dans toutes les zones : zone urbaine défavorisée (59%), Zone rurale reculée /difficile d'accès (69,2%), et zone affectée par l'insécurité (66,7%). Le pourcentage des répondants qui a contracté le mariage entre 10 et 19 ans est presque similaire dans la zone rurale reculée / difficile d'accès (26,9%) et la zone affectée d'insécurité (25%). Dans la tranche d'âge de 30 – 39 ans, la zone urbaine défavorisée (20%) est la plus représentée et la zone affectée d'insécurité (8,3%) est la moins représentée.

Tableau 12 *: répartition des répondants selon le milieu de résidence et l'âge de la première union*

Milieu de résidence	Groupe d'âges première union							
	10-19 ans		20-29 ans		30-39 ans		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zone urbaine défavorisée	21	21,0	59	59,0	20	20,0	100	100
Zone rurale reculée / Difficile d'accès	7	26,9	18	69,2	1	3,8	26	100

Zone affectée par l'insécurité	6	25,0	16	66,7	2	8,3	24	100
Total	**34**	**22,7**	**93**	**62,0**	**23**	**15,3**	**150**	**100**

1.10. Nombre d'enfant par ménage

Dans les ménages visités au cours de cette étude, le nombre d'enfant varie de 0 à 9. Le nombre d'enfants dans la plupart des ménages (69,29%, 167/241) est compris entre 1 et 3. Très peu de ménage (3,32% ; 8/241) n'ont pas d'enfants ou ont plus de 7 enfants (2,49% ; 6/241).

Tableau 13 *: répartition du nombre d'enfant par ménage*

Nombre d'enfants	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Pas d'enfants	8	3,32	3,32
1 à 3 enfants	167	69,29	72,61
4 à 6 enfants	60	24,9	97,51
7 enfants et plus	6	2,49	100
Total	**241**	**100**	

II- Connaissances et comportements en matière de vaccination

2 .1. Problème de santé dans la communauté

Les résultats de l'étude révèlent que les enquêtés ont identifié plusieurs problèmes de santé auxquels ils sont confrontés dans leur communauté. Certains apparaissent dans tous les districts et d'autres dans des districts spécifiques. Parmi les problèmes de santé répertoriés dans tous les districts, le paludisme est le plus cité. Les autres maladies évoquées sont : maladies de la peau (champignons), la typhoïde, la cataracte, le choléra, la rubéole, la diarrhée, la varicelle, le rhume, la toux, la diarrhée, les vers intestinaux, les amibiases, la rougeole, la dysenterie, la gale. Les maladies citées exclusivement dans les districts de Nkolndongo et Nylon sont : le choléra, la rubéole, et la varicelle, le rhume, les vers intestinaux, les amibiases, la rougeole, la dysenterie, la gale. Celles évoquées exclusivement dans les districts de Tiko et Bourha sont : Maladies de la peau (champignons), la typhoïde, la cataracte, la toux, et la mal nutrition.

III- Connaissance en matière de vaccination

3.1. Maladies Evitables par Vaccination (MEV)

Dans le volet qualitatif, il a été demandé aux enquêtés de citer les MEV qu'ils connaissent. La maladie la plus citée est la tuberculose. Les maladies citées par tous les districts sont : choléra, rubéole, rougeole, poliomyélite, tétanos, coqueluche, hépatite, fièvre jaune, diphtérie, et la diarrhée. Les MEV citées uniquement dans les districts de Nkolndongo et Nylon sont : la rubéole, le tétanos, la coqueluche, l'hépatite, la diphtérie, et la diarrhée.

Dans le district de Bourha, presque tous les répondants ont déclaré qu'ils ne connaissaient pas les MEV. Deux personnes ont cité la tuberculose et le paludisme.

Dans le district de Tiko, cinq maladies ont été citées à savoir le paludisme, la rougeole, la rubéole, le cancer et la poliomyélite. Le niveau de connaissance et l'éventail des MEV connues est assez variable d'une personne à l'autre. A titre d'exemple, un répondant du district de santé de Tiko déclarait ceci en réponse à la question concernant la connaissance des MEV : « (...*) Pour être sincère, je ne connais que la poliomyélite et la vitamine A. Oui, pour le reste, je ne suis pas familier ».* De ce qui précède, toutes les MEV ne sont pas connues par les populations d'où le choix de la thématique MEV.

3.2. Niveau de connaissance et sources d'information

Pour mesurer leur niveau de la connaissance au sujet de la vaccination et des vaccins, il a été demandé aux enquêtés s'ils avaient déjà entendu parler de la vaccination, et quelle était l'utilité du vaccin.

A la lumière des données en présence, tous les répondants ont affirmé avoir déjà entendu parler de la vaccination et du vaccin.

Il a été demandé aux répondants de définir le vaccin. Cette question avait pour but d'évaluer le degré de compréhension du vaccin par les enquêtés et surtout de déterminer dans quelle mesure ils savent que le vaccin est un produit qui, inoculé dans l'organisme par voie orale ou par injection, aide à prévenir certaines maladies cibles. Cependant, aucun participant n'a pu donner une définition du vaccin intégrant les détails essentiels. Certains l'ont défini comme un moyen pour prévenir les maladies. D'autres comme un moyen essentiel de prévention des maladies, renforçant le système immunitaire des enfants. Il ressort de l'analyse des données qualitatives que cette connaissance de base n'existe pas chez les participants de cette étude. Par ailleurs, plusieurs perceptions ont été recensées dans la communauté. A ce sujet, diverses croyances à

l'égard de la vaccination ont été recensées : « *le vaccin est un poison lent qui ajoute les maladies dans le corps* » (FGD homme, Nkolndongo) ; « *le vaccin est un moyen pour transmettre la maladie dans le corps des enfants en fragilisant leur système immunitaire* » (EIA, Nkolndongo). « *L'homme blanc utilise les vaccins pour réduire la population ou tuer des gens. Ils nous (les populations) utilisent comme des rats de test pour leurs nouvelles expériences* ». (EIA, Tiko) Dans certaines communautés, les agents vaccinateurs sont assimilés à des messagers des blancs envoyés pour nuire à la santé des enfants. C'est ce qui apparait dans les propos de ce répondant : « (…) *les blancs vous ont envoyés pour tuer nos enfants, on vous a envoyé pour rendre nos enfants homosexuels* » (EIA, Nylon).

En ce qui concerne l'utilité de la vaccination, les avis sont diversifiés. L'idée selon laquelle les vaccins sont utiles est assez répandue en communauté. Pour la plupart des enquêtés, les vaccins préservent les enfants contre plusieurs maladies. Les déclarations suivantes traduisent les diverses opinions des enquêtés à l'égard de la vaccination : *« le vaccin sert à prévenir les enfants contre les maladies étant donné leurs vulnérabilités » (DS Nkolndongo) ;* « *la vaccination est utile pour améliorer la santé des enfants* » (DS Nylon). La vaccination est « *une mesure préventive contre les risques sanitaires* » (DS Tiko). En revanche, certaines voies s'élèvent encore pour décrier l'inutilité de la vaccination. Pour cette tranche de la population, le vaccin est inutile et nuisible. A la question de savoir si les vaccins sont utiles, ces enquêtés ont répondu en ces termes : *« Le vaccin est un moyen utilisé par les blancs pour rendre stérile les Africains* » (DS Nylon) « *la dernière fois j'ai vacciné, c'était contre la poliomyélite mais je me disais que quand on vaccine là ça ne peut pas encore toucher l'enfant. C'est pour cela que j'ai dit que le vaccin ne sert à rien parce que j'ai vacciné l'enfant après la poliomyélite est venue. ça c'est même encore empiré même les yeux ont enflé, c'était rouge il fallait que j'aille là-bas toujours chez mes mères là elles m'ont donné les écorces elles m'ont demandé de laver les yeux de l'enfant de faire le bain des yeux à l'enfant et moi j'ai fait subitement deux jours après c'était déjà propre* » » (DS Nkolndongo). La plupart des répondants du district de Bourha ont déclaré qu'ils ne connaissent pas l'utilité de la vaccination. Mais quelques-uns ont déclaré que la vaccination sert à prévenir les maladies.

Relativement au volet quantitatif de l'étude, il a été demandé aux 150 participants qui ont déclaré avoir une connaissance sur le calendrier vaccinal de citer les vaccins qu'ils connaissent. Le vaccin le plus cité et dans tous les districts est le BCG (96,7%). Les vaccins cités dans le district de Nkolndongo sont : VAA, VPO, VAP, COVID 19, et RR. Quelques répondants de Bourha ont cité uniquement le BCG et la plupart ont déclaré qu'ils ne connaissent pas les noms

des vaccins. Dans le district de Tiko, les répondants ont cité deux vaccins à savoir le BCG et les vaccins antipaludéen et contre la poliomyélite. Dans le district de Nylon, les vaccins cités sont le BCG, RR, et les vaccins contre le choléra et la fièvre jaune.

Selon tableau ci-dessous, le vaccin le plus connu est le BCG (96,7% ; 145/150), talonnée par le penta (Penta 1 : 90% ; 135/150, Penta 2 : 82,7% ; 124/150et Penta 3 : 86% ; 129/150), et le VPO (76%), 114/150. Le vaccin le moins connu des participants est le VAP (VAP1 : 30% ; 45/150, VAP2 : 24% ; 36/150 et VAP3 : 22,7% ; 34/150)

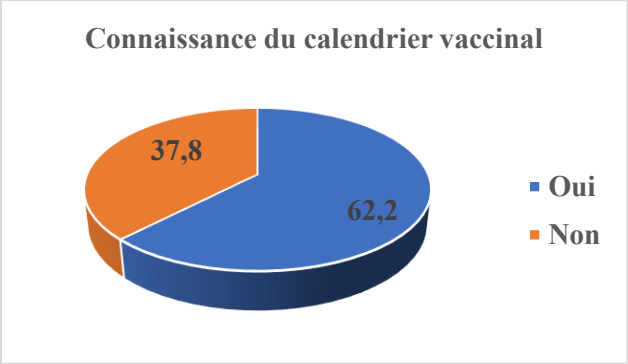
L'analyse des données collectées a permis de relever que la plupart des participants sont incapables de citer de façon exacte la maladie et le vaccin administré pour l'éviter. Ils assimilent le nom du vaccin à celui de la maladie. A cet effet, ils parlent du : « vaccin contre le paludisme, vaccin contre la fièvre jaune, vaccin contre la poliomyélite, etc.)

Tableau 14 *: répartition selon le niveau de connaissance en matière de vaccination*

Vaccins connus	Fréquences	Pourcentages
BCG	145	96,7
VPO	114	76,0
PNEUMO	101	67,3
PENTA 1	135	90,0
PENTA 2	124	82,7
PENTA 3	129	86,0
ROTA	91	60,7
VPI	70	46,7
VAP1	45	30,0
VAP2	36	24,0
VAP3	34	22,7
VAR/RR	79	52,7
VAA	66	44,0

3.3. Calendrier vaccinal

Figure 3 *: connaissance du calendrier vaccinal*

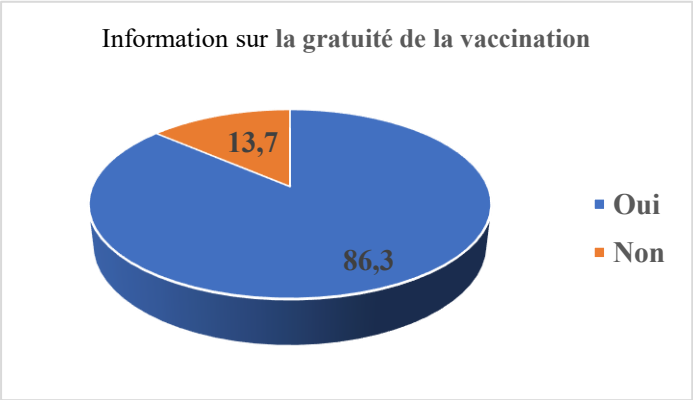


Le calendrier vaccinal contient les vaccins obligatoires et recommandés par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) en fonction de l'âge. Il est mis à jour en temps de besoin. Le respect du calendrier vaccinal contribue énormément à la protection des enfants. Selon l'UNICEF, l'un des meilleurs moyens de protéger son enfant est de respecter le calendrier vaccinal. La méconnaissance du calendrier vaccinal est associée à son non observance. Des données collectées, il ressort que la plupart des répondants connaissaient le calendrier vaccinal Plus précisément, un peu plus des 3/5e des participants (62,24%, 150/241) connaissent le calendrier vaccinal, ce qui signifie qu'ils savent à quel moment de la vie de leurs enfants il faut les protéger contre certaines maladies évitables par la vaccination. Si la majorité connaît le calendrier vaccinal, on compte cependant près de 2 enquêtés sur 5 qui l'ignorent, ce qui reste significatif. A ce sujet, un répondant a déclaré : *« je ne connais même pas quand, ni combien de fois il faut vacciner l'enfant »*. (FGD, Bourha). Parmi les participants de Bourha, la plupart a déclaré n'avoir aucune connaissance du calendrier vaccinal.

Parmi ceux qui déclarent connaitre le calendrier vaccinal, xx% déclarent le respecter, contre yy% qui ne le respecte pas.

3.4. Gratuité des vaccins

Figure 4*: gratuité des vaccins*



Interrogés sur la question de gratuité des vaccins, la très grande majorité des parents interviewés (86%) disent savoir que la vaccination est gratuite pour les enfants de moins de deux ans au Cameroun, ce qui témoigne d'un bon niveau d'information sur les conditions d'accès à la vaccination au Cameroun. Un répondant confirme la gratuité du vaccin en ces termes : « *les vaccins sont gratuits jusqu'à 5 ans. Bon jusqu'à 5 ans pour une certaine catégorie. Et en dehors du vaccin pour le HPV qui est aussi gratuit actuellement jusqu'à …. Pour les enfants de neuf ans* » (EIA, Nylon). Bien que la vaccination soit gratuite, certains accessoires sont payants. C'est d'ailleurs ce qui ressort des propos de ces répondants : « *Nous ne donnons pas d'argent. Ils ne nous demandent que 100 frs pour acheter des seringues* » (EIA, Tiko). « Il faut payer 200 frs pour la pesée des bébés » (EIA, Nkolndongo). Bien que ces sommes soient minimes comme le disent certains répondants, elles peuvent constituer un frein à la vaccination des enfants.

Malgré les initiatives prises pour informer les communautés, la méconnaissance de la gratuité de tous les vaccins offerts aux enfants de moins de deux ans au Cameroun persiste en communauté. « *Il y a les vaccins gratuits et il y aussi les vaccins où on donne l'argent pour payer* » (DS Bourha).

IV- Comportement en matière de vaccination

4.1. Vaccination des enfants depuis la naissance

Une proposition non négligeable des participants a déclaré pour certains qu'ils ont vacciné certains de leurs enfants (9,96%) et pour d'autres qu'ils n'ont vacciné aucuns de leurs enfants (3,73%). Néanmoins, il apparait que la très grande majorité (86,31 %) des participants vaccine tous leurs enfants depuis la naissance, ce qui témoigne d'une bonne pratique de vaccination dans cet échantillon.

Tableau 15 *: répartition de la vaccination des enfants depuis la naissance*

Vaccination des enfant(s) depuis la naissance	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Oui, tous	208	86,31	86,31
Oui, certains	24	9,96	96,27
Non, aucun	9	3,73	100
Total	**241**	**100**	

La prise du vaccin dès la naissance varie en fonction des caractéristiques socio- économiques et culturelles des populations telles que suit :

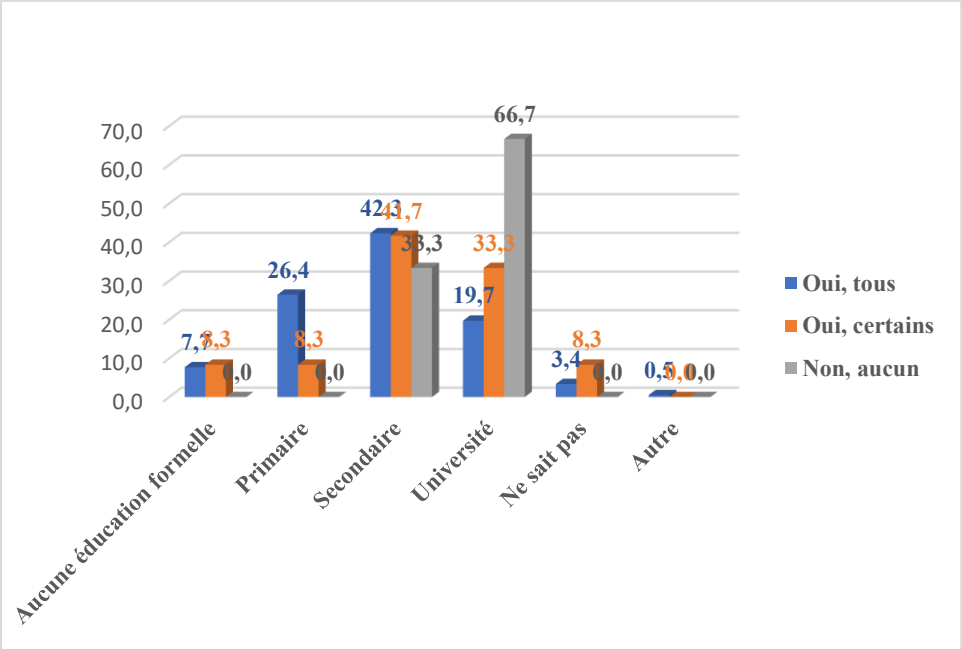
4.2. Niveau d'éducation

Comme déjà souligné plus haut, très peu d'enquêtés (ont déclaré n'avoir vacciné aucun de leurs enfants, ont un niveau d'éducation secondaire (33,3%, 3/9) et un niveau d'éducation supérieur (66,7% ; 6/9). Parmi ceux qui ont vacciné certains enfants, la majorité sont des participants avec un niveau d'éducation secondaire (41,7% ; 10/24), suivi des participants ayant un niveau d'éducation supérieur (33,3%, 8/24).

Ces données suggèrent que les personnes les moins instruites sont celles qui sont les plus enclines à faire vacciner leurs enfants. On peut en déduire que l'hésitation vaccinale prévaut davantage chez les personnes les plus instruites. Toutefois, l'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0,06) supérieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il n'y a aucune relation entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « Niveau d'éducation ».

Sur les 208 participants qui ont déclaré avoir vacciné tous leurs enfants, le plus petit nombre (16) n'ont aucune éducation formelle, talonnée par ceux qui ont un niveau d'éducation supérieur (41), et ceux qui ont un niveau d'éducation primaire (55).

Figure 5 : *Connaissance de la vaccination et niveau d'éducation des participants*



L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0,06) supérieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il n'y a aucune relation entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « Niveau d'éducation ».

4.3. Quintile de bien- être :

Les données du tableau 17 révèlent que parmi les participants ayant n'ayant vaccinés aucun enfant depuis la naissance, (11,1% (1/9) appartiennent aux quintile 2 (pauvre) et au quintile 3

(moyen). Par ailleurs, la majorité des répondants (33,3% ; 3/9) se retrouvent au quintile 4 (riche).

La plus grande proportion des enquêtés qui ont déclaré avoir vaccinés certains de leurs enfants dès la naissance (33,3% ; 8/24) se trouvent dans le quintile 3 (Moyen) et la plus petite proportion (8,3% ; 2/24) dans les quintiles 2 (pauvre) et 5 (très riche).

En ce qui concerne les participants ayant vaccinés tous leurs enfants, le pourcentage oscille entre 9,6% parmi les répondants du quintile 2 (pauvre) à 32,7% par les répondants du quintile 1 (très pauvre). Les répondants appartenant au quintile 5(très riche) représentent 11,5%.

Tableau 16 *: vaccination des enfants depuis la naissance et niveau de vie*

Vaccination des enfants depuis la naissance	**Quintile de bien-être**											
	Très pauvre		**Pauvre**		**Moyen**		**Riche**		**Très riche**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui, tous	68	32,7	20	9,6	48	23,1	48	23,1	24	11,5	208	100
Oui, certains	7	29,2	2	8,3	8	33,3	5	20,8	2	8,3	24	100
Non, aucun	1	11,1	2	22,2	1	11,1	3	33,3	2	22,2	9	100
Total	**76**	**31,5**	**24**	**10,0**	**57**	**23,7**	**56**	**23,2**	**28**	**11,6**	**241**	**100,0**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0,06) supérieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il n'y a aucune relation entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « Quintile du bien -être ».

4.4. Religion

Selon le tableau 18 le pourcentage des répondants n'ayant vaccinés aucun enfant dès la naissance varie d'une religion à l'autre et est plus élevé chez chrétiens (88,9% ; 8/9) et nul chez les musulmans.

Parmi les enquêtés qui ont vacciné certains enfants dès la naissance, 62,5% (12/24) sont des chrétiens, 20,8% (5/24) n'appartiennent à aucune religion, et 16,7% (4/24) sont des musulmans.

Chez les répondants ayant vaccinés tous les enfants dès la naissance, le pourcentage oscille entre 4,3% (9/208) pour les personnes n'appartenant à aucune religion et 75,5% (157/208) pour les chrétiens.

Tableau 17 *: vaccination des enfants depuis la naissance et religion*

Vaccination des enfants depuis la naissance	**Religion des participants**							
	Aucune		**Chrétienne**		**Musulmane**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Oui, tous	9	4,3	157	75,5	42	20,2	208	100,0
Oui, certains	5	20,8	15	62,5	4	16,7	24	100,0
Non, aucun	1	11,1	8	88,9	0	0,0	9	100,0
Total	**15**	**6,2**	**180**	**74,7**	**46**	**19,1**	**241**	**100,0**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0.01) inférieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il y a une relation statistiquement significative entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « Religion ».

4.5. Milieu de résidence

La proportion des répondants n'ayant vacciné aucun enfant depuis la naissance est plus élevée dans la zone urbaine défavorisée (77,8% ; 7/9) que dans la zone affectée par l'insécurité (22,2% ; 2/9). Aucun répondant résidant dans la zone rurale reculée / difficile d'accès n'a déclaré qu'aucun enfant n'a été vacciné depuis la naissance.

En ce qui concerne les participants qui ont déclaré avoir vacciné certains enfants depuis la naissance, le pourcentage le plus bas (16,7% ; 4/24) se trouve dans la zone affectée par l'insécurité, tandis que le plus élevé se trouve dans la zone urbaine défavorisée (83,3% ; 20/4).

Parmi les enquêtés ayant déclarés avoir vacciné tous leurs enfants, la plus petite proportion (13,9% ; 29/208) se trouve dans la zone rurale défavorisée / difficile d'accès et la plus grande (61,5% ; 128/208) dans la zone urbaine défavorisée. Cette proportion est de 24,5% (51/208) dans la zone affectée par l'insécurité.

Tableau 18 *: vaccination des enfants depuis la naissance et milieu de résidence*

Vaccination des enfants depuis la naissance	**Milieu de résidence**							
	Zone urbaine défavorisée		**Zone rurale reculée / Difficile d'accès**		**Zone affectée par l'insécurité**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Oui, tous	128	61,5	29	13,9	51	24,5	208	100
Oui, certains	20	83,3	0	0,0	4	16,7	24	100
Non, aucun	7	77,8	0	0,0	2	22,2	9	100
Total	**155**	**64,3**	**29**	**12,0**	**57**	**23,7**	**241**	**100**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0.01) inférieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il y a relation statistiquement significative entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « Milieu de résidence ».

4.6. Connaissance du calendrier vaccinal

Le tableau 15 montre des écarts significatifs du nombre des répondants ayant déclaré n'avoir vacciné aucun enfant depuis la naissance et la connaissance du calendrier vaccinal, avec 6/9 pour ceux qui ne connaissent pas le calendrier vaccinal et 3/9 pour ceux qui connaissance le calendrier vaccinal.

Parmi les répondants qui ont déclaré avoir vacciné certains de leurs enfants, 62,5% (15/24) ne connaissance pas le calendrier vaccinal, contre 38% (9/24) qui connaissent le calendrier vaccinal.

La proportion des répondants qui ont déclaré avoir vacciné tous leurs enfants est élevée (66% ; 138/208) chez les répondants qui ont connaissance du calendrier vaccinal et faible (33,7%, 70/208) chez les répondants qui n'ont pas connaissance du calendrier vaccinal.

***Tableau 19** : vaccination des enfants depuis la naissance et connaissance du calendrier vaccinal*

Vaccination des enfants depuis la naissance	**Connaissance du calendrier vaccinal**					
	Oui		**Non**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Oui, tous	138	66	70	33,7	208	100
Oui, certains	9	38	15	62,5	24	100
Non, aucun	3	33	6	66,7	9	100
Total	**150**	**62**	**91**	**37,8**	**241**	**100**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0.00) inférieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il y a relation statistiquement significative entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « connaissance du calendrier vaccinal ».

4.7. Connaissance de la gratuité des vaccins

La vaccination des enfants dès la naissance est fonction de la connaissance de la gratuité de la vaccination. Sur les 9 répondants ayant déclaré n'avoir vacciné aucun enfant, 77,8% (7/9) connaissent la gratuité des vaccins, contre 22,2% (2/9) qui ne connaissent pas.

Par ailleurs, 75% (18/24) de ceux qui ont vacciné certains de leurs enfants et 88% de ceux qui ont vacciné tous leurs enfants ont connaissance de la gratuité des vaccins.

Tableau 20 *: vaccination des enfants depuis la naissance et connaissance de la gratuité de la vaccination*

Vaccination des enfants dès la naissance	**Connaissance de la gratuité de la vaccination**					
	Oui		**Non**		**Total**	
Oui, tous	183	88,0	25	12,0	208	100
Oui, certains	18	75,0	6	25,0	24	100
Non, aucun	7	77,8	2	22,2	9	100
Total	**208**	**86,3**	**33**	**13,7**	**241**	**100**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0,1) supérieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il n'y a aucune relation entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « connaissance de la gratuité des vaccins ».

4.8. Perception de l'efficacité de la vaccination

La vaccination de tous les enfants depuis la naissance est plus fréquente chez les répondants qui pensent que les vaccins sont efficaces (92,8% ; 193/208). En outre, 75% (18/24) des enquêtés qui ont déclaré avoir vacciné certains de leurs enfants et 88,9% (8/9) des répondants n'ayant vacciné aucun enfant pensent que la vaccination est efficace. Par contre, 7,2% (15/208) des participants qui ont vacciné tous leurs enfants, et 25% (6/24) des répondants qui ont vacciné certains enfants pensent que les vaccins ne sont pas efficaces.

Tableau 21 *: vaccination des enfants depuis la naissance et perception de l'efficacité de la vaccination*

Vaccination des enfant(s) depuis la naissance	**Perception de l'efficacité de la vaccination**					
	Oui		**Non**		**Total**	
Oui, tous	193	92,8	15	7,2	208	100
Oui, certains	18	75,0	6	25,0	24	100
Non, aucun	8	88,9	1	11,1	9	100
Total	**219**	**90,9**	**22**	**9,1**	**241**	**100**

L'analyse de la corrélation avec le test de Chi2 a généré une valeur p (0.01) inférieure au seuil de signification (0,05). Cela signifie qu'il y a relation statistiquement significative entre la variable « vaccination des enfants depuis la naissance » et la variable « perception de l'efficacité de la vaccination ».

4.9. Vaccination au cours des douze derniers mois

Un total de 208 participants a déclaré avoir vaccinés tous leurs enfants. Parmi ces derniers, une proportion de 13,46% (28/208) l'ont fait il y plus de douze mois ; et 7,69% (16/208) ont vacciné juste certains de leurs enfants au cours des douze derniers mois.

Tableau 22 *: répartition de la vaccination des enfants au cours des 12 derniers mois*

Vaccination des enfants au cours des 12 derniers mois	**Fréquences**	**Pourcentages**	**Pourcentages cumulés**
Oui, tous	164	78,85	78,85
Oui, certains	16	7,69	86,54
Non, aucun	28	13,46	100
Total	**208**	**100**	

4.10. Enfants zéro doses et sous vaccinés

Tableau 26 *: répartition des enfants zéro doses et sous vaccinés*

Vaccins reçus	**Fréquences**	**Pourcentages**	**Pourcentages cumulés**
Penta 1	42	17,43	17,43
Penta 3	45	18,67	36,1
Penta 1 et penta 3	145	60,17	96,27
Aucun	9	3,73	100
Total	**241**	**100**	

La majorité des répondants (17,43 %) ont déclaré que leurs enfants ont le reçu le Penta1 contre (36,1%) des enfants ayant reçus le Penta3. Les répondants ayant déclaré que leurs enfants ont reçu le Penta 1 et le Penta 3 représentent 96,27% tandis que 3,73% ont déclaré qu'ils n'ont donné aucune dose de Penta 1 et 3 à leurs enfants.

Penta 1	**Connaissance du calendrier vaccinal**					
	Oui		Non		Total	
	n	%	n	%	n	%
Oui	121	61,7	75	38,3	196	81,3
Non	29	64,4	16	35,6	45	18,7
Total	**150**	**62,2**	**91**	**37,8**	**241**	**100**

Parmi les répondants qui connaissent le calendrier vaccinal, 61,7% ont déclaré que leurs enfants ont reçu le Penta 1 contre 64,4%. Par ailleurs, 38,3% des participants ne connaissant pas le calendrier vaccinal ont des enfants ayant reçus le Penta contre 35,6% avec des enfants n'ayant

pas reçu le Penta1. Le test de chi2 indiquant une valeur (p=0,7) démontre que la relation statistique non significative entre la vaccination du Penta1 et la connaissance du calendrier vaccinal.

Penta 1	Tranches d'âges															
	20-24 ans		25-29 ans		30-34 ans		35-39 ans		40-44 ans		45-49 ans		50 ans et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	32	16,3	51	26,0	40	20,4	37	18,9	18	9,2	8	4,1	10	5,1	196	81,3
Non	8	17,8	4	8,9	13	28,9	6	13,3	7	15,6	4	8,9	3	6,7	45	18,7
Total	**40**	**16,6**	**55**	**22,8**	**53**	**22,0**	**43**	**17,8**	**25**	**10,4**	**12**	**5,0**	**13**	**5,4**	**241**	**100**

Les répondants dont l'âge est compris entre 45 et 49 ans (4,1%) et 50 ans et plus (5,1%) sont moins enclin à vacciner leurs enfants avec le Penta 1. Les enquêtés qui ont déclaré avoir vaccinés leurs enfants avec le Penta 1 sont plus représentatifs dans les tranches d'âge de 25 à 29 ans (26,0%) et 30 à 34 ans (20,4%). Pour ce qui est des répondants n'ayant pas vaccinés leurs enfants avec le Penta 1, la majorité se trouve dans les tranches d'âge de 30 et 34 ans (28,9%) et 20 à 24 ans (17,8%). Les résultats du test de chi2 indiquant une valeur p=0,1 montre une relation statistique non significative entre la vaccination avec le Penta 1 et l'âge.

Penta 1	**Milieu de résidence**							
	Zone urbaine défavorisée		Zone rurale reculée / Difficile d'accès		Zone affectée par l'insécurité		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	129	65,8	29	14,8	38	19,4	196	81,3
Non	26	57,8	0	0,0	19	42,2	45	18,7
Total	**155**	**64,3**	**29**	**12,0**	**57**	**23,7**	**241**	**100**

En zone urbaine défavorisée, les enquêtés qui ont vacciné leurs enfants avec le Penta 1 représentent 65,8%, contre 14,8% en zone rurale reculée / difficile d'accès, et 19,4% en zonz affectée par l'insécurité. En ce qui concerne les répondants ayant déclaré que leurs enfants n'ont pas reçu le Penta 1, 57,8% se trouve en zone urbaine défavorisée, et 42,2% en zone affectée par l'insécurité. Les analyse de corrélation avec le test de chi2 indiquant une valeur p=0,0) montre une relation statistique significative entre la vaccination au Penta 1 et le milieu de résidence.

earson Chi2 = 15.09 Prob = 0.0005

4. 11. Principales raisons de non vaccination des enfants

Parmi les 241 personnes ayant participé à l'étude quantitative, 9 ont déclaré qu'ils ne font pas vacciner leurs enfants. Il leur a été demandé de donner les raisons de la non-vaccination de leurs enfants. Les raisons évoquées étaient diversifiées et présentées dans le tableau ci-dessous. La raison la plus citées est l'oubli de la date du rendez-vous évoqué dans 66,7% (6/9) des cas. Les autres raisons cites sont : l'influence des tiers, dont principalement le refus du conjoint (11,1% ; 1/9), refus de l'entourage (11,1% ; 3/9). Il y a également eu un participant (11,1%, 1/9) qui a déclaré qu'ils ne savaient pas qu'il fallait vacciner les enfants. Ces personnes, bien que moins nombreux, contribuent à l'augmentation des enfants zéro doses.

Tableau 27 *: Principales raisons de non vaccination des enfants*

Principale raison de non vaccination des enfants	**Fréquence**	**Pourcentages**	**Pourcentages cumulés**
Refus de mon conjoint	1	11,1	11,1
Refus de mon entourage	1	11,1	22,2
Je ne savais pas qu'il fallait le vacciner	1	11,1	33,3
J'ai oublié la date du rendez vous	6	66,7	100
Total	**9**	**100**	

Selon les informations collectées dans le volet qualitatif, la non vaccination des enfants est justifié par la peur liée aux effets secondaires. En effet, la peur liée aux effets secondaires des premiers vaccins amène les femmes à reporter la vaccination chez les enfants. Certains pensent que le rapprochement des vaccins, ainsi que l'administration de plus d'un vaccin à un rendez-vous chez l'enfant augmentent la survenue des effets secondaires.

V- Obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination

5.1. Pression exercée par les tiers

a) La famille

Dans les communautés, les familles exercent une pression réelle ou symbolique sur ses membres. Ce qui pourrait avoir contribué à leur non adhésion à la vaccination dans la mesure où l'idéologie familiale concernant la vaccination est négative. Ce tableau démontre que 25,31% (61) des répondants ont déclarés qu'ils n'ont pas eu des discutions relatives à la vaccination en famille. Ce qui montre à suffisance que la vaccination est un sujet débattu de façon habituelle dans les familles.

Tableau 28 *: répartition des discussions avec la famille sur la vaccination*

Discussion avec la famille sur la vaccination	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Oui, tous	68	28,22	28,22
Oui, certains	112	46,47	74,69
Non, aucun	61	25,31	100
Total	**241**	**100**	

En ce qui concerne l'influence de la famille sur la décision de vacciner l'enfant, le tableau 26 montre que 31,95% des participants ont déclaré que leur décision de vacciner les enfants dépend de la décision de la famille. Parmi ces personnes, 8.3% sont influençables par tous les membres de la famille, tandis que 26,65% (57) ne sont influençables que par certains membres de la famille. Les personnes les plus écoutées lorsqu'il s'agit de prendre une décision pour la vaccination de enfants sont les maris, beaux-parents, et les personnes qui ont un niveau d'éducation élevé. A la question de savoir ce qui peut empêcher une femme de vacciner son enfant, 'un des facteurs cités est le refus du conjoint (11,1%). Les conjoints ont donc une influence notoire sur la décision des femmes à vacciner les enfants. Les propos de ce participant l'illustrent en ces termes : « *moi j'ai dit à ma femme que je ne veux pas voir des agents chez moi en train de vacciner mes enfants, donc ce n'est pas favorable, les mamans qui veulent, elles n'ont qu'à vacciner leurs enfants mais moi je dis que chez moi-même ma femme est au courant que si j'entends même et que j'arrive qu'il y'a eu quelque chose hum* ». (DS Nkolndongo)

Tableau 29*: répartition influence de la famille sur la décision de vacciner*

Influence de la famille sur la décision de vacciner	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés

Oui, tous	20	8,3	8,3
Oui, certains	57	23,65	31,95
Non, aucun	164	68,05	100
Total	**241**	**100**	

b) Les amis

Les amis exercent une pression non négligeable à la prise de décision, surtout lorsqu'il s'agit de décider de la vaccination des enfants. En effet, la vaccination fait partie des thématiques discutées entre les amis. Le tableau 28 révèle que plus de la moitié des participants (73,44%) ont déclaré avoir discuté de la vaccination entre amis.

Tableau 30*: répartition discussion avec les amis sur la vaccination*

Discussion avec les amis sur la vaccination	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Oui, tous	52	21,58	21,58
Oui, certains	125	51,87	73,44
Non, aucun	64	26,56	100
Total	**241**	**100**	

Il apparait que moins du quart des répondants (22,28%) sont influencés par les avis de leurs amis lors de la prise de décision relative à la vaccination.

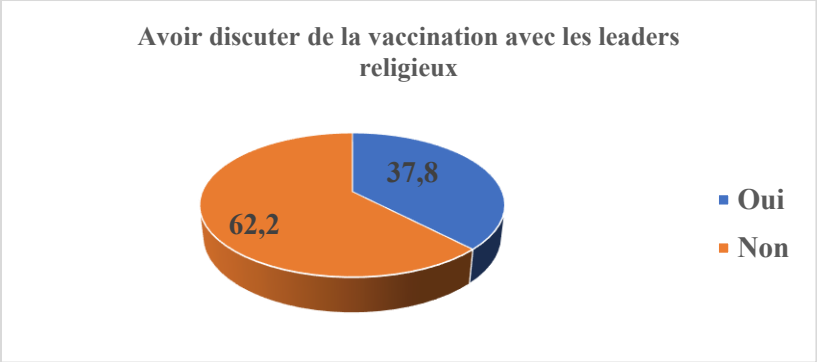
Tableau 28*: répartition influence des amis sur la décision de vacciner*

Influence des amis sur la décision de vacciner	Fréquences	Pourcentages	Pourcentages cumulés
Oui, tous	11	4,56	4,56
Oui, certains	57	23,65	28,22
Non, aucun	173	71,78	100
Total	**241**	**100**	

c) Les leaders religieux

La religion est plus ou moins susceptible d'influencer l'hésitation vaccinale de par les croyances qui y sont associées. Les fidèles veulent que leurs comportements soient cohérents avec les croyances et les valeurs de leurs églises telles que prêché par les leaders religieux. De plus en plus, les leaders religieux contribuent à la promotion de la vaccination en donnant à leurs fidèles, des informations sur le vaccin et la vaccination. Dans la figure 6, 37,8% des participants ont déclaré qu'ils ont déjà discuté de la vaccination avec leurs leaders religieux.

Figure 6 : *Répartition des discussions avec les leaders religieux*

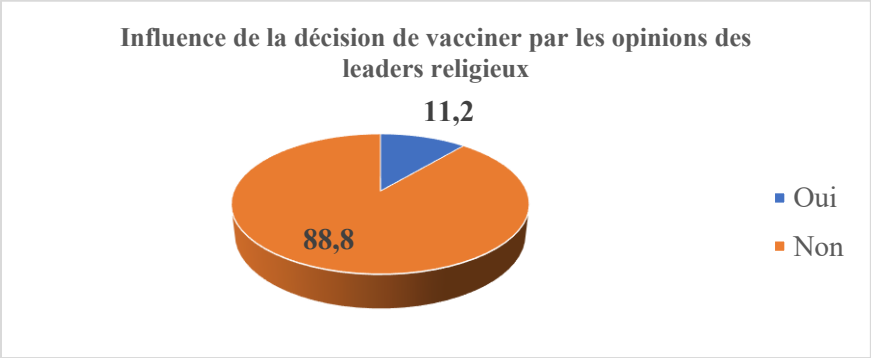


Les leaders religieux influencent les croyances et les comportements au sein des communautés de différentes manières : ils fournissent des conseils, constituent une source d'autorité révérencielle, et exercent une influence sociale. En s'appuyant sur les préceptes religieux, les leaders religieux influencent les décisions de vacciner les enfants chez certains membres de la communauté. Il ressort des données qualitatives que le leader religieux est très écouté dans la communauté. « *L'autorité religieuse mobilise et sensibilise aussi, chaque fois qu'il y a campagne de vaccination. L'autorité religieuse est très écoutée, surtout quand il fait vacciner ses enfants en premier* ». (DS Bourha) « *Si, déjà on croit à tout ce que le prêtre dit, le prêtre, pour nous c'est un envoyé de Dieu donc tout ce qu'il dit vous allez faire* » (DS Nkolndongo).

Les données qualitatives ont montré qu'il y aussi des leaders religieux notamment ceux des églises réveillées qui influencent négativement la décision de vacciner. *« Il y'a certaines églises réveillées, là-bas, lorsque quelqu'un est malade, le pasteur exige que non, il est capable de soigner. Il dit aux gens de ne pas se vacciner parce qu'il va prier pour les protéger des maladies* » (DS Nylon). « Les églises de réveillées et les Témoins Jéhovah, ils disent que le vaccin c'est pour anéantir les enfants » (DS Nkolndongo)

Selon la figure 7, 11,2% des participants ont déclaré qu'ils ont été influencés dans leur décision de vacciner les enfants par les opinions des leaders religieux.

Figure 7 : *Influence de la décision de vacciner par les opinions des leaders religieux*



VI- Facteurs influençant la demande et l'utilisation des services de vaccination

6.1. Mythes et représentations communautaire de la vaccination

De nombreux mythes existent dans la communauté au sujet de la vaccination. Ces mythes renvoient à des éléments négatifs qui présentent les vaccins comme des produits nocifs et dangereux pour la santé des enfants. Ces mythes peuvent être préoccupants, car ils relèvent des perceptions erronées sur la vaccination et sont faux. Les mythes les plus courants au sujet du vaccin et de la vaccination évoqués par les répondants sont :

- Les vaccins peuvent causer des problèmes de fertilité et réduire les chances d'avoir un bébé. Le vaccin HPV a été cité comme un exemple. Certains répondants pensent que le vaccin HPV ne devrait pas être administré aux garçons car les hommes n'ont pas d'utérus.
- Le vaccin est un poison lent envoyé par les blancs pour anéantir la race noire et ajouter les maladies chez les enfants. Certaines maladies graves sont causées par les vaccins. Selon un répondant, le cancer, la poliomyélite et le COVID 19 sont des maladies causées par les vaccins.
- Les produits naturels tels que les décoctions issues des plantes sont préférables car, ça n'a aucun effet secondaire sur les enfants. Par ailleurs, le vaccin est un corps étranger auquel le corps, surtout celui des petits enfants ne devrait pas être exposé.
- Les vaccins ne fonctionnent pas car les personnes vaccinées attrapent toujours les maladies. Une participante a témoigné qu'elle a vacciné son enfant contre la rougeole et un mois après son enfant a eu la rougeole
- Les vaccins peuvent tuer ou contaminer les enfants. Selon un participant, « *depuis que l'homme noir a commencé à se faire vacciner, il y'a de plus en plus de maladies et même de décès* ».
- Les vaccins fragilisent le système immunitaire de l'enfant alors que le lait maternel surtout le premier lait protège l'enfant des infections. Une participante a déclaré que tous ses enfants sont protégés car ils les allaitent toujours pendant vingt-quatre mois.
- La vaccination n'est pas une méthode saine parce que la sécurité des vaccins ne fait pas l'objet d'assez de tests au niveau national. C'est d'ailleurs ce que déclare ce répondant en ces termes : « *le vaccin est fabriqué chez les blancs et par les blancs, et le noir ne connait même pas ses constituants. Le vaccin peut être une méthode saine si le*

MINSANTE parvient à démontrer comment sont constitués ces vaccins et si possible crée un vaccin localement à base des produits propres au terroir camerounais avec l'apport des chercheurs camerounais »

- Dans chaque famille, il y a les maladies dont les membres sont susceptibles d'en souffrir. Les maladies à éviter par les vaccins n'existent pas dans toutes les familles et certaines n'existent même plus dans la communauté à nos jours. A cet effet, le vaccin n'est pas nécessaire pour tous les enfants. Ce répondant le dit en ces termes : « *les membres de ma famille ne connaissent pas les maladies qu'on prend les vaccins pour éviter. Donc je ne vois pas pourquoi je vais vacciner mon enfant. Il y a certaines maladies qui existaient du temps de nos parents, mais ça n'existe plus aujourd'hui. »*
- Dans une communauté, tout le monde n'a pas besoin d'être vacciné. Par conséquent, « *lorsque plusieurs personnes sont déjà vaccinées, je n'ai plus besoin de vacciner mon enfant* » (répondant FGD).

6.2. Alternatives culturelles à la vaccination

Dans les districts cibles, les enquêtés ont évoqués certains moyens alternatifs à la protection contre les maladies de façon générale et des maladies évitables par la vaccination en particulier. Pour certains, il existe des rites traditionnels qui protègeraient les enfants de certaines maladies. « *Il y'a aussi…je dirai quoi même…certains rites ! Parce qu'il y'a certaines maladies même qu'on bloque avec les rites. Avec certains rites, on peut caler certaines maladies comme la typhoïde* » (DS Nylon).

Pour d'autres, le fait que certaines maladies ciblées par la vaccination disposent de traitements issus de la pharmacopée traditionnelle, dénue tout intérêt à la vaccination. Ceux-là ont tendance à penser que l'usage de certaines plantes, des écorces et des herbes permettent de remédier aux problèmes de santé chez les enfants ; il n'y aurait par conséquent aucun intérêt à les faire vacciner « Quand on parle de typhoïde, nous sommes les bantous hein, nous connaissons…ce qui se dit…c'est que à l'l'hôpital, on calme la typhoïde mais on ne la soigne pas, c'est traditionnellement avec les plantes qu'on soigne définitivement la typhoïde » (DS Nylon) « *on utilise souvent les écorces ou les racines d'arbres pour soigner les vers, ou les fesses rouges chez les enfants »* (DS Bourha) « *Pour prévenir les maladies sur les enfants, Nous leur donnons des herbes ooh. On leur donne des herbes. Herbes traditionnelles à boire. Nous pouvons Cueillir de petites feuilles de manguier et mélangez. Nous devrions le boire pour la prévention du paludisme ou d'autres infections* » (DS Tiko) « *comment on appelle ça là,*

l'antivenimeux, oui il y'a des écorces, je dis que dès que le serpent te mord là, tu prends tu mâche, il y'a la rougeole, ainsi de suite, il y'a tout ça, on a tout ça au village, donc je ne vois même pas l'utilité de la vaccination, les plantes ne manquent pas au village » (DS Nkoldongo) « *Quand c'est pour prévenir la méningite, qu'on compose l'Odontol avec le miel, ça c'est la prévention de la méningite, ce n'est pas déjà quand l'enfant est déjà malade* » (DS Nkolndongo)

VII- Normes sociales /croyances en matière de vaccination

7.1. Croyances traditionnelles et religieuses empêchant la vaccination des enfants

Les croyances religieuses qui empêchent les parents de vacciner leurs enfants se trouvent plus dans les églises réveillées et chez les témoins de Jehova. A la question de savoir s'il y a les croyances religieuses qui empêchent les parents / tuteurs de vacciner les enfants, les réponses sont diversifiées. Selon les enquêtés, il y a les religions qui sont hostiles à la vaccination des enfants. C'est le cas des églises réveillées et des témoins de Jehova. Ces participants l'expriment en ces termes : « *Oui les églises de réveilles, ils disent que Dieu peut tout guérir* » (DS Nkolndongo) « …. *C'est une zone où il y'a une affluence des témoins de Jéhovah et là-bas, dès que tu arrives, dès que tu arrives même déjà là-bas en blanc ou en bleu, tu ne vois plus les enfants* » ; « *Il y'a les petites églises réveillées là, eux n'ont pas de problème mais là où nous avons toujours eu le problème c'est les témoins de Jéhovah. Ceux-là alors ils vous disent noo les histoires de vaccins là ils ne sont pas dedans* » » (DS Nylon). « *Ainsi, ils croient que s'ils prient durement, la maladie vous quittera* » (DS Tiko).

Il y a par contre des religions qui encouragent ou favorisent la vaccination des enfants. C'est le cas de la religion musulmane et de certaines églises chrétiennes. C'est d'ailleurs ce qui ressort dans les propos de ces répondants. « *La religion musulmane n'interdit pas la vaccination. Elle encourage plutôt car l'imam passe des communiqués sur la vaccination à la mosquée et demande aux gens d'aller vacciner les enfants* » (DS Bourrha). *« Je ne sais pas s'il y'a une église qui refuse parce que les communiqués de vaccination passent dans les églises, parce que bon moi je suis pentecôtiste, dans nos églises, les communiqués passent* » (DS Nkolndongo). « Je suis catholique, il y'a des communiqués qui passent souvent, à la fin de la messe, on dit que dans tel ou tel centre de District, amenez vos enfants, vous partez vous faire vacciner, non ils ne sont pas contre (DS Nkolndongo).).

Dans les districts cibles, il existe des croyances traditionnelles qui agissent comme barrière à la vaccination. C'est le cas des croyances portant sur les causes de la maladie. Certaines personnes pensent que les maladies sont causées par la sorcellerie et ne peuvent pas être prévenues par la vaccination. « *Ce sont les sorciers qui donnent les maladies aux gens. C'est ça qui est devant la population. Tout ce qui arrive à un enfant, c'est les sorciers* » (DS Bourrha). « *Certaines de ces maladies vous sont transmises par la sorcellerie* » (DS Tiko). D'autres personnes croient que la médecine traditionnelle peut résoudre tous les problèmes de santé. « … *Soit parce qu'ils sont en train de laver leurs enfants avec des écorces, et ils peuvent dire que la vaccination n'est pas d'abord la bienvenue dans leurs familles* ». (Bourha). « *Nos parents ont eu 100 ans sans vaccin mais en utilisant les écorces et les plantes pour se soigner* » (DS Nylon).

Un autre groupe de répondant pensent que le vaccin est un complément à la médecine traditionnelle. Dans le district de Tiko, la plupart des membres de la communauté s'appuient encore fortement sur des méthodes traditionnelles qui leur ont été transmises par l'ancienne génération et qui se sont également avérées très efficaces. De même, il existe certains problèmes de santé dans la communauté qui sont déjà connus pour être mieux résolus avec l'utilisation d'herbes ou de ces thérapies traditionnelles. Et il y a des gens dans la communauté qui sont bien connus et reconnus pour leur capacité à traiter efficacement ces maladies. Les maladies traitées uniquement par la médecine traditionnelle sont entre autres : « jeti jeti », « coin bobi », « coin belle », typhoïde, et le paludisme.

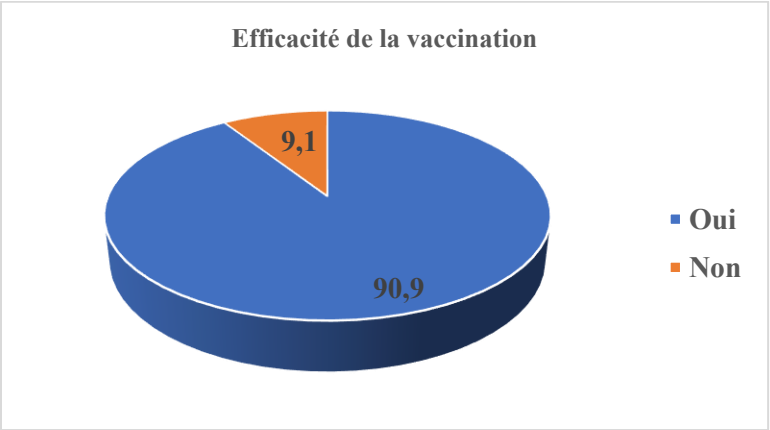
7.2. Perception de l'efficacité de la vaccination

En dépit des perceptions négatives identifiées, plusieurs enquêtés ont cependant une perception positive de l'efficacité de la vaccination. . « *La vaccination est très efficace. Parce que depuis que j'y vais, je n'ai pas vu quelqu'un de ma famille atteint de tuberculose. Parce que je sais que c'est ce BCG. Oui* » (DS Tiko). « *Pour moi c'est efficace. Parce que je vais donner un exemple sur moi. Le BCG qu'on vaccine là, je suis maintenant à 55 ans. Et jusqu'à présent on cherche à vacciner le BCG, c'est parce qu'il y a l'importance de la vaccination. C'est parce que ça sert beaucoup, ça aide beaucoup* » (DS Bourha). Pour certains répondants, la vaccination est très efficace contre la rougeole, la poliomyélite, et le paludisme. « *Le vaccin est efficace puisqu'ils évitent plusieurs maladies* notamment la rougeole, la poliomyélite, et le paludisme. ». (DS Nkolndongo). « *Les vaccins sont efficaces pour prévenir les maladies parce que quand l'épidémie arrive, ceux qui sont bien vaccinés évitent et ça fait un plus d'économies que l'enfant ne tombe pas malade à tout moment pour dépenser dans des hôpitaux* » (DS Nylon)

Cependant, des idées négatives persistent chez certaines personnes dans la communauté. *« La vaccination n'est pas efficace mais la vaccination est un poison qui tue à petit feu »*. (DS, Nkolndogo). « *J'ai vacciné mon enfant, mais il fait la rougeole, automatiquement même, tu vas te demander même qu'est-ce que le médicament là a servi donc à quoi ? Ce qu'on donne comme rumeur là, ça peut être ça hein. Au lieu de protéger contre les maladies c'est plutôt pour faire un autre travail* » (DS Nkolndongo).

Les données quantitatives montrent également que 9.1% des répondants ont déclaré que le vaccin n'est pas efficace. Cette proportion reste très faible par rapport celle des répondants qui pensent que le vaccin est efficace. Mais elle contribue à l'augmentation des enfants zéro doses et sous vaccinés.

Figure 8 : *Efficacité de la vaccination*



7.3. Manifestations Post-Vaccinales Indésirable (MAPI) des vaccins

Les vaccins peuvent provoquer des Manifestations Post-Vaccinales Indésirables chez certaines personnes. Bien qu'elles soient mineures et passagères, elles sont perçues par la communauté comme un danger pour la santé. Ce qui constitue des obstacles à la vaccination. Le tableau ci-dessous montre que 1/3 (33%) des répondants trouvent les MAPI inquiétantes (26,97%) ou très préoccupantes (6,22%). Par ailleurs, 30,71% (74) n'ont pas d'opinions concernant les MAPI des vaccins. Ceci pourrait s'expliquer par un faible niveau de connaissance sur les MAPI des vaccins, ainsi que leur prise en charge. La peur des effets indésirables constitue une raison à l'hésitation vaccinale dans les communautés. Un répondant déclare ceci à ce sujet : « *La plupart du temps, les enfants qui sont vaccinés soit ils développent des fièvres, parfois on ramène l'enfant à l'hôpital parce qu'il a fait une fièvre, il n'a pas dormi, il a pleuré toute la nuit, on a*

connaissance de ce genre de choses qui arrivent, qui sont très fréquentes surtout chez les nouveaux- nés » (DS Nkolndongo). « *Comme la CPS peut vacciner ton enfant vraiment il commence à vomir, à faire la diarrhée. On supporte, on emmène l'enfant à l'hôpital si c'est grave. Mais si ce n'est grave on patiente, ça va aller* ». (DS Bourha). « *L'enfant chauffe après s'être vacciné et c'est ce qui empêche souvent les mamans à amener leurs enfants à la vaccination. Et de fois avant la vaccination, la maman ne dit pas au vaccinateur que l'enfant est souffrant, c'est ce qui aggrave souvent la maladie après la prise de vaccin* » (DS Bourha).

Tableau 31 : *Opinions sur les MAPI des vaccins*

Opinions sur les MAPI des vaccins	**Fréquences**	**Pourcentages**	**Pourcentages cumulés**
Inquiétant	65	26,97	26,97
Neutre	74	30,71	57,68
Pas préoccupant	87	36,1	93,78
Très préoccupant	15	6,22	100
Total	**241**	**100**	

La majorité des participants qui pensent que les MAPI sont inquiétants se trouvent dans la zone urbaine défavorisée (72,3% ; 47/65), et la minorité se trouve dans la zone rurale reculée / difficile d'accès (4,6%, 3/65). Par ailleurs, les répondants qui trouvent les MAPI très préoccupantes sont fortement représentés dans la zone affectée par l'insécurité (53,3% ; 8/15) et dans la zone urbaine défavorisée (46,7% ; 7/15). Dans la zone reculée / difficile d'accès, aucune personne n'a trouvé les MAPI très préoccupantes.

Tableau 32 : *Opinions sur les MAPI des vaccins et Milieu de résidence*

Opinion sur les MAPI des vaccins	**Milieu de résidence**							
	Zone urbaine défavorisée		**Zone rurale reculée / Difficile d'accès**		**Zone affectée par l'insécurité**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Inquiétant	47	72,3	3	4,6	15	23,1	65	100
Neutre	46	62,2	12	16,2	16	21,6	74	100
Peu préoccupant	55	63,2	14	16,1	18	20,7	87	100
Très préoccupant	7	46,7	0	0,0	8	53,3	15	100
Total	**155**	**64,3**	**29**	**12,0**	**57**	**23,7**	**241**	**100**

CONCLUSION :

La présente recherche porte sur les déterminants socio comportementaux de la vaccination dans les districts de santé de Nkolndongo, Tiko, Nylon et Bourha du Cameroun. Elle interroge surtout les facteurs socio-comportementaux qui influencent la vaccination dans les communautés ayant des enfants ZD et sous vaccinés. L'analyse de la littérature a permis de mettre en évidence un certain nombre de facteurs socio-comportementaux associés au statut vaccinal de l'enfant zéro dose et sous vacciné au Cameroun. Parmi ces facteurs, il y a la méconnaissance de l'importance de la vaccination par les mères, la sensibilisation et l'éducation des parents, la peur des effets secondaires. D'autres facteurs ont été identifiés dans la littérature à savoir : des rumeurs et des informations erronées. Cependant il est ressorti de la revue de la littérature que très peu d'études ont été conduites sur l'identification des facteurs socio-comportementaux associés à l'augmentation des enfants zéro dose et sous vaccinés, notamment dans les districts de Nkolndongo, Tiko, Nylon, et Bourha. En prenant en considération les données déjà existantes dans la littérature, cette étude analyse les facteurs socio-comportementaux dans les districts cibles, afin de déterminer les données de base qui permettront évaluer les interventions conduites en communauté pour réduire le nombre des enfants zéro doses et sous vaccinés. Pour y parvenir, la recherche s'est fixée comme objectif général de mener des recherches socio-comportementales en collaboration avec le PEV pour contribuer à la réduction des enfants zéro dose et sous immunisés dans les communautés oubliées, les zones reculées et difficiles d'accès, et les zones en situation d'insécurité.

Le premier objectif était de décrire les connaissances des hommes et des femmes dans les districts sanitaires ciblés, en matière de vaccination. Les résultats de l'étude montrent que tous les participants ont déjà entendu parler de la vaccination. La plupart des participants considèrent les vaccins comme un moyen de prévenir les maladies, tandis que d'autres les voient comme un outil de prévention des maladies et de renforcement du système immunitaire. De nombreuses personnes ne connaissent pas le calendrier vaccinal. La majorité des parents camerounais savent que les vaccins sont gratuits pour les enfants de moins de deux ans, mais certains accessoires sont payants. Malgré les efforts de la communauté, la méconnaissance de la gratuité des vaccins persiste.

Le deuxième d'identifier les obstacles à la demande et à l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes. Les obstacles à la demande et à l'utilisation des services de

vaccination par les hommes et les femmes identifiés dans cette étude sont : la peur des effets indésirables, un sentiment partagé de la faible innocuité des vaccins et son efficacité ; la méfiance attachée aux différentes représentations sur les vaccins, notamment que ceux-ci rendent les femmes stériles, la peur de la mort, et la stigmatisation dans certains milieux religieux.

Le troisième objectif était d'identifier les facteurs qui favorisent la demande et l'utilisation des services de vaccination par les hommes et les femmes : les facteurs favorisant la demande et l'utilisation des services de vaccination sont l'information de la population, la déconstruction des théories de complot sur les vaccins et des mythes sur les vaccins, la communication sur les vaccins et la vaccination, et la gratuité des accessoires des vaccins. Il a été remarqué que certaines religions favorisent la demande et l'utilisation des services de vaccination à travers des conseils donnés par les leaders, et des informations en lien avec les vaccins communiqués lors des offices religieuses.

Le quatrième objectif d'analyser les normes sociales /croyances liées au genre qui favorisent ou défavorisent le recours à la vaccination : Les résultats ont montré que la vaccination est souvent intégrée dans les représentations comme étant de la responsabilité de la mère. Mais la prise de décision de vacciner les enfants relève très souvent de l'autorité du père. Dans certains l'autorisation de vacciner les enfants n'est pas donnée à la femme notamment en raison des attitudes hostiles des hommes à la vaccination. On a également relevé la faible implication des hommes dans la vaccination. La plupart des temps, c'est la femme qui doit amener les enfants à la vaccination. Il y a des croyances religieuses qui présentent les vaccins comme des produits qui améliorent la santé des enfants. Cependant, les églises réveillées et les témoins de Jehova agissent comme des freins à la demande et l'utilisation des services de vaccins. Ils croient que la santé et la guérison sont données par Dieu. Par conséquent, le recours aux prières suffit pour améliorer la santé. Certaines traditions ont des croyances négatives sur les vaccins, leur efficacité et leur innocuité. Selon ces traditions, les méthodes traditionnelles sont plus efficaces que les vaccins.

Recommandations

Observation 1

La désinformation sur la vaccination est très rependue dans les communautés. Il existe des mythes et des rumeurs sur la vaccination qui renforcent l'hésitation vaccinale dans les districts cibles.

Recommandation1

Il faut développer un programme d'information et d'éducation pour déconstruire ces mythes et donner la bonne information à la communauté.

Observation 2

Il existe dans les districts cibles des alternatives à la vaccination notamment les rites, les plantes, les écorces, les herbes, et les prières. Certains pensent que ces méthodes sont plus efficaces que les vaccins présentés comme des poisons ou des produits utilisés pour rendre stériles les populations. Le recours à ces méthodes se fait dans les aspects préventifs et curatifs de la maladie chez les enfants.

Recommandation 2

2.1. Développer des outils d'information, d'éducation et de communication qui apportent une information adaptée sur les vaccins, leur utilité et le calendrier vaccinal

Observation 3

La peur des effets secondaires liés à la vaccination et la peur de la mort suite à la vaccination persistent au sein des communautés.

Recommandation 3

Il faut développer un outil de communication pour informer les populations sur l'identification et la gestion des manifestations post-vaccinale indésirables

Observation 4

Les croyances traditionnelles sur la santé et la maladie influencent la décision de vacciner les enfants. Il s'agit notamment des croyances que certaines pathologies sont mystiques.

Recommandation 4

Il convient d'élaborer des outils de d'information et d'éducation pour la santé illustrés, qui mettent un accent sur l'étiologie des maladies évitables par vaccination, ses manifestations et le processus d'immunisation suite à la vaccination.

ANNEXES

SYNTHESE DES ENTRETIENS ET FOCUS GROUP PAR DISTRICT DE SANTE			
Profil	**Genre**	**Date**	**Lieu**
District de santé de Nkolndongo			
Personnel de santé 1 (homme)	Masculin	05/05/2025	Yaoundé
COSA 1	Masculin	05/05/2025	Yaoundé
COSA 2	Masculin	05/05/2025	Yaoundé
Leader associatif (Bayam Salam)	Féminin	06/05/2025	Yaoundé
Responsable APE (femme)	Féminin	07/05/2025	Yaoundé
FGD homme ayant vaccinés	Masculin	07/05/2025	Yaoundé
Leader traditionnel	Masculin	07/05/2025	Yaoundé
Personnel de santé 2 (femme)	Féminin	08/05/025	Yaoundé
FGD femme ayant vaccinés	Féminin	08/05/025	Yaoundé
FGD Hommes FGD Hommes ayant enfants ZD/SI	Masculin	08/05/2025	Yaoundé
Leader associatif (handicapé (Promandhicam))	Féminin	13/02/2025	Yaoundé
Leader associatif (Religieux)	Masculin	09/05/2025	Yaoundé
Leader religieux (Pasteur)	Masculin	09/05/2025	Yaoundé
Entretien groupé des femmes ayant enfants ZD/SI	Féminin	16/05/2025	Yaoundé
Responsable APE (Homme)	Masculin	16/05/2025	Yaoundé
District de santé de Nylon			
Cosadi	Féminin	14/05/2025	DS Nylon
Cosa	Masculin	14/05/2025	AS Sobum
Leader communautaire	Masculin	14/05/2025	AS Sobum
Leader Association Gon A Bekombo	Féminin	14/05/2025	AS Bonadiwotto
Personnel de santé	Masculin	14/05/2025	AS Bonadiwotto
Leader communautaire	Masculin	15/05/2025	AS Bonadiwotto
Leader Association AJOCES Leader	Masculin	15/05/2025	AS Oyack1
Leader Association femmes d'Oyack 1	Féminin	15/05/2025	AS Oyack1
Personnel de santé	Féminin	15/05/2025	AS Oyack1
APE	Féminin	15/05/2025	AS Oyack1
APE	Féminin	15/05/2025	AS Oyack1
FGD parents d'enfants vaccinés	Féminin	17/05/2025	AS Oyack1
FGD parents d'enfants vaccinés	Masculin	17/05/2025	AS Oyack1

District de santé de Tiko			
Resp. PTA	Masculin	15/05/2025	Tiko
COSA	Féminin	15/05/2025	Tiko
Chef religieux/traditionnel	Masculin	16/05/2025	Tiko
Représentant, Association	Féminin	16/05/2025	Tiko
Femme soignante	Féminin	15/05/2025	Tiko
Travailleur de la santé de sexe masculin	Masculin	15/05/2025	Tiko
Handicapé respiratoire	Masculin	15/05/2025	Tiko
Association des parents d'élèves (APE)	Masculin	15/05/2025	Tiko
District de santé de Bourha			
FGD avec parents ayant d'enfants vaccinés	Féminin	09/05/2025	AS Mbola
FGD avec parents ayant d'enfants vaccinés	Masculin	09/05/2025	AS Mbola
FGD avec parents ayant d'enfants sous-immunisés	Féminin	10/05/2025	Bourha
FGD avec parents ayants d'enfants sous-immunisés	Masculin	10/05/2025	Maganack
IIA avec leader religieux	Masculin	11/05/2025	Bourha
IIA avec personnel de santé	Féminin	10/05/2025	CSI de Bourha
IAA avec personnel de santé	Masculin	11/05/2025	HD de Bourha
IIA avec le président du COSADI	Masculin	11/05/2025	Bourha
IIA avec membre d'APE	Féminin	11/05/2025	Bourha
IIA avec membre d'APE	Masculin	10/05/2025	Bourha
IIA avec leader associatif	féminin	11/05/2025	Bourha
IIA avec leader associatif	Masculin	12/05/2025	Bourha
IIA avec leader associatif	Masculin	12/05/2025	Bourha

Connaissance de la vaccination et niveau d'éducation des participants

Vaccination des enfants depuis la naissance	**Niveau d'éducation des participants**													
	Aucune éducation formelle		**Primaire**		**Secondaire**		**Université**		**Ne sait pas**		**Autre**		**Total**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Oui, tous	16	7,7	55	26,4	88	42,3	41	19,7	7	3,4	1	0,5	208	100
Oui, certains	2	8,3	2	8,3	10	41,7	8	33,3	2	8,3	0	0,0	24	100
Non, aucun	0	-	0	0,0	3	33,3	6	66,7	0	0,0	0	0,0	9	100
Total	**18**	**7,5**	**57**	**23,7**	**101**	**41,9**	**55**	**22,8**	**9**	**3,7**	**1**	**0,4**	**241**	**100,0**

QUESTIONNAIRE ETUDE DE BASE DU PROJET PILOTE CARE GROUP

Bonsoir Madame, Monsieur, Mademoiselle.

Je m'appelle _____

Je travaille pour l'Institut pour la Recherche le Développement Socio-économique et la Communication (IRESCO). En collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et le Programme Elargi de Vaccination (PEV) qui finance le **Project Pilote Care Group**, nous menons une étude de base dans les ménages des Districts de santé de Bourha (Extrême-Nord), Nkoldongo (Centre), Nylon (Littoral) et Tiko (Sud-Ouest) sur la Santé et particulièrement la vaccination des enfants de moins de cinq ans. Les résultats de cette enquête aideront les ménages à mieux préserver la santé les enfants de moins de cinq ans en les faisant vacciner. Avec votre permission, j'aimerais vous poser des questions portant sur la prévention des maladies évitables par la vaccination. Étant donné que les informations que vous allez partager avec nous seront d'une grande utilité pour nous permettre de développer un programme qui permettra d'améliorer la santé des populations, j'aimerais que vos réponses aux questions soient sincères.

S'il vous plait, à titre de rappel votre participation à cette étude est volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou bien désister pendant l'interview.

Merci d'avance pour votre participation car chacune des personnes sélectionnées comme vous et qui participe, les informations collectées seront très utiles.

Vos réponses aux questions seront strictement confidentielles. Personne ne saura vos réponses aux questions. Votre nom ne sera pas porté sur le questionnaire.

Acceptez-vous de répondre à nos questions ?

Oui	**1**
Non	**0 → FIN**

SECTION 0: IDENTIFICATION

N⁰	Questions et filtre	Codes	Basculer vers
001	Questionnaire numéro	[__|___|___|__]	
002	Nom et code de l'enquêteur	....._[__|_____ _	
003	Région	Extrême-Nord 1 Centre 2 Littoral 3 Sud-Ouest 4	
004	District de Santé	Bourha 1 Nkoldongo 2 Nylon 3 Tiko 4	
005	Aire de santé	....._[__|_____	
006	Lieu de résidence du répondant	Urbain 1 Rural 2	
007	Nom du chef de Ménage	_____	Cette identification sera exclue des analyses
008	Nom du quartier/Village	_____	
009	Grappes/ZD number: [__|__|__]	N° structure : [__|__|__]	Numéro du village : [__|__|__]

010	Heure du début de l'étude	[__|__] h [__|__] mn

I. Informations Démographiques

1.1	Sexe du répondant	1 - Masculin 2 - Féminin	
1.2	Quel âge avez-vous ? ***Note: Entrer l'âge en années révolues***	|__|__| années	
1.3	Quelle est votre année de naissance ? ***Note : Il est important d'avoir une bonne estimation de l'année. Si l'enquêté ne connait pas sa date de naissance, entrer 1900***	|__|__| |__|__|	
1.4	Quelle est votre religion ? ***Instructions : Ne pas lire à voix haute les choix de réponses***	0 - Aucune 1 - Chrétienne 2 - Musulmane 98 - Autre	98 => Q. 1.5-Autre
1.5 Autre	Autre, précisez	Texte	
1.6	Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous avez atteint ? ***Instructions : Ne pas lire à voix haute les choix de réponses***	0 – Aucune éducation formelle 1 - Primaire 2 – Secondaire 3 – Université 4 – autre …… -99 – Ne sait pas	
1.7	Quelle est la source d'eau potable principale pour le ménage ? *Instruction : Lire les choix de réponses si besoin*	1 - Eau courante 2 - Robinet public / borne-fontaine / kiosque 3 - Puits tubulaire, forage 9 - Camion-citerne 10 - Chariot avec petit réservoir / baril 11 - Eau de surface (, barrage, lac, étang, canal, canal d'irrigation, trou dans le lit de la rivière) 12 - Eau minérale	

		4 - Puits protégé 5 - Puits non protégé 6 - Eau de source (rivière, ruisseau) 8 - Collecte des eaux de pluie (Bally)			
1.8	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède un compte bancaire ?	1 – Oui 0- Non			
1.9	Est-ce que votre ménage possède les choses suivantes en état de fonctionner ?				
a)	Téléphone mobile	1 - Oui 0- Non			
b)	Frigo	1 - Oui 0- Non			
c)	Télévision	1 - Oui 0- Non			
d)	Radio	1 - Oui 0- Non			
e	Ventilateur	1 - Oui 0- Non			

1.10	Pendant les 30 derniers jours, quel était votre **principal** travail rémunéré ? ***Une seule réponse possible.*** ***Ne pas lire les modalités de réponse***	1 – Employé de maison/travail ménager 2- Agriculture/Elevage 3 – Artisan 4- Pêche 5 - Exploitation minière 6 - Couture 7 - Coiffure 8 - Infirmière ou professionnel de la santé 9 - Enseignant 10 - Employé de bureau 11 - Vendeur 98 - Autre	98=>Q.1.11
1.11	Autre, précisez	……..	

N	QUESTION	REPONSE	Aller à
1.12	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?	1 - Mariée 2 - Concubinage 3 – Divorcée/ Séparée 4 - Veuve 5 – Célibataire et jamais mariée	

1.13	A quel âge vous êtes-vous mariée/ vous êtes-vous mise en concubinage pour la première fois ?	|___||___| années -99 si ne sait pas	

II. Comportements de Vaccination

N	QUESTION	REPONSE				Aller à
2.1	Combien d'enfant avez-vous?	|___||___|				
2.2	Avez-vous vacciné votre/vos enfant(s) depuis la naissance ?	1 – Oui, tous 2- Oui, certains 3- Non, aucun				
2.3	Avez-vous vacciné votre/vos enfants au cours des 12 derniers mois ?	1 – Oui, tous 2- Oui, certains 3- Non, aucun				Si 3, aller à Q2.5
2.4	Quels vaccins ont-il(s) reçu(s) ?		Oui	Non	NSP	
		Penta 1	1	2	9	
		Penta 3	1	2	9	
2.5	Si non, quelle est la **principale** raison pour laquelle ils n'ont pas été vaccinés ? ***Une seule réponse possible***	1- Eloignement de la FOSA 2- Mauvais état des routes 3 – FOSA toujours fermée 4- Rupture de stock de vaccins 5 – Refus de mon conjoint 6 – Refus de mon entourage 7 – Refus de mon église 8 – Vaccins pas surs 9 – Vaccins trop chers 10 – Je ne savais pas qu'il fallait le vacciner 11 – J'ai oublié la date du rendez vous 98 – Autre……				
2.6	Connaissez-vous le calendrier vaccinal (les jours et les mois pour se vacciner)	1 - Oui 0- Non				Si oui, demander à voir
2.7	Quels sont les différents vaccins gratuits ***Ne pas lire les noms des vaccins. Encercler 1 pour chaque vaccin cité. Encercler 0 pour chaque vaccin non cité***		Oui	Non		
		BCG	1	0		
		VPO	1	0		
		PNEUMO	1	0		
		PENTA 1	1	0		
		PENTA 2	1	0		
		PENTA 3	1	0		
		ROTA	1	0		
		VPI	1	0		
		VAP1	1	0		
		VAP2	1	0		
		VAP3	1	0		
		VAR/RR	1	0		
		VAA	1	0		

2.8	Savez-vous que la vaccination est gratuite chez les enfants de moins de 2 ans	1 - Oui 0- Non	

III. Croyances et Attitudes

N	QUESTION	REPONSE	Aller à
3.1	Pensez-vous que la vaccination est efficace ?	1 - Oui 0- Non	
3.2	Quelle est votre opinion sur les effets secondaires des vaccins ?	1- Inquiétant 2- Neutre 3 – Peu préoccupant 4-Très préoccupant	
3.3	Vos croyances religieuses influencent-elles votre décision de vaccination	1 - Oui 0- Non	
3.4	Vos croyances culturelles influencent-elles votre décision de vaccination	1 - Oui 0- Non	

IV. Influence Sociale

N	QUESTION	REPONSE	Aller à
4.1	Avez-vous discuté de la vaccination avec les membres de votre famille ?	1 - Oui 0- Non	
4.2	Les opinions de votre famille influencent-elles votre décision de faire vacciner vos enfants ?	1 - Oui 0- Non	
4.3	Avez-vous discuté de la vaccination avec vos amies ?	1 - Oui 0- Non	
4.4	Les opinions de vos amies influencent-elles votre décision de faire vacciner vos enfants ?	1 - Oui 0- Non	
4.5	Avez-vous discuté de la vaccination avec les responsables de votre église ?	1 - Oui 0- Non	
4.6	Les opinions des responsables de votre église influencent-elles votre décision de faire vacciner vos enfants ?	1 - Oui 0- Non	

NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE PARTICIPATION

Guide du FGD

Cible : Hommes ayant enfants ZD/SI, femmes ayant enfants ZD/SI, agents vaccinateurs, Hommes ayant enfants vaccinés, femmes ayant enfants vaccinés

Introduction

Bonjour

Je m'appelle ……..,

Je travaille pour le compte de IRESCO.

Information

IRESCO mène pour le compte du PEV, une recherche sur les facteurs comportementaux et sociaux sur la vaccination.

L'objectif est d'identifier et analyser les barrières comportementales et sociales à la vaccination dans les zones rurales et urbaines réputées zéro dose et sous immunisés. Pour répondre à cet objectif, nous collecterons les informations dans les localités de Bourha/Nkolndongo/Nylon/Tiko. Vous faites partie des personnes qui peuvent nous donner des informations sur la question qui nous intéresse. De ce fait, je vous serais reconnaissant(e) d'accepter d'y participer. Les informations que vous fournirez pourront aider à planifier et améliorer les services de santé.

Confidentialité et anonymat

Les renseignements que vous fournirez seront confidentiels, car ils seront enregistrés sous anonymat. Ils ne seront utilisés qu'à des fins de recherche. Ils seront également codifiés et archivés sous anonymat.

La participation est volontaire. Si à un moment donné, vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre à certaines questions, vous pouvez choisir de ne pas y répondre. Vous pouvez également choisir de vous retirer de la discussion à tout moment. Cependant, nous souhaitons que vous participiez à cette discussion jusqu'à la fin, puisque vos points de vue sont importants.

La discussion durera environ 1h00 de temps. Tout ce qui est dit dans cette salle restera confidentiel, et nous ne divulguerons pas votre participation à cette discussion. La discussion sera enregistrée sur cet appareil [*montrer l'enregistreur numérique*] pour que nous puissions

avoir une transcription fidèle de tout ce qui a été dit ici. Mon assistant prendra des notes aussi pour nous aider. Est-ce que vous avez des questions ?

Pouvons-nous commencer la discussion ?

Heure de début……..

Section 0 : Questions d'ordre général

1. Quels sont les principaux problèmes de santé auxquels les enfants de votre communauté font souvent face ?
2. Où est-ce que les membres de votre communauté vont généralement avec leurs enfants *(vers qui se tournent-elles)* lorsqu'ils ont de tels problèmes ?
3. Comment se soignent les enfants de votre communauté?
4. Quelles sont les difficultés que les parents ou tuteurs des enfants de votre communauté rencontrent pour soigner leurs enfants quand ils sont malades ? *(Lier chaque difficulté à une maladie)*

Section 1 : Connaissances en matière de vaccination

1.1. Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination ? (*si oui, explorer la source d'information, la définition de la vaccination. Si non ou connaissances approximatives, donner la bonne définition puis continuer l'exploration).*

1.2. A quoi sert la vaccination, selon-vous ?

1.3. Pensez-vous que la vaccination est utile pour améliorer la santé de vos enfants ? *(Si oui ou non, explorer pourquoi)*

1.4. Pouvez-vous lister les vaccins que vous connaissez ? On les prend pour prévenir quelles maladies ?

1.5. Les parents ou tuteurs des enfants de votre communauté ont-ils habituellement recours à la vaccination *(explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

1.6. Quels sont les personnes qui selon-vous, doivent se faire vacciner ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

1.7. Selon votre opinion et vos observations, les vaccins sont-ils efficaces pour prévenir les maladies ? *(Explorer pour tous les vaccins évoqués à 1.4 dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

Section 2 : Croyances religieuses et traditionnelles sur la vaccination

2.1. Quelles sont les croyances traditionnelles dans votre communauté qui empêchent les parents ou tuteurs de faire vacciner leurs enfants/faire vacciner les enfants de leurs proches ?

2.2. Quelles sont les croyances religieuses dans votre communauté qui empêchent les parents ou tuteurs des enfants de vacciner leurs enfants/faire vacciner de leurs proches ?

Section 3 : Rôle des stéréotypes sociaux, des us et coutumes, dans l'hésitation vaccinale

3. Comment décrit-on habituellement la vaccination dans vos familles/votre communauté ?

4. Quelles sont les histoires que les membres de la communauté racontent souvent à propos de la vaccination ?

5. Comment dans votre culture, vos coutumes, on voit le fait de vacciner ses enfants ?

6. Dans votre culture, quels sont les autres moyens de protéger les enfants contre les maladies ?

7. Pensez-vous que ces autres moyens sont plus efficaces que la vaccination ? *(Pourquoi ?)*

Section 4 : Perceptions de la vaccination par les cibles

4.1. Pensez-vous que la vaccination soit **un moyen efficace** de protection des enfants contre les risques de maladie ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.2. Pensez-vous que la vaccination soit **une méthode saine** de protection des enfants contre les risques sanitaires ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.3. Que pensez-vous des campagnes de vaccination ? *(Est-ce une opportunité pour faire vacciner vos enfants)*

4.4. Dans votre cas personnel, comme celui de vos frères, vos sœurs, vos amis, pensez-vous que la vaccination peut sauver vos vies ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.5. Selon vos observations, les vaccins ont-ils des effets négatifs sur les personnes qui se font vacciner ? *(Quels effets secondaires pour quels vaccins ?).*

4.6. Pensez-vous que le vaccin peut préserver vos enfants des maladies? *(Explorer pour chaque maladie/vs vaccin et les raisons/pourquoi).*

Section 5 : Déterminants de l'attitude négative des populations à l'égard de la vaccination

5.1. Pourquoi à votre avis, les parents ou tuteurs des enfants de la communauté ne vont pas souvent faire vacciner leurs enfants *(explorer le contrôle social, les influences familiales, le conformisme et autres mécanismes sociaux qui peuvent déterminer les comportements)* ;

5.2. Quels sont, selon vos observations, les sentiments générés par la vaccination au sein de la population ?

5.3. Les leaders communautaires encouragent-ils les membres de la communauté à faire vacciner leurs enfants ? *(Explorer le cas des leaders religieux, associatifs, communautaires, dans les cas du oui et du non, explorer les raisons/pourquoi ?)*

5.4. Pensez-vous que l'avis des leaders communautaires influence les parents ou tuteurs des enfants de la communauté à faire vacciner leurs enfants ? *(Pourquoi ?)*

Section 6 : Barrières socioculturelles liées au genre

6.1. Quelle peut être la proportion des parents ou tuteurs des enfants dans la localité qui font vacciner leurs enfants ?

6.2. Pensez-vous que les mamans et les jeunes filles sont plus d'accord pour faire vacciner les enfants contrairement aux hommes et jeunes garçons *(pouvez-vous développer votre réponse et nous dire ce qui de votre point de vue, explique cela) ?*

6.3. Les femmes sont-elles plus favorables que les hommes pour la vaccination ? *(Pouvez-vous commenter votre avis ?)*

6.4. Qu'est-ce qui peut empêcher une femme de faire vacciner son enfant ?

6.5. Qui sont les personnes qui vaccinent le plus les enfants ? *(Pauvres, nomades etc.)*

Je vous remercie pour votre participation

Heure de fin de la discussion……..

Guide EIA

Cibles : Personnel de santé, Leaders traditionnels et religieux, Responsable APE, Représentant COSA /COSADI, Leaders associatifs impliqués dans le PEV,

Introduction

Bonjour

Je m'appelle ……..,

Je travaille pour le compte de IRESCO.

Information

IRESCO mène pour le compte du PEV, une recherche sur les facteurs comportementaux et sociaux sur la vaccination.

L'objectif est d'identifier et analyser les barrières comportementales et sociales à la vaccination dans les zones rurales et urbaines réputées zéro dose et sous immunisés. Pour répondre à cet objectif, nous collecterons les informations dans les localités de de Bourha/Nkolndongo/Nylon/Tiko. Vous faites partie des personnes qui peuvent nous donner des informations sur la question qui nous intéresse. De ce fait, je vous serais reconnaissant(e) d'accepter d'y participer. Les informations que vous fournirez pourront aider à planifier et améliorer les services de santé.

Confidentialité et anonymat

Les renseignements que vous fournirez seront confidentiels, car ils seront enregistrés sous anonymat. Ils ne seront utilisés qu'à des fins de recherche. Ils seront également codifiés et archivés sous anonymat.

La participation est volontaire. Si à un moment donné, vous ne vous sentez pas à l'aise de répondre à certaines questions, vous pouvez choisir de ne pas y répondre. Vous pouvez également choisir d'arrêter l'entretien à tout moment. Cependant, nous souhaitons que vous participiez à cet entretien jusqu'à la fin, puisque vos points de vue sont importants.

L'entretien durera environ 30 minutes. Tout ce qui est dit dans cet entretien restera confidentiel, et nous ne divulguerons pas votre participation à cette discussion. La discussion sera enregistrée sur cet appareil [*montrer l'enregistreur numérique*] pour que nous puissions avoir une

transcription fidèle de tout ce qui a été dit ici. Mon assistant prendra des notes aussi pour nous aider. Est-ce que vous avez des questions ?

Pouvons-nous commencer la discussion ?

Heure de début……..

Section 0 : Questions d'ordre général

5. Quels sont les principaux problèmes de santé auxquels les enfants de votre communauté font souvent face ?
6. Où est-ce que les membres de votre communauté vont généralement avec leurs enfants *(vers qui se tournent-elles)* lorsqu'ils ont de tels problèmes ?
7. Comment se soignent les enfants de votre communauté?
8. Quelles sont les difficultés que les parents ou tuteurs des enfants de votre communauté rencontrent pour soigner leurs enfants quand ils sont malades ? *(Lier chaque difficulté à une maladie)*

Section 1 : Connaissances en matière de vaccination

1.8. Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination ? (*si oui, explorer la source d'information, la définition de la vaccination. Si non ou connaissances approximatives, donner la bonne définition puis continuer l'exploration).*

1.9. A quoi sert la vaccination, selon-vous ?

1.10. Pensez-vous que la vaccination est utile pour améliorer la santé de vos enfants ? *(Si oui ou non, explorer pourquoi)*

1.11. Pouvez-vous lister les vaccins que vous connaissez ? On les prend pour prévenir quelles maladies ?

1.12. Les parents ou tuteurs des enfants de votre communauté ont-ils habituellement recours à la vaccination *(explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

1.13. Quels sont les personnes qui selon-vous, doivent se faire vacciner ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

1.14. Selon votre opinion et vos observations, les vaccins sont-ils efficaces pour prévenir les maladies ? *(Explorer pour tous les vaccins évoqués à 1.4 dans tous les cas les raisons/pourquoi)* ?

Section 2 : Croyances religieuses et traditionnelles sur la vaccination

3. Quelles sont les croyances traditionnelles dans votre communauté qui empêchent les parents ou tuteurs de faire vacciner leurs enfants/faire vacciner les enfants de leurs proches ?

4. Quelles sont les croyances religieuses dans votre communauté qui empêchent les parents ou tuteurs des enfants de vacciner leurs enfants/faire vacciner de leurs proches ?

Section 3 : Rôle des stéréotypes sociaux, des us et coutumes, dans l'hésitation

7.1. Comment décrit-on habituellement la vaccination dans vos familles/votre communauté ?

7.2. Quelles sont les histoires que les membres de la communauté racontent souvent à propos de la vaccination ?

7.3. Comment dans votre culture, vos coutumes, on voit le fait de vacciner ses enfants ?

7.4. Dans votre culture, quels sont les autres moyens de protéger les enfants contre les maladies ?

7.5. Pensez-vous que ces autres moyens sont plus efficaces que la vaccination ? *(Pourquoi ?)*

Section 4 : Perceptions de la vaccination par les cibles

4.7. Pensez-vous que la vaccination soit **un moyen efficace** de protection des enfants contre les risques de maladie ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.8. Pensez-vous que la vaccination soit **une méthode saine** de protection des enfants contre les risques sanitaires ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.9. Que pensez-vous des campagnes de vaccination ? *(Est-ce une opportunité pour faire vacciner vos enfants)*

4.10. Dans votre cas personnel, comme celui de vos frères, vos sœurs, vos amis, pensez-vous que la vaccination peut sauver vos vies ? *(Explorer dans tous les cas les raisons/pourquoi)*

4.11. Selon vos observations, les vaccins ont-ils des effets négatifs sur les personnes qui se font vacciner ? *(Quels effets secondaires pour quels vaccins ?).*

4.12. Pensez-vous que le vaccin peut préserver vos enfants des maladies? *(Explorer pour chaque maladie/vs vaccin et les raisons/pourquoi).*

Section 5 : Déterminants de l'attitude négative des populations à l'égard de la vaccination

5.5. Pourquoi à votre avis, les parents ou tuteurs des enfants de la communauté ne vont pas souvent faire vacciner leurs enfants *(explorer le contrôle social, les influences familiales, le conformisme et autres mécanismes sociaux qui peuvent déterminer les comportements)* ;

5.6. Quels sont, selon vos observations, les sentiments générés par la vaccination au sein de la population ?

5.7. Les leaders communautaires encouragent-ils les membres de la communauté à faire vacciner leurs enfants ? *(Explorer le cas des leaders religieux, associatifs, communautaires, dans les cas du oui et du non, explorer les raisons/pourquoi ?)*

5.8. Pensez-vous que l'avis des leaders communautaires influence les parents ou tuteurs des enfants de la communauté à faire vacciner leurs enfants ? *(Pourquoi ?)*

Je vous remercie pour votre participation

Heure de fin de la discussion……..