



# **REPRESENTATIONS, ATTITUDES ET PRATIQUES AUTOUR DE LA COUVERTURE VACCINALE, DE L'ACCEPTABILITE ET DE L'APPROPRIATION COMMUNAUTAIRE DES VACCINS DU PEV AU SENEGAL**

**(Enquêtes réalisées dans les Directions Régionales de la Santé de Dakar,  
Fatick, Kédougou, Kolda, Matam, Louga, Sédhiou, Tambacounda, Thiès,  
Diourbel et Ziguinchor)**

Rapport présenté par :

Cheikh Ibrahima Niang  
Socio-anthropologue  
Email : [cniang1@yahoo.fr](mailto:cniang1@yahoo.fr)  
Téléphone : +221 77 833 94 06

Décembre 2023

Table des matières	
Liste des Sigles et abréviations.....	4
Liste des tableaux, graphiques, cartes et photos .....	5
REMERCIEMENTS .....	7
RESUME.....	8
1. INTRODUCTION .....	11
2. OBJECTIFS.....	12
3. METHODOLOGIE .....	13
3.1. Analyse des statistiques officielles et de la documentation.....	13
3.2. Collecte de données quantitatives par l'enquête par questionnaire.....	13
3.3. Méthodes et instruments de recherche qualitative .....	14
3.4. Analyse des données quantitatives et qualitatives .....	14
4. LA COUVERTURE VACCINALE ET SON EVOLUTION SELON LES STATISQUES SANITAIRES .....	15
4.1. Situation globale de la couverture vaccinale .....	15
4.2. Couverture vaccinale selon la région médicale .....	16
4.3. Evolutions dans la couverture vaccinale.....	17
5. ZONE ET POPULATIONS D'ETUDE .....	19
5.1. Les régions médicales.....	19
5.2. Districts et localités d'enquête .....	20
5.3. Population de l'enquête par questionnaire .....	21
5.4. Présentation du nouveau-né ou de l'enfant de référence (0 – 24 mois) dans l'enquête par questionnaire.....	24
5.5. Présentation de la fille/adolescente de référence dans l'enquête par questionnaire.....	25
5.6. Populations ciblées par la recherche qualitative.....	26
5.7. Cartographie des sites, des populations les plus vulnérables (susceptibles d'être socialement exclues de la vaccination) .....	27
6. « ZERO DOSE », « ZERO VACCIN », SOUS – VACCINATION ET INCOMPLETUDE SELON LA RECHERCHE DE TERRAIN EN MILIEU COMMUNAUTAIRE .....	27
6.1. Repenser les concepts théoriques et opérationnels sous l'éclairage de la recherche qualitative .....	28
6.1.1. Repréciser la notion d'enfants avec « zéro dose » et intégrer celle de « zéro vaccin » .....	28

6.1.2. Repréciser la notion d'enfants « sous-vaccinés » et intégrer celle de « non-complétude » et/ou de « vaccins manquants » .....	29
6.1.3. Repenser la notion de « Communautés manquantes » .....	30
6.2. Situation des enfants avec « zéro dose » (de Penta 1) .....	31
6.3. Situation des enfants avec « zéro vaccin » (qui n'ont reçu aucun vaccin) .....	34
6.3. Fréquence et facteurs autour des enfants sous – vaccinés (n'a pas reçu Penta 3) ..	37
6.4. N'avoir pas reçu le moindre vaccin à divers âges .....	41
6.5. Ne pas avoir reçu quelques vaccins spécifiques à divers âges .....	45
6.6. Facteurs associés à quelques vaccins non pris par les enfants de 0 à 24 mois .....	48
6.6.1. BCG .....	48
6.6.2. VPO, VPO2, VPO3 .....	49
6.7. Géographie sociale des enfants avec « zero dose », « zero vaccin », « sous-vaccinés » ou en situation de non-complétude vaccinale .....	50
6.8. Conflits d'agendas, de calendriers et de timing avec les structures fixes .....	53
6.9. Distance structurelle .....	54
6.10. Situation des mères d'enfants et rapports de genre .....	54
<b>7. REPRESENTATIONS SOCIALES, ACCEPTABILITE ET CONCEPTS CULTURELS POUR L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE .....</b>	<b>59</b>
7.1. Approche de genre des représentations et connaissances des maladies évitables par la vaccination (0-24 à mois) .....	60
7.2. Age et acceptabilité pour la vaccination des 0-24 mois .....	62
7.3. Acceptabilité du vaccin contre le VPH .....	66
7.4. Rumeurs sur les effets néfastes et perception du vaccin anti-covid19 .....	68
7.5. Communication pour l'acceptabilité des vaccins et du calendrier vaccinal .....	70
7.5.1. Les sources d'influence .....	70
7.5.2. Production de matériaux de communication dans les micro-ateliers .....	72
7.5. 3. Concepts culturels pour repenser l'engagement communautaire .....	76
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>77</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>79</b>

## **Liste des Sigles et abréviations**

**BCG** : Bacille Camette et Guérin

**DS** : District Sanitaire

**ECD** : Équipe Cadre District

**EDS** : Enquête Démographique de Santé Continue

**Hep B** : Hépatite B

**Hib** : Haemophilus Influenzae de type b

**HPV** : Human Papilloma Virus

**MSAS** : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PEV** : Programme Élargi de Vaccination

**PNDSS** : Plan National de Développement Sanitaire et Social

**PSE** : Plan Sénégal Émergent

**RR** : Rougeole- Rubéole

**SNPS** : Service Nationale de Protection Sociale

**UNICEF** : United Nation Children's Fund

**VPH** : Virus du Papillome Humain

**VPI** : Vaccin Poliomyélite Inactivé

**VPO1** : Vaccin Poliomyélite Oral

**VVA** : Vaccins Vivant Activé

## **LISTE DES TABLEAUX, GRAPHIQUES, CARTES ET PHOTOS**

### **Liste des tableaux**

- Tableau 1** : Couverture vaccinale par région (2021)  
**Tableau 2** : Type de localité pour les enquêtes de terrain  
**Tableau 3** : Répartition des enquêtés selon le sexe et le critère de sélection de la localité  
**Tableau 4** : Répartition selon le type de populations ciblées  
**Tableau 5** : Répartition des enquêtés selon leur tranche d'âge  
**Tableau 6** : Statuts socio-économiques des personnes enquêtées  
**Tableau 7** : Répartition des enquêtés selon le type d'organisations communautaires  
**Tableau 8** : Age de l'enfant de référence/sexe du parent enquêté  
**Tableau 9** : Possession d'un carnet de vaccination de l'enfant de référence selon le district  
**Tableau 10** : Récapitulatif des entretiens individuels et focus groupes dans les 15 districts ciblés  
**Tableau 11** : Prise / Non prise de Penta 1 selon le niveau d'éducation de la mère / tutrice  
**Tableau 12** : Répartition des enfants avec « Zéro dose » (de Penta 1) selon le type de localité  
**Tableau 13** : Répartition des enfants avec « Zéro dose » (de Penta 1) selon le type de localité  
**Tableau 14** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu Penta 3 selon le type de localité  
**Tableau 15** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu Penta 3 en fonction de la population ou du site d'enquête  
**Tableau 16** : Répartition des enfants n'ayant pas reçu Penta 1, Penta 2 et Penta 3 en fonction du district  
**Tableau 17** : Les enfants de 0 à 24 mois n'ayant pas reçu de vaccin à deux (2) mois et demi  
**Tableau 18** : Les enfants de 0 à 24 mois n'ayant pas reçu de vaccin à trois (3) mois et demi  
**Tableau 19** : Vaccins RR1 + VAA et RR2 reçus à 9 mois et à 15 mois  
**Tableau 20** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu BCG en fonction du type de population / site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée  
**Tableau 21** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu VPO en fonction du type de population / site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée  
**Tableau 22** : Répartition des filles / adolescentes ayant reçu le vaccin en fonction du niveau d'instruction de la mère / tutrice  
**Tableau 23** : Répartition des filles / adolescentes ayant reçu ou non le vaccin anti-HPV en fonction du type de localité  
**Tableau 24** : Lieux où le vaccin anti-HPV a été reçu, selon le District de santé  
**Tableau 25** : Corrélation entre acceptabilité vaccins anti-Covid-19 et HPV  
**Tableau 26** : Calendrier du programme élargi de vaccination (PEV) au Sénégal  
**Tableau 27** : Répartition des personnes enquêtées selon le sexe et la connaissance des maladies  
**Tableau 28** : Acceptabilité de la vaccination de l'enfant (de 0 à 24 mois) selon le sexe du répondant  
**Tableau 29** : Repères d'âge (0 – 24 mois) et maladies / symptômes  
**Tableau 30** : Acceptabilité de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus  
**Tableau 31** : Connaissance d'un cas de décès durant les 5 dernières années que les gens attribuent au vaccin selon le district

### **Liste des graphiques**

- Graphique 1** : Couverture vaccins anti-HPV par Région médicale  
**Graphique 2** : Nouveaux enfants vaccinés (Penta 1 – Penta 3) – Ecart 2020 – 2021  
**Graphique 3** : Nouveaux enfants vaccinés (RR1 – RR2) – Ecart 2020 – 2021  
**Graphique 4** : Diagramme d'approche systémique (multi-level)  
**Graphique 5** : Répartition des effectifs des enfants avec « zéro dose » (Penta 1) selon le district

**Graphique 6 :** Répartition des enfants (0 – 24 mois) n’ayant jamais reçu de vaccin selon le district

**Graphique 7 :** Non prise de vaccin selon le lieu d’accouchement de la mère / tutrice

**Graphique 8 :** Non prise (au moins une fois) du vaccin (chez les 0-24 mois) selon le type de localité (%)

**Graphique 9 :** Pourcentage des enfants « sous-vaccinés » (n’ayant pas pris Penta 3) selon le district

**Graphique 10 :** Effectifs des enfants « sous-vaccinés » (n’ayant pas pris Penta 3) selon le district

**Graphique 11 :** Effectifs des enfants n’ayant pas reçu Penta 1, Penta 2 ou Penta 3 en fonction du district

**Graphique 12 :** Ne pas avoir reçu un vaccin en fonction de l’âge (pour les effectifs de 0 – 24 mois)

**Graphique 13 :** Jumeaux n’ayant pas reçu de vaccin selon l’âge

**Graphique 14 :** Non prise de vaccin des enfants de 0 à 24 mois chez les mères célibataires

**Graphique 15 :** Pourcentage d’enfants n’ayant jamais pris de vaccin dans les espaces de mendicité, selon la catégorie d’âge

**Graphique 16 :** Pourcentage d’enfants n’ayant pas reçu VPO, VPO2, VPO3

**Graphique 17 :** Evolution (chez les femmes) des effectifs de « oui » à la question de l’universalité de la vaccination en fonction de la classe d’âge de l’enfant

**Graphique 18 :** Evolution (chez les hommes) des effectifs de « Oui » à la question de l’universalité de la vaccination en fonction de la classe d’âge de l’enfant

**Graphique 19 :** Risque de tomber malade et de handicap en fonction de l’âge de prise du vaccin

**Graphique 20 :** Acceptabilité de la vaccination des filles contre le cancer du col de l’utérus

**Graphique 21 :** Source d’influence des femmes pour la vaccination des enfants de 0 à 24 mois

**Graphique 22 :** Structure de relations centrée sur le sujet à faire vacciner

## Liste des cartes

**Carte 1 :** Régions médicales de l’étude

**Carte 2 :** Pourcentage (0-24 mois) n’ayant pas reçu, à la naissance, les vaccins ci-dessous, mentionnés (consultation de carnets de vaccination)

**Carte 3 :** Non prise de vaccin à 15 mois et demi

**Carte 4 :** Quelques sites avec une probabilité élevée d’enfants avec « zéro dose », « zéro vaccin », « sous-vaccinés » ou en situation de non-complétude (Commune de Dakar)

**Carte 5 :** Cartes des sites pour la recherche de terrain sur la question de la vulnérabilité

**Carte 6 :** Prise du vaccin HPV en fonction des districts et de la Région Médicale (%)

## Liste des photos

**Photos :** Micro atelier de co-construction de réponses à Ziguinchor

**Photos :** Micro-atelier de co-construction de réponses avec les Dimba à Kolda

**Photos :** Micro-atelier de construction de réponses sur la prise en charge des problèmes de santé de la mère et de l’enfant avec les femmes à Kédougou

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à adresser nos sincères remerciements au Ministre de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal, à la Direction de la Prévention, à la Division de l'Immunisation et à son Equipe de Communication. Nous adressons aussi nos remerciements au Bureau de l'UNICEF et au German Fund pour leur soutien technique et financier.

Nous tenons à remercier les Médecins-Chefs de Régions, les Médecins-Chefs de Districts, les Infirmiers(ères) Chefs de Poste, les sages-femmes et tout le personnel de santé des régions sillonnées pour leur soutien dans la réalisation de ce travail.

Nos remerciements vont aussi aux *bajenu gox*, aux relais communautaires et aux nombreux informateurs-clés dans les districts et sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

Nous tenons également à exprimer nos remerciements aux membres de l'équipe de recherche de SAHARA dont les apports conceptuels, la rigueur méthodologique et le dynamisme sur le terrain ont contribué à l'aboutissement de ce présent rapport. Il s'agit de : Ndack Diop, (co-chercheur - principal), de l'Equipe de recherche de terrain : Ina Maïmouna Badji (Tambacounda et Ziguinchor), Philomène C. Tine (Kédougou), Oumou Niang (Kolda), Madeleine Manga (Ziguinchor, Oussouye), Mame Diarra Kandji, Ndèye Fatou Ndiaye, Fatou Sall, Seydina O. B. Diop, Cheikh I. Niang et Mame Diarra Diaw. (Dakar), Dieynaba Fall (Touba), Fatou Diop (Thiès et Touba), Abdou Gning (Fatick et Touba), Mansour Sène (Louga et Touba), Marie Noëlle Rita Kayoungha (Sédhiou), Abdou Mazid Sow (Ziguinchor), Mohamed Sy (Thilogne et Dakar), Babacar Kane (Foundiougne). Pour l'analyse des données statistiques : Mamadou Coly (statisticien), Philbert Fred et Oumou Niang. Pour la gestion administrative et l'editing : Oumy Touré, Moustapha Diagne, Clément Ahouandjinou, Fatou Ndoye.

## RESUME

Le Sénégal a réalisé au cours de cette dernière décennie des progrès remarquables en matière de couverture vaccinale contre des maladies évitables (rougeole, la poliomyélite, la fièvre jaune, les diarrhées à rota virus, la tuberculose, le cancer du col de l'utérus, etc.), prises en charge par le Programme Elargi de Vaccination (PEV). Cependant, ces progrès ne sont pas effectués de la même manière dans le temps et dans l'espace. Selon le type de vaccin ; certains districts sanitaire ont été plus performant que d'autres.. Des effets de la Covid/ la pandémie de Covid-19 sur les programmes de vaccination ont aussi été documentés. Des études sur la continuité des services sociaux de base<sup>1</sup> montrent que la pandémie de Covid-19 a eu un impact négatif sur la vaccination de routine<sup>2</sup>. Il devient alors pertinent de chercher à comprendre les facteurs explicatifs des variations dans les couvertures vaccinales telles que rapportées par les individus et les collectivités.

Cette présente étude porte sur les connaissances, attitudes et comportements autour des vaccins pris en charge par le PEV du Sénégal. Elle a été commanditée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) avec l'appui de l'UNICEF et des fonds Allemands.

Le but de cette étude est de contribuer au renforcement des programmes de vaccination par l'amélioration des connaissances sur la situation et les aspects socio-culturels et communicationnels autour de la prise des vaccins et de leur acceptabilité.

### Design et méthodes

Le design comprend une étude de la documentation et des statistiques existantes articulée à des travaux de terrain. L'étude documentaire a consisté en l'analyse des données statistiques sur la couverture vaccinale, en particulier celles contenues dans les enquêtes EDS (2010-2011, 2019) et celles du Ministère de la Santé et de l'Action sociale (2021). Sur le terrain, la méthodologie utilisée est de type mixte. Elle combine une étude transversale basée sur une enquête par questionnaire et une recherche qualitative incluant des études de cas approfondies, focus groups, observations et des micro-ateliers de co-construction de réponses. Le choix des localités d'enquête résulte d'un processus itératif nourri par la connaissance de la situation du vaccin au Sénégal et des informations préalablement recueillies au niveau communautaire.

L'enquête a couvert 43 localités réparties dans 11 régions médicales et 15 districts sanitaires du Sénégal. L'enquête par questionnaire a touché 5337 personnes (4016 femmes et 1321 hommes).

Celles-ci ont été recrutées dans les localités retenues selon les critères suivants :

- avec centre de santé (2056 femmes et 717 hommes),
- avec poste de santé (338 femmes et 298 hommes),
- localités avec structure médicale confessionnelle (196 femmes et 44 hommes)
- et des localités témoins, c'est-à-dire sans poste de santé, ni centre de santé (426 femmes et 262 hommes).

Les techniques de statistiques descriptives sont utilisées pour l'analyse des données quantitatives. Et des tests de différence (Chi2, T-test) et des calculs de régression sont réalisés. Les données qualitatives sont analysées à travers des opérations d'analyse in situ, suivies de sommaires ethnographiques et d'analyses thématiques.

---

<sup>1</sup> <https://blogs.worldbank.org/fr/climatechange/vaccins-covid-19-sauver-des-vies-et-reconstruire-en-mieux>

<sup>2</sup> [Impact de la COVID-19 sur la vaccination de routine en milieu hospitalier au Sénégal \(panafrican-med-journal.com\)](https://www.panafrican-med-journal.com)

## Résultats

1 – Les effets Covid-19 apparaissent dans les statistiques du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale qui mettent en relief des progrès dans les principaux indicateurs de performance vaccinale, dans la période précédant la pandémie et des reculs après celle-ci.

2. L'exploitation des données des carnets de vaccination fait ressortir de manière globale, des fréquences élevées concernant la prise de vaccin à la naissance. Cependant, certains districts, certaines catégories sociales (personnes dans les espaces de mendicité, statut social précaire de la mère, femmes ayant donné naissance à domicile...) enregistrent des fréquences plus faibles. Les stratégies mobiles ou avancées dans les localités sans structures sanitaires et les services des structures confessionnelles paraissent avoir les fréquences les plus faibles concernant les enfants qui n'ont pas reçu de vaccin. Ils semblent s'appuyer sur les réseaux de communication et de solidarité existant dans les communautés et s'inscrire dans des dynamiques d'essaim et de prise en charge collective de la santé des enfants.

3 - La couverture et le respect du calendrier vaccinal paraissent être en relation/phase avec les agendas, calendriers et organisation du temps qui structure la disponibilité des femmes pour l'accès à la vaccination. Le principe de n'ouvrir les dispositifs de doses vaccinales que quand un certain nombre de personnes à vacciner est physiquement présent, rencontre des obstacles autour de clash de timing qui sont souvent renforcés par des gaps dans la communication. A ce propos, des femmes suggèrent des approches d'auto-organisation.

4 - La recherche de terrain met en évidence une large acceptabilité sociale de la vaccination des enfants âgés de 0 à 24 mois. Le concept d'immunisation est repérable dans les concepts culturels et expressions spécifiques dans les langues locales. L'acceptabilité s'appuie aussi sur les perceptions locales du recul de certaines maladies que l'on associe à la prise de vaccins.

5 - Le principe d'une recherche de la santé globale de l'enfant (plus que la connaissance de maladies ou de vaccins spécifiques) explique largement les attitudes et comportements en faveur de la prise de vaccins chez les enfants âgés de 0 à 24 mois. Ce résultat pourrait inspirer des ateliers de conception de boîtes d'images et de messages de communication certainement plus adaptés.

6 - Le respect du calendrier vaccinal diminue en fonction de l'âge de l'enfant. Au-delà des explications habituelles renvoyant à l'oubli ou aux difficultés d'accès, les résultats de recherche mettent en évidence la perception de la « survie » de l'enfant à partir d'un certain âge où il est considéré comme ayant atteint une certaine « solidité ». Dans les représentations, celle-ci peut être menacée par des risques de santé, dont le plus grave et certainement celui sur la motricité de l'enfant, considéré comme effet pervers de la vaccination à cet âge. La recherche de terrain a mis en évidence une taxonomie (dans les cultures et langues locales) des étapes de croissance et des maladies et symptômes associés à chacune d'elles.

7 - L'éclairage des définitions opérationnelles autour des enfants avec « zéro dose » ou « sous – vaccinés » par la recherche qualitative a amené à mieux les préciser à la lumière des concepts culturels locaux et des sources de données pertinentes pour l'enquête par questionnaire. On a dû préciser qu'il s'agissait de « zéro dose » (n'avoir pas reçu Penta 1) et de « sous – vaccination » (n'avoir pas reçu Penta 3) et qu'il fallait pour comprendre les facteurs et dynamiques sous-jacents analyser aussi les situations par rapport à d'autres vaccins du PEV.

8 - Le vaccin contre VPH a été surtout administré dans les écoles et paraît avoir touché très peu de filles et d'adolescentes quel que soit le district considéré. Cette faible couverture pourrait être associée à la persistance des rumeurs concernant un risque d'infertilité chez les filles et les adolescentes. La prise de vaccins pour les adolescentes et les adultes (contre la Covid-19) rencontre le problème des fausses rumeurs. L'analyse des données montre que les adultes qui ont pris le vaccin contre la Covid-19 ont plus tendance à faire vacciner leurs filles. La construction d'un continuum conceptuel entre les différents types de vaccins pourrait aider à développer une communication plus adaptée.

9 - Les micros ateliers réalisés avec les femmes ont permis de travailler sur des objets symboliques pertinents à même d'intégrer la communication sur la vaccination dans les concepts culturels autour de la fabrique de la santé des enfants, des filles et adolescentes et des adultes. Ces résultats peuvent aider à construire des messages et des approches de communication et d'engagement communautaire.

10 - Les résultats des micros ateliers avec les hommes aident à dégager des priorités partagées et à orienter les systèmes hiérarchiques d'autorité et de prise de décision formelles vers la prise en charge ou la solidarité des hommes par rapport aux priorités de santé (y compris la vaccination) exprimées par les femmes.

## **Recommandations**

Les principales recommandations portent sur :

- Des stratégies de communication adaptées au contexte socioculturel et aux positions des femmes dans la prise en charge de la vaccination ; celle-ci intégrant les représentations sociales et les dynamiques collectives et individuelles autour de l'accès aux vaccins.
- Le renforcement du système de santé et des acteurs communautaires et sociaux pour le développement des performances dans la couverture et le respect du calendrier vaccinal.
- L'inclusion des groupes / populations les plus susceptibles d'être socialement exclus de la communication et de l'accès aux services de vaccination.

Les activités suggérées portent sur :

- Des séances de restitution de partage des résultats de recherche dans les communautés, les districts, les régions médicales, les rencontres avec le Ministère de la Santé et ses partenaires.
- L'organisation de micros ateliers de co-construction de réponses avec les femmes (en particulier) et aussi avec les hommes et les acteurs communautaires. Ces ateliers devront contenir les sessions de questions-réponses et de partage de connaissances scientifiques appuyées par les ressources humaines disponibles dans les structures médicales.
- Des activités de cartographie de l'exclusion sociale et d'études pour le développement des connaissances sur les représentations sociales et les réseaux communautaires susceptibles d'être mobilisés pour instaurer de nouvelles stratégies de communication.

## 1. INTRODUCTION

Le rapport de l'UNICEF (2023)<sup>3</sup> suggère que les vaccins constituent l'une des avancées les plus significatives pour la santé et le développement, en ce qu'ils permettent d'éradiquer sinon de prévenir des maladies graves voire mortelles. On estime que la vaccination permet d'éviter 2 à 3 millions de décès par an dans le monde<sup>4</sup>. Elle a, à coup sûr, fortement contribué à la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles.

Cependant, un des problèmes les plus criards que soulève la question de la vaccination est certainement celui de sa répartition inégale. Selon les statistiques internationales<sup>5</sup>, en Afrique de l'ouest et centrale, près d'un enfant sur 2 appartenant aux ménages les plus pauvres n'a reçu aucun vaccin, en 2020, contre environ 1 sur 16 parmi ceux appartenant aux ménages les plus riches » (UNICEF, 2023). Interviennent dans l'analyse de ce phénomène, des thématiques complexes telles que celles des effets de la pandémie de Covid-19 sur les systèmes de santé, des facteurs socioéconomiques ou des hésitations vaccinales (UNICEF, 2023).

Les questions de la santé ou d'accès aux vaccins sont de la plus haute importance pour le Sénégal, qui a une population totale estimée à 17.738.795, en 2022<sup>6</sup> constituée majoritairement de jeunes (Annuaire de la population du Sénégal 2021, ANDS). Le Sénégal connaît depuis une décennie, une croissance soutenue des principaux indicateurs macro-économiques. Le pays a subi les perturbations de la pandémie de Covid-19 et des crises économiques globales mais a fait montre d'une grande capacité de résilience.

Avec la croissance, le Sénégal se place, cependant, dans une trajectoire chargée de risque d'amplification des inégalités sociales, de la précarité des emplois dans certaines couches de la population et des inégalités de genre, lesquelles pourraient affecter l'accès aux services de santé, notamment à celui des vaccins. Déjà, selon l'indice de Gini, les inégalités de revenus restent encore élevées. Les statistiques de 2020 indiquent que la plupart des femmes travaillent dans le secteur informel. Or, les emplois de ce secteur sont des plus précaires. Des programmes d'appui financier visent à améliorer les conditions de vie des ménages les plus pauvres et des groupes vulnérables et en particulier, en leur sein des enfants de 0 à 5 ans et de 6 à 12 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans. Aussi, il y a certainement un risque que la croissance économique dans le contexte d'instabilité et de précarité de la sous-région ouest africaine, s'accompagne de dynamiques démographiques et sociales susceptibles d'engendrer des gaps dans la couverture vaccinale, qui ne sont pas facilement repérables dans les statistiques sanitaires de routine.

Quoiqu'il en soit, la protection sociale apparaît dans les politiques publiques comme un enjeu majeur d'un développement humain inclusif, permettant l'accès universel aux services sociaux de base et la réduction des inégalités sociales (PSE-2014-2035, SNPS 2016-2035 ; Renforcement des capacités du MSAS ; Création d'un Ministère du Développement Communautaire et de l'Équité Sociale et Territoriale ; Création d'une structure de coordination de l'approche « One Health »). La recherche sur les aspects sociaux autour du PEV pourrait paraître pertinente dans ce cadre global.

---

<sup>3</sup> <https://www.unicef.org/fr/rapports/situation-enfants-dans-le-monde-2023>

<sup>4</sup> [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154598/WHO\\_HSE\\_GAR\\_ERI\\_2010.4\\_Rev1\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154598/WHO_HSE_GAR_ERI_2010.4_Rev1_fre.pdf)

<sup>5</sup> <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/lunicef-et-loms-sinqu%C3%A8tent-de-constater-que-les-conditions-actuelles-sont>

<sup>6</sup> [https://www.ands.sn/sites/default/files/2023-04/ANNUAIRE%20POPULATION%202022\\_vf\\_DS.DS.pdf](https://www.ands.sn/sites/default/files/2023-04/ANNUAIRE%20POPULATION%202022_vf_DS.DS.pdf)

Au Sénégal, la santé figure parmi les priorités des politiques de développement du gouvernement. Les politiques et programmes actuels accordent une place importante à la santé de la population, celle des enfants en particulier (Plan Sénégal Emergent, Plan National de Développement sanitaire et social...). Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) occupe une place centrale dans la mise en œuvre de ces politiques. Le PEV couvre plus d'une dizaine de maladies (tuberculose, poliomyélite, tétanos, diphtérie, hépatite B, coqueluche, infections à Hib, infections à pneumocoque, rubéole, rougeole, fièvre jaune, diarrhées à rota virus, cancer du col de l'utérus et Covid-19). Il a enregistré au cours des dernières décennies des progrès remarquables en matière de carte de la couverture vaccinale. Selon l'EDS-Continue (2019)<sup>7</sup>, la couverture vaccinale de base s'est globalement améliorée passant de 63 % à l'enquête 2010-2011 à 77 % à celle de 2019.

Cependant, compte tenu des situations de précarité, de pauvreté et des difficultés d'accès de certaines populations tant en milieu rural qu'urbain, il se peut que les statistiques ne reflètent pas totalement la réalité de gaps dans la carte de cette couverture vaccinale et certainement dans la communication y afférant. Aussi, comme le soulignent des études consacrées sur la continuité des services sociaux de base<sup>8</sup>, la pandémie de Covid-19 a eu un impact négatif sur la vaccination de routine<sup>9</sup>. En effet, les statistiques de l'OMS montrent que 23 millions d'enfants n'ont pas reçu les vaccins infantiles de base dans le cadre des services de vaccination de routine, soit 3,7 millions de plus qu'en 2019. Il se pose alors de nouvelles questions de recherche pour proposer de nouveaux axes de réponses. Pour le Sénégal, les données statistiques des Ministères de la Santé et de l'Action Sociale, pour les périodes 2020-2022 permettent, comme on le verra dans les chapitres sur la situation, de comparer la couverture vaccinale avant et après la période de Covid-19 au Sénégal.

La présente étude a été commanditée par le MSAS avec l'appui de l'UNICEF et les Fonds German. Elle repose sur une méthodologie de type mixte combinant un volet de recherche qualitative à une enquête par questionnaire et une intervention pilote à base communautaire.

Les résultats sont exposés suivant les articulations suivantes :

- Une présentation de la couverture vaccinale selon les statistiques sanitaires, accompagnée d'une analyse des fréquences et facteurs associés aux enfants avec « zéro dose », « zéro vaccin », « sous – vaccinés » ou en situation de « non-complétude vaccinale » ;
- Une analyse des représentations, connaissances, attitudes et pratiques autour des vaccins du PEV ;
- Une analyse des ressources culturelles et dynamiques sociales autour de la communication pour l'acceptation et la prise des vaccins et de l'engagement communautaire
- Une grille de recommandations de stratégies et d'activités.

## **2. OBJECTIFS**

L'objectif général de cette étude est d'améliorer les connaissances sur les contextes, les représentations, les comportements, les relations sociales et les facteurs socio-culturels autour de l'acceptabilité et des vaccins pris en charge par le PEV.

---

<sup>7</sup> EDS-Continue (2019)

<sup>8</sup> <https://blogs.worldbank.org/fr/climatechange/vaccins-covid-19-sauver-des-vies-et-reconstruire-en-mieux>

<sup>9</sup> [Impact de la COVID-19 sur la vaccination de routine en milieu hospitalier au Sénégal \(panafrican-med-journal.com\)](https://www.panafrican-med-journal.com)

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

- Analyser la couverture et l'accès aux vaccins pris en charge par le PEV ;
- Analyser les connaissances, représentations, attitudes et relations sociales autour de l'acceptabilité des vaccins ;
- Proposer des recommandations pour des stratégies de communication et d'engagement communautaires adaptés pour améliorer l'acceptabilité et l'accès aux vaccins.

### **3. METHODOLOGIE**

Le design de cette étude comprend une analyse de la documentation et des statistiques existantes et une étude de terrain articulée de manière suivante :

- Une phase exploratoire reposant essentiellement sur des activités d'observation, de prise de contacts et de cartographie ;
- Une phase d'application d'un questionnaire de recherche quantitative et de systématisation des méthodes et techniques de collecte de données qualitatives
- Une phase d'approfondissement par des études de cas et des micro-ateliers de co-construction de perspectives de réponses. Cette phase a été complétée par la présentation de résultats préliminaires dans les districts.
- Une phase d'analyse de l'ensemble des données qualitatives et quantitatives et de rédaction du rapport.

#### **3.1. Analyse des statistiques officielles et de la documentation**

Les résultats des Enquêtes Démographiques de Santé et les statistiques publiées par le MSAS ont été analysés pour éclairer la situation vaccinale et son évolution récente (au cours des années 2020 – 2021). Les statistiques du MSAS sont, elles aussi, disponibles sur Internet et dans les présentations synthétiques et les communications effectuées par cet organisme. Les données ont été saisies sur fichier Excel pour construire les tableaux qui ont informé le choix des districts de collecte de données de terrain. Elles ont aussi aidé à identifier et à approfondir des thèmes et questions de recherche qualitative. Les vaccins mentionnés dans les carnets de vaccination présentés au moment de l'administration du questionnaire ont aussi été soumis à un traitement statistique.

#### **3.2. Collecte de données quantitatives par l'enquête par questionnaire**

Les régions médicales avaient été sélectionnées par choix raisonné, partant des statistiques officielles mettant en relief leur intérêt pour représenter la diversité des situations de la vaccination au Sénégal. Dans chaque région médicale, nous avons retenu un district et dans chaque district, le questionnaire a été appliqué dans 3 catégories de localités : une localité abritant un centre de santé ; une autre ayant un poste de santé (et choisie de concert avec les autorités sanitaires locales) ; et une troisième n'ayant ni centre de santé, poste de santé, ou structure sanitaire confessionnelle mais étant dans le rayon d'action du poste de santé retenu.

Pour chaque localité d'enquête, nous avons procédé à un découpage en trois zones (de condition socio-économique pauvre, moyenne et aisé) à partir desquelles, on a effectué un tirage au sort aréolaire des ménages à enquêter. Ces ménages ont été complétés par des sélections effectuées à partir d'autres bases de sondage ou de recrutement direct (registres de naissance, membres de réseaux communautaires, espaces publics, espaces de mendicité...). Dans chaque district, une

grille de sondage fixait à l'avance le nombre minimum de personnes à enquêter pour chaque catégorie.

Un questionnaire structuré a été appliqué aux résidents (des 2 sexes âgés d'au moins 18 ans, sauf s'ils étaient dans les liens du mariage ou avaient des enfants) des localités choisies pour l'enquête. Outre son préambule éthique, cet instrument comprend des sections sur les caractéristiques sociodémographiques des répondants, les perceptions, connaissances et attitudes autour des maladies et des vaccins, l'accès, la communication, la prise de vaccin et les carnets de vaccination. L'application du questionnaire a été effectuée par voie électronique sur des téléphones portables utilisant le logiciel de collecte de données (KOBO Collect Program).

Pour le calcul de l'échantillon, nous avons utilisé la formule (Stephen B. Hulley et S. R. Cummings, 1988)  $N = 4z\alpha^2 P (1-P) \div W^2$  ; avec  $z\alpha$  = l'écart normal standard pour un  $\alpha$  à deux queues, où  $(1 - \alpha)$  est le niveau de confiance ( $\alpha = 0,05$  pour un niveau de confiance de 95 %,  $z\alpha = 1,96$ ).  $W$  = Etendu total pour l'intervalle de confiance (nous avons choisi 0.10). Nous avons retenu le pourcentage d'enfants vaccinés avec les antigènes penta1, VPO1, Rota1 pour l'année 2021 que nous avons extrait des statistiques du MSAS. Ces indicateurs tournent autour de 90% et nous ont semblé plus appropriés pour le calcul d'échantillon, en l'absence de statistiques fiables et exhaustives sur l'acceptabilité des vaccins PEV.

### **3.3. Méthodes et instruments de recherche qualitative**

Dans l'ensemble des localités de l'étude, tant dans les communautés que dans les structures de santé, la recherche qualitative s'est appuyée sur des combinaisons de techniques et d'instruments dont les plus fréquents sont les suivants : les entretiens individuels informels ou non structurés, les guides pour entretiens individuels semi-structurés, les focus group et discussions de groupe, les discussions collectives assistées par des séquences de narration à compléter avec des jeux de rôle, des photographies ou des vidéos à commenter, les récits de cas, les observations de sites.

Dans une première phase exploratoire, on a surtout utilisé les techniques d'observation de site, de conversation et d'entretien informel, appuyées en cas de possibilité de prises de photos ou d'images vidéo. Ce sont dans les phases de consolidation et de co-construction d'idées de réponses que les techniques plus formelles et systématiques ont été utilisées.

### **3.4. Analyse des données quantitatives et qualitatives**

Pour l'analyse des données quantitatives, dans un premier temps, on a utilisé les techniques de statistique descriptive (tableaux de fréquence, croisement de variables, graphiques). Ensuite, on a procédé à des tests de différence (Chi2, T-test). Après, dans les cas pertinents, nous avons effectué des calculs de régression. Pour l'analyse des données qualitatives, dans un premier temps, des opérations d'analyse in situ ont été effectuées ; ensuite nous avons travaillé sur des sommaires ethnographiques et des analyses thématiques.

### **3.5. Les micro-ateliers**

Les micros ateliers s'inscrivent dans une approche méthodologique de recherche-action. Celle-ci repose sur le postulat que la communication pour améliorer l'acceptabilité et la prise de vaccin, s'appuie sur l'analyse de la situation vaccinale et la connaissance des représentations et des relations sociales. L'approche pour parvenir à un tel but est la recherche à renforcer les

capacités des principaux concepts au fur et à mesure des processus de collecte de données, d'analyses et de compréhensions des problèmes et des facteurs qui leur sont associés. Les principales articulations sont les suivantes :

- La recherche pour la connaissance de la situation selon les principaux acteurs en particulier, les prestataires de service, le personnel de santé, les organisations et structures impliquées.
- L'écoute et l'analyse des ressentis, perceptions, représentations et pratiques autour de l'acceptabilité et de l'accès au vaccin.
- La réponse aux besoins de connaissance sur les aspects biologiques médicaux ou sanitaires relatifs aux maladies évitables par le vaccin et aux vaccins eux-mêmes.
- La construction dans des dynamiques communautaires (sous forme de micro ateliers) d'une intervention pilote socialement et culturellement pertinente.
- Le partage des résultats des micros ateliers dans les structures sanitaires en vue de leur appropriation et intégration dans leurs stratégies et activités locales.

#### **4. LA COUVERTURE VACCINALE ET SON EVOLUTION SELON LES STATISTIQUES SANITAIRES**

Nous avons surtout exploité les statistiques publiées en 2022 par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MASAS, 2022). Elles permettent entre autres de noter les variations à l'échelle de la région et du district et de comparer les chiffres les plus récents (2022) à celle de la situation coïncidant avec la pandémie de la Covid-19 ; celle-ci étant généralement considérée comme affectant négativement la couverture des vaccins de routine.

Le choix des localités d'enquête résulte d'un processus itératif nourri par la connaissance de la situation du vaccin au Sénégal et des informations préalablement recueillies au niveau communautaire.

##### **4.1. Situation globale de la couverture vaccinale**

Les statistiques parues en 2022 font le point de la couverture vaccinale dans l'ensemble du pays. Elles suggèrent des différences importantes pour divers types de vaccin ainsi que des disparités entre régions médicales.

Les synthèses effectuées par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS, 2022) mettent en évidence l'atteinte de l'objectif de 90% pour plusieurs antigènes (BCG, VPO-1, VPI, Penta 1, Penta 3, PCV-13-1, PCV-13-3, Rota-1, RR-1 et VVA). Par contre pour les antigènes HepB, VPO-2, VPO-3, Penta 2, PCV-13-2, Rota2, RR2, les couvertures respectives oscillent entre 85% et 88%. Pour les antigènes HepB0<24H et VPO, on en est respectivement à 74% et 76%. Concernant le HPV1 et le HPV2, les taux sont également considérés comme très faibles (respectivement 44% et 24%).

Le bilan du PEV fait, par ailleurs, ressortir une faible couverture vaccinale contre la Covid-19. On n'en est qu'à 11,3% alors que l'objectif est d'atteindre 70% des plus de 18 ans. (Source : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Bilan annuel 2021 du PEV. 05 au 08 Avril 2022).

## 4.2. Couverture vaccinale selon la région médicale

Il existe une grande variation de la couverture selon le vaccin et la région médicale. Les chiffres les plus faibles sont ceux, notamment de Diourbel, Dakar, Fatick, Kolda, Sédhiou, Ziguinchor.

**Tableau 1** : Couverture vaccinale par région (2021)

REGIONS	HepB0-24H	VPO-1	VPO-3	VPI	Penta1	Penta3	RR-1	RR-2	VAA	VPH-1	VPH-2
Dakar	79%	91%	92%	93%	92%	92%	101%	71%	100%	31%	13%
Diourbel	82%	93%	87%	89%	94%	88%	89%	75%	87%	19%	11%
Fatick	67%	77%	77%	78%	77%	77%	78%	91%	78%	55%	27%
Kaffrine	85%	93%	93%	94%	93%	93%	97%	109%	96%	69%	51%
Kaolack	77%	100%	97%	99%	100%	97%	101%	98%	101%	24%	17%
Kédougou	94%	113%	103%	104%	114%	103%	98%	103%	95%	79%	44%
Kolda	68%	99%	95%	95%	99%	95%	95%	101%	94%	62%	24%
Louga	77%	105%	103%	103%	105%	103%	106%	93%	104%	45%	26%
Matam	51%	80%	76%	77%	80%	76%	77%	89%	74%	41%	21%
Saint Louis	75%	102%	97%	99%	102%	97%	102%	86%	101%	76%	40%
Sédhiou	54%	80%	77%	77%	80%	77%	78%	85%	77%	10%	6%
Tambacounda	63%	91%	84%	86%	92%	86%	87%	99%	85%	79%	44%
Thiès	89%	102%	99%	101%	102%	100%	111%	90%	107%	57%	34%
Ziguinchor	49%	55%	54%	54%	55%	54%	55%	58%	55%	28%	14%
SENEGAL	74%	92%	89%	91%	92%	90%	94%	85%	92%	44%	24%

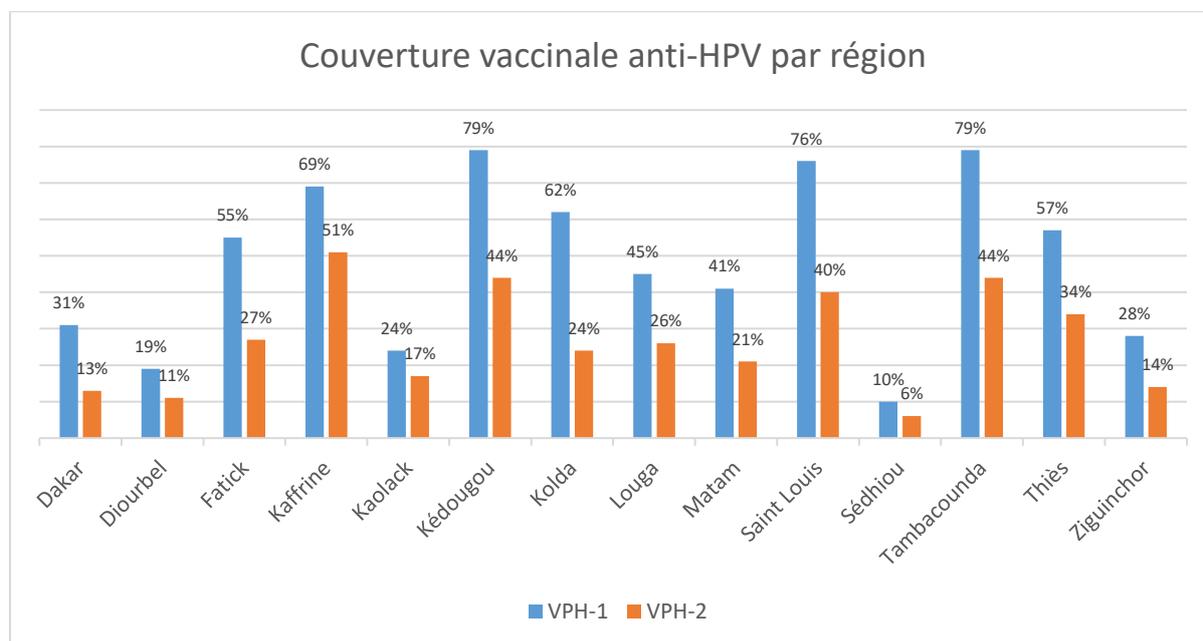
Sources : MSAS, 2022

La couverture de HepB-24 apparaît, dans toutes les régions, inférieure à 90%, les taux les plus faibles (moins de 60%) sont ceux de Ziguinchor, Matam et Sédhiou. Pour ce qui est du VPO-1, le tableau indique que les Régions Médicales de Kédougou, Louga, Thiès, Saint-Louis ont atteint des scores supérieurs à 100% ; toutes les autres régions, à l'exception de Fatick, Matam, Sédhiou et Ziguinchor ont atteint des scores de plus de 90%. A quelques exceptions près, ces mêmes régions ont les couvertures les plus faibles pour tous les autres antigènes. Pour le VPH1 et VPH2, les régions de Sédhiou et de Diourbel ont les taux les plus faibles du Sénégal.

D'autre part, la documentation du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (parue en 2022) mentionne, une campagne de vaccination contre la fièvre jaune, spécifique aux régions de Kédougou et de Tambacounda à l'issue de laquelle des taux de couverture respectifs de 88% et de 94% ont été atteints. En outre, le Bilan 2022 mentionne une campagne contre la fièvre jaune qui est parvenue à atteindre le taux de couverture vaccinale de 88%, à Kédougou et de 94% à Tambacounda.

Sur un autre plan, les statistiques du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale donnent des indications sur la couverture relative au vaccin anti-HPV, telle qu'on peut le noter dans le graphique ci – dessous.

**Graphique 1 : Couverture vaccins anti-HPV par Région médicale**



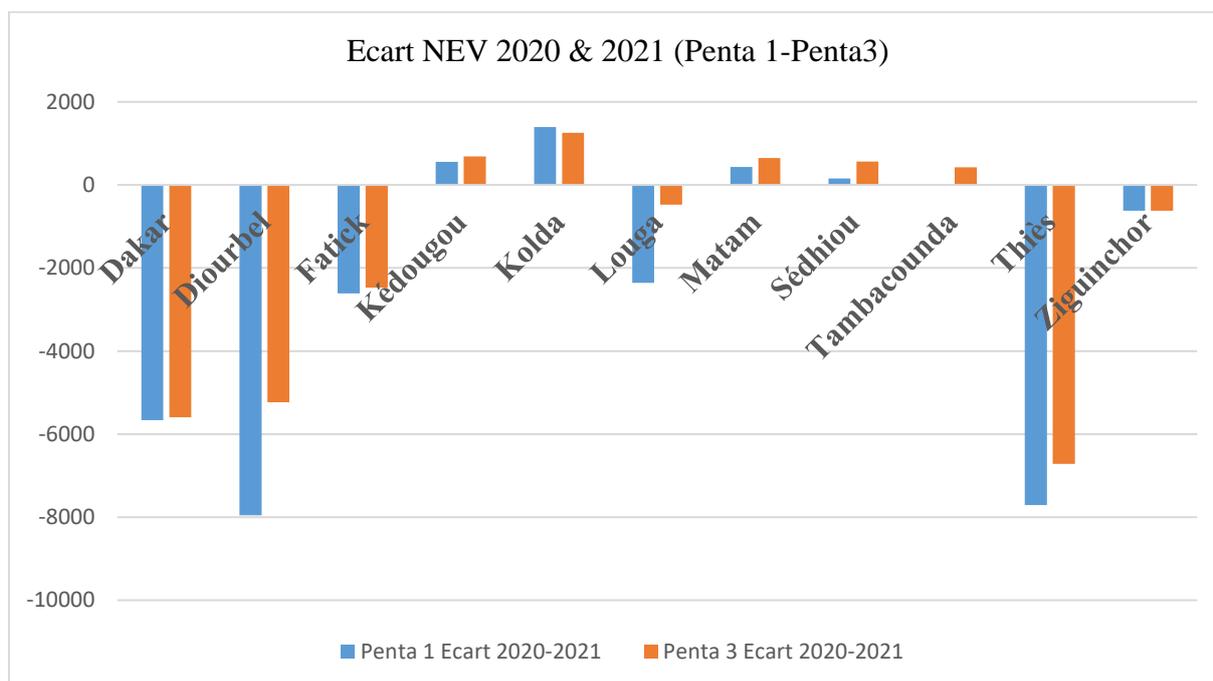
Les chiffres les plus élevés se retrouvent à Kédougou, Tambacounda, Saint-Louis... Les moins élevés concernent la région médicale de Sédhiou, suivie de celles de Diourbel, Ziguinchor, Dakar. Cependant, ces statistiques sanitaires partent de calcul à partir de dénominateurs constitués par les chiffres sur les filles présentement à l'école ou de celles figurant sur les listes à qui on a donné les fiches d'autorisation parentale. Ainsi, il est envisageable qu'on ait certainement un grand nombre de filles/adolescentes qui ne sont pas prises en considération du fait qu'elles ne sont pas à l'école ou pour autres raisons.

#### 4.3. Evolutions dans la couverture vaccinale

Selon les chiffres du Ministère de la Santé et de l'action Sociale, la couverture de certains antigènes a connu des appréciations notables au cours des 5 dernières années, en particulier entre 2020 et 2021. C'est le cas notamment de la couverture vaccinale du BCG et du PENTA qui a connu une tendance croissante à partir de 2017 pour atteindre, en 2020, des pics de 100% (pour le Penta 1) et de 95.7% (pour le BCG) à la naissance. D'autres couvertures vaccinales ont par contre, connu des progressions plus faibles. Celle de Penta 3 n'est passée que de 61.3% (2017) à 62.9% (2021), avec une déperdition non négligeable entre Penta 1 et le Penta 3. Cependant, on note par ailleurs, des baisses significatives entre 2020 et 2021 pour PENTA 1 et BCG qui feront apparaître des baisses de la couverture<sup>10</sup>. Le nombre d'enfants nouvellement vaccinés à PENTA 1 et PENTA 3 à quelques exceptions près, a connu des baisses importantes dans pratiquement l'ensemble du pays.

<sup>10</sup> RAPPORT DE SYNTHÈSE Couverture nationale et infranationale et autres statistiques de services pour la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à partir de données d'enquêtes et des structures de santé /

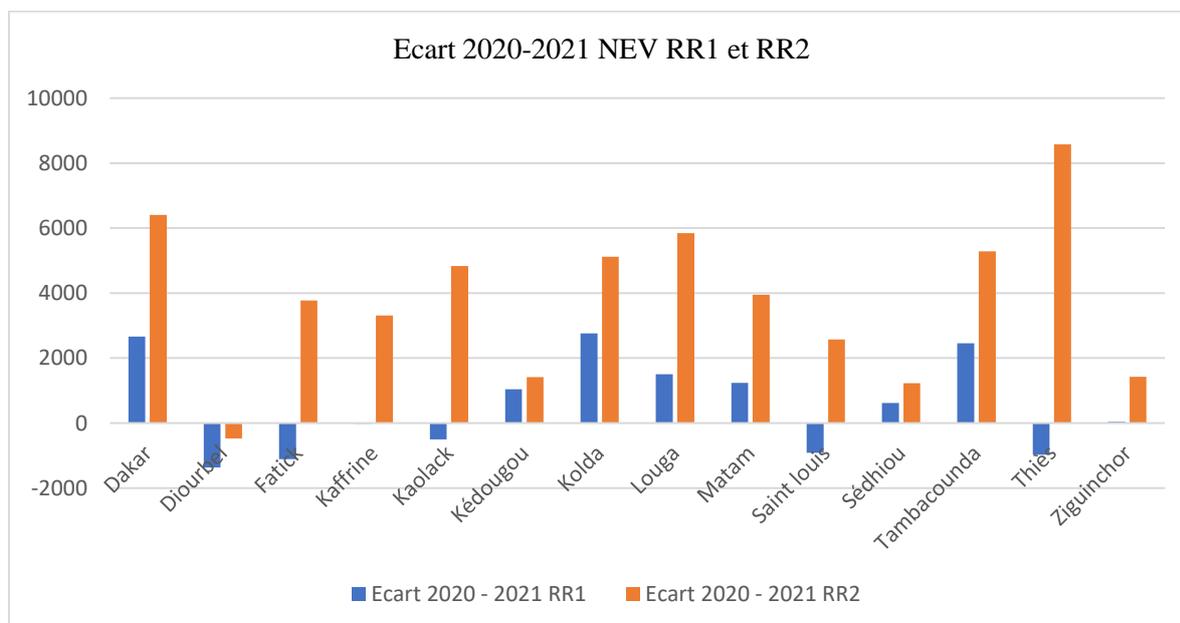
**Graphique 2 : Nouveaux enfants vaccinés (Penta 1 – Penta 3) – Ecart 2020 – 2021**



Sources : D'après MSAS, 2022

Les écarts les plus remarquables sont ceux de Dakar, Diourbel, Louga et Thiès. On pourrait penser qu'ils coïncident avec les fortes résistances aux vaccins et aux mesures contre la Covid-19 telles que rapportées dans ces régions par des entretiens qualitatifs. La réduction du nombre d'enfants nouvellement vaccinés a aussi été notée concernant les antigènes RR1 et RR2.

**Graphique 3 : Nouveaux enfants vaccinés (RR1 – RR2) – Ecart 2020 – 2021**



Sources : D'après MSAS, 2022

Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 est aussi évoquée pour expliquer la perturbation des services de vaccination, notamment quand sont évoqués des pertes de HPV (82690 doses), des

perdus de vue pour le VPI, des faibles demandes d'antigènes BCG, VPO, Penta (en particulier dans la région de Dakar), VPI, RR, Penta et VPO (dans la région de Ziguinchor) en VAA (dans celle de Tambacounda) (Source : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Bilan annuel 2021 du PEV. 05 au 08 Avril 2022)<sup>11</sup>.

La désertion (du fait de la peur de la Covid) des services de vaccination par les mamans d'enfants à faire vacciner, a été rapportée de manière quasi générale dans les entretiens qualitatifs effectués dans les régions de l'étude.

Au bout du compte, l'analyse des statistiques du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale semble aller dans le sens des opinions exprimées tant par le personnel de santé que par les informateurs-clés dans la communauté selon lesquelles la baisse de la couverture vaccinale au cours de ces dernières années serait liée à ce qui semble communément appelé comme « l'enfant Covid ». Une *bajenu gox* raconte : « Avec Covid, les vaccins qu'on prenait sans problème pour les enfants ne trouvaient plus preneur... Les femmes avaient peur qu'en se rendant au centre de santé, elles font courir à leurs enfants le risque d'y être contaminé ou qu'on en profite pour leur injecter le vaccin de la Covid ». Il est vrai que souvent le personnel de santé attribue aux « effets Covid » la résurgence de maladies infantiles. Mais il semble que les « séquelles » de la pandémie de la Covid restent encore dans les mémoires et les comportements. Les traumatismes et la peur associés à la pandémie de la Covid semblent encore demeurés enfouis ou silencieux. On peut alors penser que la communication pour un rebond durable de la couverture vaccinale devrait à nouveau faire émerger ou ré-émerger les discussions et partages d'informations sur la Covid et les expériences vécues.

D'autre part, les membres du personnel de santé attribuent fréquemment les variations dans les taux de couverture entre régions ou entre districts au fait d'une méconnaissance des populations cibles ou à partir desquelles sont définis les objectifs à atteindre. Les mouvements saisonniers de certaines populations associées à des dynamiques de productions spécifiques (pêche itinérante, élevage de transhumance, déplacements entre centres ruraux et urbains, ...) ne sont souvent que faiblement perçus dans les projections sanitaires. Il s'y ajoute selon certaines sources les flux de réfugiés ou de personnes déplacées pour des raisons sécuritaires. Des grèves et mouvements sociaux peuvent aussi affecter les performances en matière de vaccination.

Dans certains districts (Touba, Ziguinchor, Kolda, Dakar-ouest), le personnel de santé pose la question d'un quasi explosion démographique repérable dans l'avènement et la croissance de nouvelles agglomérations dont les populations ne sont pas toujours visibles dans les stratégies d'accès, même si des efforts ont été faits dans ce sens.

## **5. ZONE ET POPULATIONS D'ETUDE**

L'étude a cherché à viser à différents niveaux d'analyse, à intégrer la diversité des situations pouvant influencer l'analyse de la couverture et de l'acceptabilité vaccinale.

### **5.1. Les régions médicales**

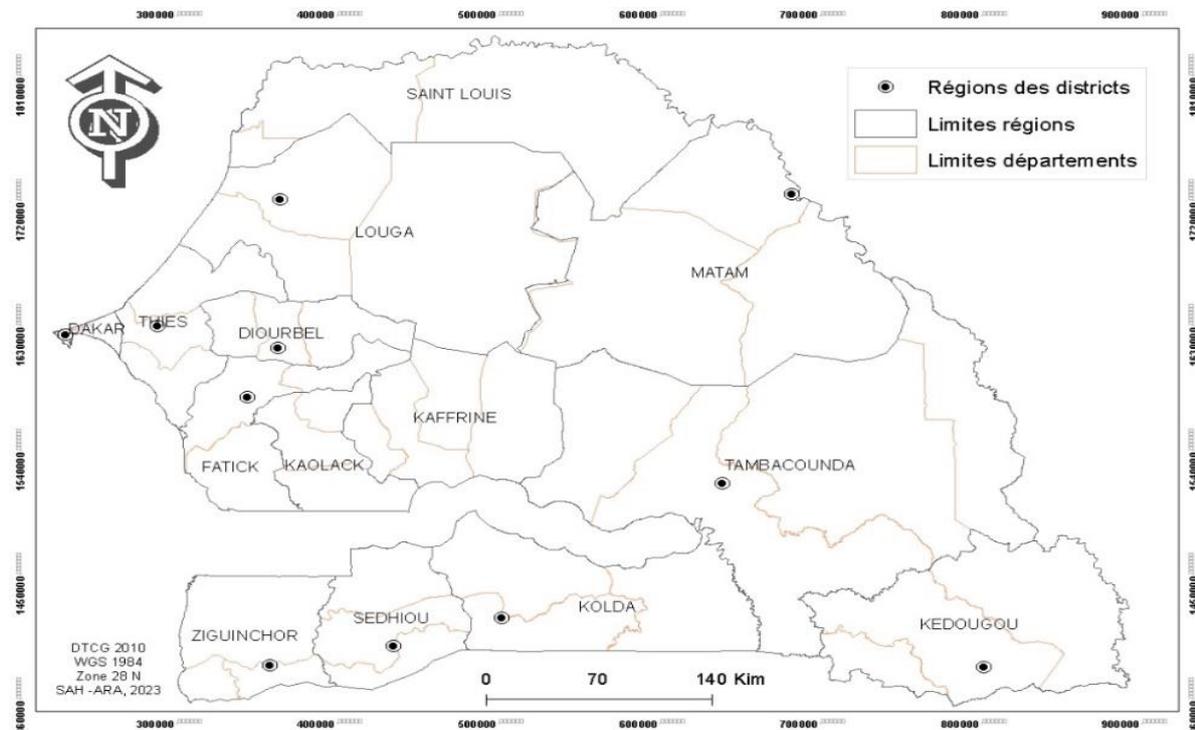
Les régions retenues sont celles de Dakar, Diourbel, Fatick, Kédougou, Kolda, Louga, Matam, Sédhiou, Tambacounda, Thiès et Ziguinchor. La dispersion géographique des régions médicales

---

<sup>11</sup> Ministère de la Santé et de l'Action Sociale. Bilan annuel 2021 du PEV. 05 au 08 Avril 2022

retenues pour l'étude, couvre une large diversité au plan des statistiques sanitaires sur la couverture vaccinale, des données économiques, géographiques, linguistiques, culturelles, sociales et économiques.

**Carte 1 : Régions médicales**



Source : Enquête de terrain, Sahara 2023

## 5.2. Districts et localités d'enquête

Les districts retenus sont en général, ceux des chefs-lieux des régions médicales. Les exceptions sont celles de la région médicale de Diourbel (où c'est le district de Touba qui a été retenu) ; celle de la région médicale de Matam (avec le district de Thilogne) ; celle de la région médicale de Ziguinchor où nous avons les districts de Ziguinchor et d'Oussouye. Dans chaque district, nous avons retenu une localité abritant au moins un (1) centre de santé pouvant servir de « témoin ».

**Tableau 2 : Type de localité pour les enquêtes de terrain**

Régions	Localités avec centre de santé	Localités avec poste de santé	Localités sans centre de santé ni poste de santé	Localité avec structure confessionnelle
Dakar	Dakar-Ouest	Yoff-Tongor	Mermoz	
	Dakar-Sud	Rue 10 X 31	Rue 22-Centenaire	
	Yeumbeul	Diamalaye	Warouway	
Diourbel	Touba	Mboussobé	Solbock	
Fatick	Fatick	Bacobof	Mbassiss	
	Foundiougne	Soum	Thiare	
Kédougou	Kédougou	Bandafassi	Ibel	
Kolda	Kolda	Medina El Hadj	Saré Kediang	

Louga	Louga	Yeurmandé	Santhiaba	
Matam	Thilogne	Agnam Civol	Agnam Toulele Thiallé	
Sédhiou	Sédhiou	Dembo Coly	Goudiabya	
Tambacounda	Tambacounda	Gouloumbou	Nema	
Thiès	Thiès	Keuri Kao		Nguinth
Ziguinchor	Ziguinchor	Adéane	Tambacoumba	
	Oussouye		Pointe St. Georges	Mlomp

On a retenu 15 localités comme abritant un poste de santé et 14 autres comme « témoins » (n'ayant ni centre de santé ni poste de santé). En outre, 2 localités ont été sélectionnées en raison de la présence à leur niveau d'une structure sanitaire d'obédience religieuse ou confessionnelle.

### 5.3. Population de l'enquête par questionnaire

L'enquête par questionnaire a touché un large échantillon. Au total, 5337 personnes ont été enquêtées : 4016 femmes (75,2%) et 1321 hommes (24,8%).

**Tableau 3** : Répartition des enquêtés selon le sexe et le critère de sélection de la localité

Caractéristiques de sélection de la localité	Sexe		Total
	Femme	Homme	
Localité avec centre de santé	2056 (51,2%)	717 (54,3%)	2773
Localité avec poste de santé	1338 (33,3%)	298 (22,6%)	1636
Localité avec structure médicale confessionnelle	196 (4,9%)	44 (3,3%)	240
Localité témoin	426 (10,6%)	262 (19,8%)	688
Total	4016	1321	5337

Un peu plus de la moitié des femmes (51,2%) et des hommes (54,3%) ont été enquêtés dans les localités abritant au moins un centre de santé. Le tiers des femmes habitent des localités avec poste de santé et environ 5% des localités avec une structure médicale confessionnelle. Un peu plus du dixième des femmes habitent des localités sans centre ni poste de santé ou structure sanitaire confessionnelle. Également, plus de la moitié des hommes résident dans les localités avec centre de santé. Environ 1/5 des hommes habitent dans des agglomérations avec poste de santé ou dans des localités considérées comme témoins. Un dixième des femmes et un cinquième des hommes enquêtés résident dans des localités sans centre ni poste de santé.

La répartition des personnes enquêtées selon le site d'enquête préalablement établi, donne le tableau reproduit ci-dessous.

**Tableau 4** : Répartition selon le type de populations ciblées

Populations ciblées	Sexe		Total
	Femme (n, %)	Homme (n, %)	
Accouchement à domicile	107 (2,6%)	-	107
Enquête ménage à domicile	1728 (42,8%)	346 (26,6%)	2074
Espace de mendicité	67 (1,7%)	32 (2,5%)	99
Établissement d'enseignement	181 (4,5%)	96 (7,4%)	277
Lieux de culte ou de détente	-	194 (14,9%)	194
Liste de registres de naissances	755 (18,7%)	-	755
Marché et lieux de travail	967 (23,9%)	477 (36,7%)	1444
Réseaux communautaires ou religieux	233 (5,8%)	154 (11,9%)	387
Total	4038	1 299	5337

Près de la moitié des femmes ont été enquêtées à leur domicile, environ ¼ dans les marchés et lieux de travail. Tandis que les hommes enquêtés à domicile ne représentent qu'un peu plus du ¼. Au moment de l'enquête, ils sont généralement dans les marchés, réseaux religieux, lieux de travail, de culte ou de détente. A peu près le 1/5 de femmes a été recruté sur la base des listes des registres de naissance et un peu moins de 3% sur la base des informations recueillies auprès des travailleuses de santé communautaire concernant les accouchements à domicile. Seuls 99 personnes (67 femmes et 32 hommes) ont été enquêtées dans des espaces de mendicité. Ceux-ci sont des lieux où il est fréquent de trouver des personnes qui mendient (à certains jours, moments de la journée ou de la nuit ou qui y passent la nuit ou un temps plus ou moins long dans certaines rues, places publiques, alentours de lieux de cultes).

L'âge des enquêtés diffère selon le sexe. Les femmes ont un âge moyen de 35,21 ans (minimum 14 ans ; maximum 99 ans). Chez les hommes, on a un âge moyen de 40,24 ans (minimum : 15 ; maximum : 99 ans)

**Tableau 5 :** Répartition des enquêtés selon leur tranche d'âge

Tranche d'âge	Sexe	
	Femme (n, %)	Homme (n, %)
De 15 à 24 ans	705 (17,60)	131 (9,92)
De 25 à 34 ans	1542 (38,51)	327 (24,77)
De 35 à 44 ans	1058 (26,42)	388 (29,39)
De 45 à 60 ans	546 (13,63)	355 (26,89)
Plus de 60 ans	153 (3,82)	119 (9)
Total	4004	1320

Chez les femmes, les groupes d'âge les plus représentés sont ceux de 25 à 34 ans et de 35 à 44 ans. Les personnes ayant 60 ans ou plus appartiennent généralement à la catégorie sociale des grands-mères (ou des grands-pères). Celles qui ont moins de 16 ans ont été interrogées parce qu'elles sont déjà mères d'enfants et/ou mariées, ce qui leur donne un statut de mineure émancipée ou de majeure) socialement reconnu. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent plus de 4% chez les femmes et 9% chez les hommes.

**Tableau 6 :** Statuts socio-économique des personnes enquêtées

Statuts socio démographiques	Modalités	Sexe		Total
		Femme (n, %)	Homme (n, %)	
Situation matrimoniale	Marié(e)	3180 (79,2%)	935 (70,8%)	4115
	Célibataire	450 (11,2%)	302 (22,9%)	752
	Veuf (ve)	194 (4,8%)	41 (3,1%)	235
	Divorcé (e)	184 (4,6%)	40 (3,0%)	224
	Autre	8 (0,2%)	3 (0,2%)	11
	Total	4016	1321	5337
Appartenance religieuse	Catholique	388 (9,8%)	110 (8,5%)	498
	Musulmane	3542 (89,9%)	1174 (90,8%)	4716
	Protestante	11 (0,3%)	7 (0,5%)	18
	Autre	1 (0,0%)	2 (0,2%)	3
	Total	3942	1293	5235

Niveau d'éducation formelle (école dit française)	A fait l'enseignement supérieur	291(7,2%)	154 (11,7%)	445
	N'a pas été à l'école	1385 (34,5%)	440 (33,3%)	1825
	S'est arrêté au cycle moyen	741(18,5%)	231 (17,5%)	972
	S'est arrêté au cycle primaire	1060 (26,4%)	323 (24,5%)	1383
	S'est arrêté au cycle secondaire	539 (13,4%)	173 (13,1%)	712
	Total	4016	1321	5337
Autres formes d'éducation	Franco arabe	314 (32,4%)	142 (28,1%)	456
	<i>Daara</i>	412 (42,5%)	279 (55,2%)	691
	Alphabétisé	244 (25,2%)	84 (16,6%)	328
	Total	970	505	1475

La majeure partie des personnes enquêtées sur la vaccination ont le statut de marié et plus généralement des femmes pour des raisons culturelles reliant mariage et enfantement. Les personnes de religion musulmane, étant plus nombreuses dans l'échantillon, sont majoritaires, même si les autres appartenances religieuses y sont aussi représentées.

La plupart des femmes et des hommes n'ont pas été à l'école. Or pour une communication approfondie, il semble qu'il soit nécessaire qu'elle soit conduite dans les langues locales. Celles-ci véhiculent des concepts culturels et des outillages conceptuels et de constructions métaphoriques qui non seulement permettent de donner sens aux comportements étudiés mais de trouver des articulations pour le changement. Ainsi, quand on parle d'accès, on devrait certainement se poser la question de savoir si la communication de routine permet aux cibles d'accéder à l'outillage conceptuel qui est associé au vaccin et dont souvent on n'a pas procédé à la recherche d'équivalent sous forme de construction abstraite de métaphores de symboles. L'échantillon capture également l'importance des associations et réseaux communautaires dans lesquels, les individus sont intégrés et qui, souvent, produisent des cadres normatifs et des mécanismes d'action par rapport à la vaccination. Ce sont aussi des lieux de fabrication des rumeurs, fake news ou de diffusion de l'information pertinente au plan scientifique.

**Tableau 7** : Répartition des enquêtés selon le type d'organisations communautaires

Capital social	Sexe	
	Femmes	Hommes
Membre de regroupement religieux	1138 (23,8%)	763(54,9%)
Membre de groupement de femmes	1506 (31,6%)	27 (1,9%)
Association de village, de jeunes ou de quartier	507 (10,6%)	463 (33,3%)
Membre de tontine ou association d'entraide	1621 (34,0%)	137 (9,9%)
Total	4772	1390

Pratiquement, toutes les personnes de l'échantillon appartiennent à l'une ou l'autre regroupement ou organisation sociale, économique ou religieuse. Le type de regroupement qui paraît être le plus fréquent est celui à dimension religieuse chez les uns. Plus de la moitié entre eux se disent membre d'un *dahira*. Chez les femmes, près du quart entre elles se disent également membre d'un *dahira* de femmes ou de section féminine d'un *dahira* mixte. Les *dahiras* constituent un canal non négligeable pour la transmission d'information et la communication pour l'acceptation des vaccins. Les femmes sont cependant plus nombreuses à se retrouver dans les tontines et les associations d'entraide, d'épargnes collectives ou de solidarités économiques et sociales. En raison de leurs poids économiques et de leurs capacités à capter des financements extérieurs, ce type d'association pourrait s'avérer important dans la résolution des problèmes financiers autour de l'accès au vaccin en même temps qu'il peut servir

de plateforme de discussion et d'échange de connaissance et d'expérience autour des vaccins. Les jeunes hommes sont plus nombreux à faire partie des associations de quartiers, de villages ou de terroirs qui s'organisent autour d'activités sportives, culturelles ou récréatives. Ce type d'association peut aussi constituer des espaces de circulation d'informations relatives à la santé sexuelle et reproductive notamment en ce qui concerne le vaccin contre le VPH.

Les membres d'associations de personnes vivant avec un handicap n'avaient pas été ciblés en tant que telles dans l'enquête par questionnaire. Au départ, on n'avait qu'une vague idée de leur représentabilité réelle. C'est dans les récits de cas de personnes vivant avec un handicap physique associé à la poliomyélite que la suggestion a été faite que ces personnes pourraient jouer un rôle important dans la communication relative à la prévention de cette maladie. Les membres d'association de personnes vivant avec un handicap n'avaient pas été ciblés en tant que tels, dans l'enquête par questionnaire (on n'avait, au départ, qu'une vague idée de leur représentativité) mais ont été rencontrés dans la recherche qualitative.

#### **5.4. Présentation du nouveau-né ou de l'enfant de référence (0 – 24 mois) dans l'enquête par questionnaire**

Au total, 42,4% des femmes et 26,2% des hommes ont répondu avoir un enfant âgé de 0 à 2 ans, sur lequel ont été focalisé un éventail de questions du questionnaire. 92% des femmes et 89% des hommes ont répondu que cet enfant avait un carnet de vaccination. L'âge de l'enfant (auquel on s'est référé pour collecter l'information sur le statut vaccinal), a été calculé en termes de semaines. La répartition par tranche donne le tableau ci-dessous.

**Tableau 8** : Age de l'enfant de référence/sexe du parent enquêté

Tranche d'âge	Sexe	
	Femme	Homme
Moins d'une semaine	9 (0,57)	1 (0,30)
2 à 5 semaines	95 (6,06)	12 (3,61)
6 à 13 semaines	171 (10,91)	19 (5,72)
14 à 27 semaines	227 (14,49)	34 (10,24)
28 à 60 semaines	536 (34,21)	118 (35,54)
60 à 96 semaines	469 (29,93)	134 (40,36)
96 semaines et plus	60 (3,83)	14 (4,22)
Total	1567 (100,00)	332 (100)

La tranche d'âge de 28 à 60 semaines est la plus représentée chez les répondants de sexe féminin. Ensuite, vient celle de 60 à 99 semaines et celle de 14 à 27 semaines. Chez les répondants de sexe masculin, c'est la tranche de 60 à 96 semaines qui se trouve être la plus représentée. Sur un autre plan, 18 femmes et 12 hommes ont répondu avoir eu, au moins 2 enfants jumeaux. Par ailleurs, les réponses à la question de la possession d'un carnet de vaccination pour l'enfant de référence indiquent des différences entre districts.

**Tableau 9** : Possession d'un carnet de vaccination pour l'enfant de référence âgé de 0 à 24 mois selon le district

District	Est-ce que cet enfant a un carnet de santé ?			Total
	Ne sait pas	Non	Oui	
Dakar-Ouest	1 (1,4%)	1 (1,4%)	68 (97,1%)	70
Dakar-Sud	2 (2,9%)	5 (7,1%)	63 (90,0%)	70
Fatick	1 (1,0%)	8 (7,7%)	95 (91,3%)	104
Foundiougne	-	7 (6,6%)	99 (93,4%)	106
Kédougou	-	7 (3,6%)	187 (96,4%)	194
Kolda	5 (2,9%)	7 (4,1%)	159 (93,0%)	171
Louga	1 (0,7%)	12 (8,8%)	123 (90,4%)	136
Oussouye	6 (5,2%)	10 (8,6%)	100 (86,2%)	116
Sédhiou	1 (1,2%)	5 (6,0%)	77 (92,8%)	83
Tambacounda	2 (4,3%)	8 (17,8%)	37 (78,7%)	47
Thiès	1 (0,5%)	5 (2,3%)	214 (97,3%)	220
Thilogne	4 (1,5%)	11 (4,2%)	244 (94,2%)	259
Touba	3 (2,4%)	15 (11,9%)	108 (85,7%)	126
Yeumbeul	5 (2,8%)	10 (5,6%)	162 (91,5%)	177
Ziguinchor	10 (5,7%)	14 (8,0%)	150 (86,2%)	174
Total	42 (2%)	125 (6,1%)	1886 (86,2%)	2053

Sur l'ensemble de l'échantillon, plus de 85% des nouveau-nés ou l'enfant de référence posséderaient un carnet de vaccination au moment de l'enquête par questionnaire. Pour la plupart des districts, les taux de possession dépassent les 90%. Ils représentent moins de 90% à Oussouye, Tambacounda, Ziguinchor et Touba.

### 5.5. Présentation de la fille/adolescente de référence dans l'enquête par questionnaire

L'analyse du statut de la fille âgée de 9 à 17 ans fait apparaître la répartition suivante : 85% sont inscrites à l'école, le reste est réparti entre celles qui sont à domicile et ne vont pas à l'école et celles qui mènent un apprentissage ou une activité professionnelle (vendeuses) en dehors de leur domicile. Ces dernières, d'après les données qualitatives auraient moins de chance de recevoir le vaccin du HPV même si, elles peuvent se retrouver dans des conditions écologiques ou de rapport de genre couvrant des risques d'agressions sexuelles.

L'enquête a abordé une série de questions sur les facteurs sociodémographiques autour des filles âgées de 9 à 17 ans. 36,47% des femmes et 35% des hommes ont déclaré avoir au moins, sous leur autorité, une fille de cet âge avec laquelle ils ont un lien de filiation direct ou indirect. 108 répondants ont indiqué qu'ils étaient grands-pères du côté maternel de la fille contre 210, du côté paternel. Les oncles et les tantes du côté paternel sont plus nombreux (n=224) que ceux du côté maternel (n=173) à répondre qu'ils avaient sous leur tutelle, une fille âgée de 9 à 17 ans.

La question des rapports de parenté apparaît importante si on se rend compte que les personnes disant ne pas être les parents biologiques de la fille de 9 à 17 ans ont répondu souvent dans les entretiens qualitatifs qu'elles ne pouvaient pas faire vacciner une adolescente dont les parents directs pourraient désavouer la décision. Mais cette opinion pourrait aussi traduire le faible niveau d'adhésion de la société à un vaccin dont elle a peu de connaissance. Autrement, si l'adhésion est sociale, elle devient une norme et les tuteurs n'auront pas à attendre l'autorisation des parents biologiques pour prendre une telle décision. C'est au contraire, le fait de n'avoir pas

pris la décision quand la circonstance le demande (sans consulter les parents biologiques) qui apparaîtrait comme un manquement à l'éthique.

Les personnes âgées en particulier, celles qui ont le statut de grand-mère, apparaissent dans les passages des entretiens consacrés aux cultures traditionnelles comme celles qui doivent surveiller la future santé sexuelle et reproductive des filles. Il existe un arsenal de moyen de prévention des maladies et des agressions sexuelles pouvant affecter la future fécondité de la fille. Ce sont des personnes âgées qui sont le dépositaire de ces connaissances et responsables de leur opération. Il s'agirait d'amener la communication pour le vaccin HPV à intégrer ces considérations pour réactualiser les questions existentielles autour de l'adolescence de la sexualité, de la reproduction et de la santé de la femme âgée.

## **5.6. Populations ciblées par la recherche qualitative**

Les entretiens ont surtout ciblé les personnes appartenant aux catégories suivantes :

- Les parents (biologiques ou d'adoption) et les cercles de parenté ou d'affinités les plus proches des enfants qui assument des rôles et responsabilités de proximité dans divers domaines de la vie rituelle et sociale et du développement de l'enfant (grand-mères, tantes, sœurs, grands-pères, oncles, autres parents, voisins, tradi-thérapeutes, enseignants...)
- Les leaders féminins et les organisations féminines occupant des rôles importants comme canaux de communication et de fabrique de prise de décisions collectives.
- Les agents et acteurs de santé communautaire impliqués dans la sensibilisation, le suivi et l'accompagnement de la vaccination (*bajenu gox*, volontaires, superviseurs, responsables des services de communication et de mobilisation sociale)
- Les responsables et agents de santé impliqués dans le fonctionnement des services locaux de vaccination
- Les responsables des programmes et structures de santé, d'éducation, des ONG, des élus locaux et des pouvoirs politiques, traditionnels ou religieux
- Les femmes qui ont donné naissance à domicile ou dont au moins un enfant n'a reçu aucune dose de vaccin
- Les filles et parents (tuteurs, grand-mères, autres parents) et enseignants de filles âgées de 9 à 17 qui ont reçu ou n'ont pas reçu le VPH
- Les personnes qui se déclarent « anti-vaccin »
- Les leaders de réseaux de personnes évoluant dans les espaces de mendicité. Cette cible comprend également les enfants et les parents vivant avec un handicap.
- Des personnes vivant avec un handicap (du fait, selon elles de la poliomyélite) ont été rencontrées au cours des enquêtes et ont donné des récits autobiographiques.
- Les guides religieux, autorités politiques ou administratives, leaders communautaires
- Les informateurs-clés sur divers domaines de recherche.

Au total, 176 entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés de même que 42 focus groups ou discussions de groupes naturels répartis dans les 15 districts sanitaires retenus pour la présente étude.

**Tableau 10** : Récapitulatif des entretiens individuels et focus groupes réalisés dans les 15 districts ciblés

Districts Sanitaires	Nombre d'entretiens individuels	Nombre de discussions de groupe / focus group
Ziguinchor	10	2
Kédougou	15	2
Foundiougne	13	2
Sédhiou	24	9
Oussouye	13	2
Kolda	16	2
Touba	19	2
Dakar (Yeumbeul, Dakar Ouest, Dakar Sud)	18	3
Fatick	11	4
Louga	22	2
Tambacounda	6	9
Thiès	9	3
Total	176	42

### 5.7. Cartographie des sites, des populations les plus vulnérables (susceptibles d'être socialement exclues de la vaccination)

Pour travailler sur le thème de l'exclusion sociale par rapport à l'accès au vaccin nous avons procédé en 3 phases :

On a dans un premier temps demandé à des informateurs clés dans les communautés et structures sanitaires de nous indiquer les espaces ou lieux géographiques où selon eux la probabilité est plus élevée de rencontrer des enfants qui n'avaient reçu aucun vaccin. Puis une équipe de socio-anthropologues s'est rendu dans les lieux pour y mener des observations et des entretiens informels.

Ensuite, sur la base de ces indications, les équipes de socio-anthropologues et de géographes procèdent à des visites de terrain pour visualiser le site, prendre des repères GPS, des photographies et des contacts de personnes ressources. Ces données sont, ensuite, partagées au cours d'un atelier de restitution et d'interprétation regroupant l'ensemble des membres de l'équipe de recherche.

Enfin, des visites de terrain sont à nouveau organisées, les données sont approfondies par de nouvelles observations... Des entretiens informels sont aussi, effectués avec les leaders et avec les groupes naturels.

### 6. « ZERO DOSE », « ZERO VACCIN », SOUS – VACCINATION ET INCOMPLÉTUDE SELON LA RECHERCHE DE TERRAIN EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

L'analyse des données collectées à travers le questionnaire appliqué en milieu communautaire se base sur les réponses des personnes enquêtées concernant leurs enfants ainsi que sur les données des carnets de vaccination mentionnant les vaccins pris par les enfants (âgés de 0 à 24 mois). Cependant, on aura à noter que la recherche qualitative a permis d'attirer l'attention sur la complexité des aspects socio-culturels à prendre en compte pour une meilleure compréhension des statistiques mises en relief.

## 6.1. Repenser les concepts théoriques et opérationnels sous l'éclairage de la recherche qualitative

Les résultats de la recherche qualitative, notamment dans sa phase exploratoire ont amené à repréciser et à redéfinir les concepts habituellement utilisés dans les programmes et interventions autour de la vaccination.

### 6.1.1. Repréciser la notion d'enfants avec « zéro dose » et intégrer celle de « zéro vaccin »

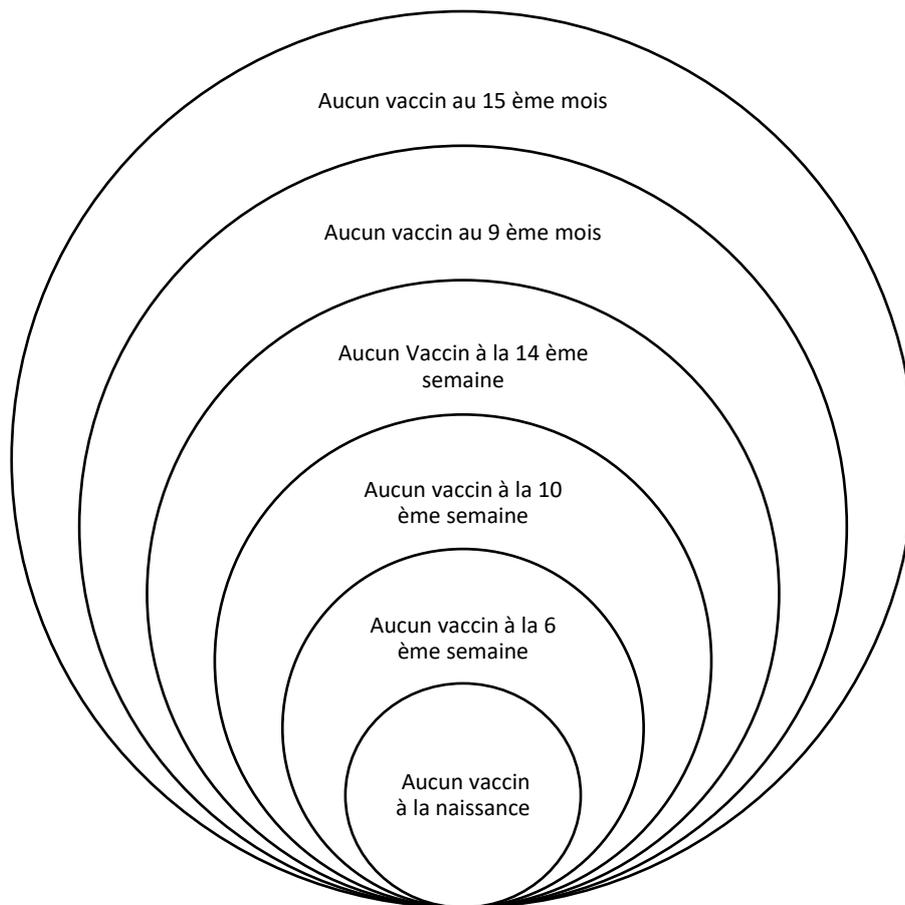
La notion d'« enfants avec zéro dose » (“zero-dose children”) est définie comme regroupant les enfants qui n'ont reçu aucun vaccin. Cependant des gaps existent entre la définition conceptuelle et son opérationnalisation. Dans un premier temps, il s'agissait de limiter le champ opérationnel aux vaccins de routine et dans ceux-ci de définir les enfants zéro dose étant ceux qui n'ont pas reçu la première dose de vaccin contenant les antigènes de la diphtérie, du tétanos et de la coqueluche ([Gavi\\_Zero-dose\\_AnalysisCard.pdf](#)). Ainsi, [Dan Hogan](#)<sup>1,\*</sup> and [Anuradha Gupta](#) écrivent : « The term “zero-dose child” refers to a child who has failed to receive any routine immunizations. For monitoring purposes, it is a measure of whether a surviving infant has received at least one dose of the DTP vaccine”. Ensuite, la définition opérationnelle a été centrée sur Penta 1 qui contient en une seule fiole, 5 vaccins différents contre les maladies suivantes : diphtérie, tétanos, coqueluche, (DTC), hépatite B et Haemophilus influenzae type B (Hib). Cette définition laisse apparaître quelques biais essentiels :

- Les répondants dans les enquêtes communautaires ne se réfèrent pas habituellement aux noms des vaccins. Ils peuvent savoir si leur enfant a été vacciné ou non, mais certainement pas avec quel type de vaccin, ni contre quelle maladie spécifique (cf. sections sur l'acceptabilité des vaccins)
- Les carnets de vaccination révèlent des vaccins qui ne sont pas ceux explicitement listés comme faisant partie de Penta 1

De ce fait, pour une enquête communautaire, il serait certainement plus judicieux de parler d'aucun vaccin pris ou de « zéro vaccin ». Ainsi si on conserve la définition (théoriquement restrictive) de « zéro dose » (centrée sur Penta 1), on pourrait y adjoindre la précision (aux allures de pléonasme ou de tautologie) qu'il s'agit de « zéro dose de Penta 1 ». Sous ce regard, on pourrait parler de « zéro dose » associé spécifiquement à l'antigène auquel il se réfère explicitement.

Dans cette présente étude, on s'appuie sur les constructions culturelles encapsulées dans les langues locales. Ainsi, on tiendra compte des distinctions sémantiques comme celles notamment entre le fait d'avoir pris ou non un vaccin ou d'avoir ou non complété la totalité du processus vaccinal. L'expression *xalébi mësul ñakku* (l'enfant ne s'est jamais fait vacciner) traduit le fait pour un enfant de n'avoir jamais pris un quelconque vaccin. Nous le mettons en équivalence avec la notion de « zéro vaccin » ; cette dernière pouvant s'appliquer dans l'absolu (aucun vaccin n'a été pris par l'enfant) ou relativement (aucun vaccin n'a été pris à une étape ou un âge donné du calendrier vaccinal. Dans ce dernier cas, on utilisera l'expression *xalébi ñakkuwul bi mu tolloo ci...* (L'enfant n'a pas reçu de vaccin / n'a pas été vacciné à l'âge de ...).

**Graphique 4 :** Diagramme d'approche systémique (multi-level)



D'un point de vue opérationnel, la succession de réponse indiquant l'absence de vaccin reçu à différentes étapes aboutit à la reconnaissance de l'idée que l'enfant n'a jamais reçu de vaccin du calendrier du PEV. De même la réponse « l'enfant n'a jamais reçu de vaccin » est confirmée par la non prise de vaccin à toutes les classes d'âge. On en arrive ainsi à construire une relation discursive entre (dans les réponses des parents / tuteurs des enfants qui généralement s'expriment dans les langues locales) l'absence totale (de vaccin) et la non-complétude qui quand on l'approfondit (en s'appuyant sur la consultation des carnets de vaccination) fait apparaître les vaccins manquants.

#### **6.1.2. Repréciser la notion d'enfants « sous-vaccinés » et intégrer celle de « non-complétude » et/ou de « vaccins manquants »**

A la lumière des données sémantiques locales, la notion de « sous-vaccination » paraît difficile à soutenir (dans les contextes communautaires, culturels et linguistiques locaux où on se réfère plus au fait ou non d'avoir reçu un vaccin qu'au nom de celui-ci) si on la limite uniquement à la référence à Penta 3 telle que définit d'un point de vue opérationnel par la littérature de GAVI ([Soutien au vaccin pentavalent \(gavi.org\)](http://gavi.org)). Cependant, la consultation des carnets de vaccination peut aider à enregistrer des cas de non prise de Penta 3 ; mais cette source apparaît à plusieurs égards, comme incomplète.

L'idée de complétude (d'une structure, d'un état à atteindre, d'un processus ou d'un cycle) se retrouve dans les expressions linguistiques locales (par exemple *mëttali*, en wolof). Ici, on se réfère aux idées d'achèvement ou de parachèvement pour parvenir à un état de plénitude ou d'équilibre quelquefois en passant par des processus de rajouts pour construire des mises en parallèle ou des structures convergentes considérées comme parfaite (la racine *mët* ou *mat* exprime l'idée d'achèvement d'un processus naturel ou d'absence d'élément manquant dans une structure devant être en équilibre). Ici, la complétude s'inscrit dans la synchronie structurale de la variété de vaccins à prendre et dans la diachronie de la succession des catégories d'âge des enfants.

### 6.1.3. Repenser la notion de « Communautés manquantes »

La littérature prédominante replace la problématique des enfants n'ayant aucune dose de vaccin dans les contextes des "communautés qui échappent à la vaccination". Celles – ci sont généralement définies comme « des groupes de population confrontés à de multiples privations, y compris des contraintes systématiques qui entravent leur accès à la vaccination et à d'autres services de santé essentiels » ... De manière plus précise, on retrouve dans la littérature l'idée qu'il peut s'agir de divers facteurs contextuels tels « les inégalités socio-économiques » ou « les obstacles liés au sexe » ... [Soutien au vaccin pentavalent \(gavi.org\)](#). Ici, on retrouve la question de la perception de la communauté qui globalement est posée en termes essentialistes, occultant les aspects symboliques, subjectifs, interactionnels, relationnels autour de définition à plusieurs niveaux et dimensions de complexité.

Ainsi essentiellement ce sont les variables sur l'accessibilité géographique et économique et les situations politiques qui sont le plus souvent évoquées. « Nearly 50% of zero-dose children live in three key geographic contexts: urban areas, remote communities and populations in conflict settings ». [The Zero-Dose Child: Explained | Gavi, the Vaccine Alliance](#). Ce regard à maints égards semble pertinent ; mais il paraît également, réducteur et occulte les interrogations sur les distances structurelles, les rapports humains, les rôles et statuts dans la famille de proximité, les rapports de voisinage, les relations de parenté étendues, les relations intra et inter – communautaires, les toiles de sens et significations symboliques, etc. On en arrive alors, au constat de la relative ignorance des aspects et dimensions socio-culturels qui peuvent transcender divers contextes géographiques ou socio-économiques et renvoyer aux questions fondamentales des déficits de communication, d'implication et d'engagement dans l'élaboration et la mise en œuvre des réponses.

Les données de la recherche qualitative amènent à repenser les critères (proximité, accessibilité, disponibilité, équité) habituellement établis dans la littérature pour repérer les populations manquantes, celles qui sont le plus susceptibles d'avoir des enfants n'ayant eu aucune dose de Penta 1, aucun vaccin ou n'ayant pas complété la vaccination prévue par le calendrier du PEV. La proximité apparaît dans la recherche qualitative non pas comme étant uniquement une notion physique. Elle renvoie à des construits culturels autour des identités partagées, de l'expression d'empathie des possibilités de communication approfondies et des relations de confiance. Ainsi, une structure médicale dispensatrice de service de vaccination peut être dans la proximité physique d'une communauté sans que celle-ci ne la sente proche.

La disponibilité du vaccin apparaît dans la recherche qualitative comme devant être comprise sous le prisme non pas de la simple présence physique des vaccins conservés adéquatement

dans une structure sanitaire ; mais des conditions qui permettent leur utilisation directe en adéquation avec la disponibilité temporelle des bénéficiaires. Le même raisonnement peut être fait conservant la notion d'accessibilité. Celle-ci ne renvoie pas seulement à la distance physique au moyen de transport ou au cadre géographique, elle suppose également les relations humaines qui permettent l'utilisation du service. Un dicton wolof dit : « il/elle m'est inapprochable/inaccessible, parce qu'il/elle ne m'a pas ouvert son visage ». Le visage est une métaphore de la socialité et de l'empathie. Ici c'est la possibilité de connexion humaine qui rend possible l'accessibilité.

On en vient alors à la question de la reconnaissance de la dignité de l'autre qui fonde la notion d'équité dans les concepts culturels locaux. L'exigence d'équité ne transcende pas seulement les inégalités de conditions économiques et sociales, elle suppose la communication et la disponibilité de service appropriée quelle que soit la condition sociale.

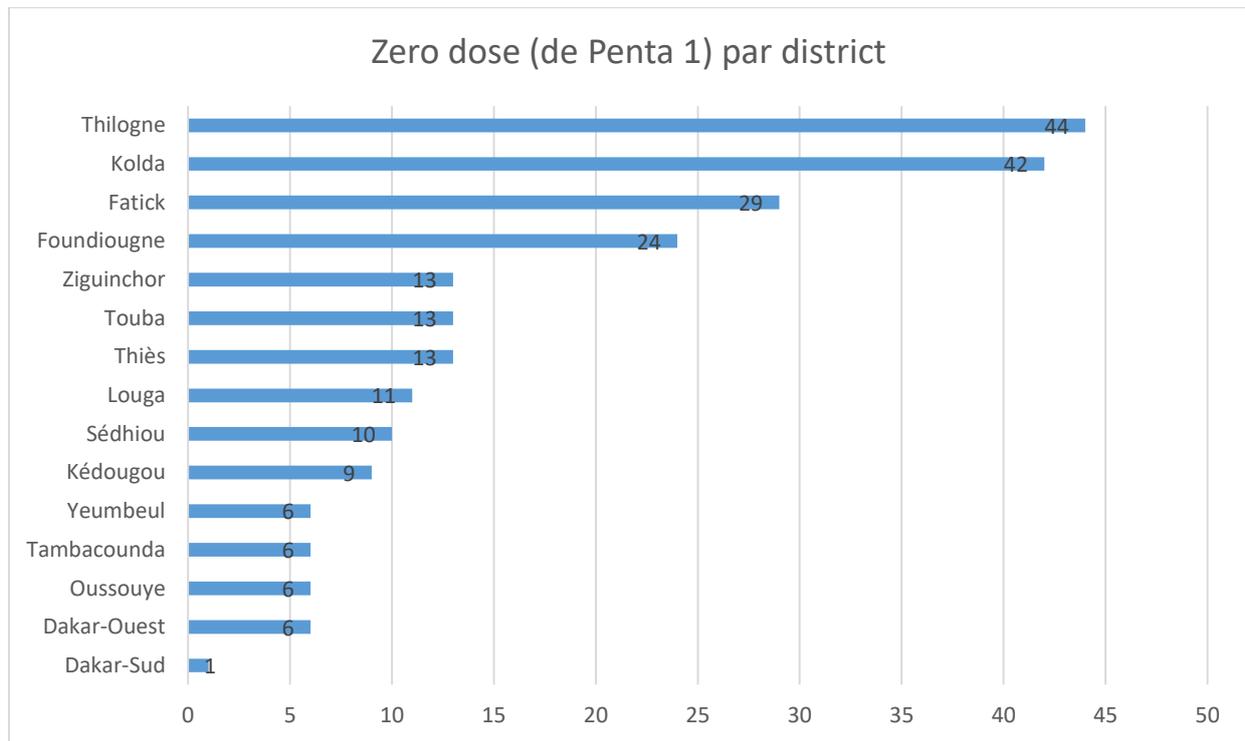
Les développements des rapports entre sexes peinent souvent à s'incruster de manière transversale dans l'ensemble des facteurs associés à la prise de vaccins. Elles apparaissent souvent traitées de manière séparées et occultant les questions autour des dynamiques de résilience, de solidarités féminines ou de rapports intergénérationnels qui permettent la construction communautaire et l'appropriation des réponses.

Au bout du compte, même si différents tests et opérations d'analyse statistique peuvent permettre d'isoler quelques facteurs associés aux cas de « zéro dose » ou de « sous – vaccination », il reste que les analyses sur les situations complexes en relation avec les autres vaccins informent également sur les cas susmentionnés. Ainsi l'analyse des contextes et sens autour du fait d'avoir reçu ou non le moindre vaccin informe pour la compréhension des enfants avec « zéro dose » ou « sous – vaccinés ». La convocation d'approches socio-anthropologiques participe dans ce sens.

## **6.2. Situation des enfants avec « zéro dose » (de Penta 1)**

Si on se réfère à la terminologie dans la documentation de GAVI qui définit les « zéro dose » comme étant les enfants qui n'ont pas reçu le vaccin Penta 1, on peut noter qu'il y a au total, 233 enfants (18% de l'échantillon) qui se trouvent dans ce cas. Si on compare le nombre d'enfants qui n'ont pas reçu de Penta 1 avec ceux qui n'en ont pas reçu, le district de Kolda enregistre le pourcentage le plus élevé (50%) suivi des districts de Touba (40,6%), de Fatick (39,2%) et Foudiougne (27,9%). Les pourcentages les plus faibles se retrouvent à Yeumbeul, Thiès et Sédhiou. Cependant, certains effectifs sont particulièrement faibles, ainsi on a comparé les effectifs selon le district.

**Graphique 5 :** Répartition des effectifs des enfants avec « zéro dose » (Penta 1) selon le district



On aura noté que tous les districts ont au moins 1 cas de « zéro dose » (de Penta1). Les effectifs les plus élevés se retrouvent à Thilogne, suivi de Kolda, Fatick et Foundiougne. A l'exception de Tambacounda et Oussouye, les effectifs les plus faibles sont ceux des districts de la région médicale de Dakar. On peut cependant au vu de la recherche qualitative, penser que les cas dans les zones et populations marginalisés (poches de pauvreté ou d'extrême pauvreté, abris précaires, réfugiées, populations déplacées...) ne figurent pas dans les échantillons pour les données statistiques. La recherche qualitative suggère une forte probabilité d'enfants qui n'ont jamais reçu le moindre vaccin (y compris très probablement Penta 1). Le fait que les mères / tutrices dans ces conditions répondent, en général qu'elles ne détiennent pas de carnets de vaccination pour leurs enfants, rend encore plus difficile le repérage d'enfants avec zéro dose Penta 1.

Pour les cas où on a trouvé que Penta 1 n'avait pas été pris ( $n = 218$ ), les tests du Chi-2 n'ont pas révélé de différences statistiquement significatives en fonction de l'essentiel des caractéristiques sociodémographiques mesurées par le questionnaire. C'est le cas, notamment du niveau d'éducation comme le montre le tableau suivant.

**Tableau 11** : Prise / Non prise de Penta 1 selon le niveau d'éducation de la mère / tutrice

Niveau d'éducation	Penta1			Test
	Oui	Non	Total	p. value
A fait l'enseignement supérieur	65(86,67%)	10(13,33%)	75(100%)	0,115
N'a pas été à l'école «française »	285(77,24%)	84(22,76%)	369(100%)	
S'est arrêté au cycle moyen	201(81,05%)	47(18,95%)	248(100%)	
S'est arrêté au cycle primaire	243(84,08%)	46(15,92%)	289(100%)	
S'est arrêté au cycle secondaire	155(83,33%)	31(16,67%)	186(100%)	
Total	949(81,32%)	218(18,68)	1167(100%)	

Par contre, le croisement des variables montre des différences statistiquement significatives (P. value = 0,003) dans la répartition des cas de « zéro dose » (Penta 1), en fonction de la localité de résidence de la mère / tutrice de l'enfant sujet d'enquête : les structures médicales confessionnelles (5%) et les localités n'ayant ni centre de santé ni poste de santé (12,5%) ont les pourcentages les moins élevés par rapport à la localité avec poste de santé (16,9%) et les localités avec centre de santé (21,4%).

**Tableau 12** : Répartition des enfants avec « Zéro dose » (de Penta 1) en fonction du type de localité

Type de localité de résidence de la mère / tutrice de l'enfant	Penta1			Test
	Oui	Non	Total	p. value
avec centre de santé	553(78,55%)	151(21,45%)	553(100%)	0,003
avec poste de santé	255(83,06%)	52(16,94%)	307(100%)	
avec structure médicale confessionnelle	57(95%)	3(5%)	60(100%)	
sans centre de santé ni poste de santé	84(87,5%)	12(12,5%)	96(100%)	
Total	949(81,32%)	218(18,68%)	1167(100%)	

La confrontation de ces statistiques avec les données qualitatives suggère quelques leçons pour les stratégies visant à réduire la fréquence des enfants avec « zéro dose ». Au demeurant ces tendances à de meilleures performances vaccinales sont apparues, par ailleurs les mêmes pour d'autres vaccins du PEV (présentés plus loin dans le texte).

Les stratégies avancées ou mobiles supposent, nécessairement des concertations et une plus grande entente avec les mères / tuteurs des enfants à vacciner. « Si l'infirmier nous dit qu'il va venir tel jour et que le même jour on a une cérémonie dans le village ou le village voisin, on le lui dit et il trouve une autre date. Sinon, il aura trop d'absences ».

La programmation des séances de vaccinations dans les stratégies avancées semble reposer sur une flexibilité relative qui permet des dynamiques communautaires de synchronisation d'activités (« je vais demander à ma voisine de m'aider pour la maison le temps que je vais faire vacciner l'enfant ») et de solidarité propice à une couverture optimale. « En allant, j'avertis ma voisine dont l'enfant a le même âge que le mien et toutes les deux, on va aller prendre une autre femme qui habite le même quartier ». L'appartenance des enfants à la même classe d'âge crée un lien social entre femmes et propulse des « mouvements d'essaims » (une métaphore pour rendre compte de dynamiques pour des actions collectives).

Les structures sanitaires de type confessionnel semblent bénéficier d'une opinion largement favorable auprès des populations locales. Elles sont associées à des images de rigueur et d'équité dans la gestion et la qualité de leurs services, de désintéressement et d'engagement envers les démunis. Elles renvoient à des concepts spirituels (d'empathie, de compassion, d'écoute de générosité, etc.) attendus des personnels de santé.

Les stratégies mobiles ou avancées sont pour les équipes de santé et les agents communautaires des espaces d'établissement et de renforcement des relations interpersonnelles ou sociales qui participent à la mise en cohérence de leurs interventions avec le milieu bénéficiaire.

### 6.3. Situation des enfants avec « zéro vaccin » (qui n'ont reçu aucun vaccin)

Les analyses sur des fréquences des modalités à la question de savoir si l'enfant âgé a déjà reçu au moins une fois, un vaccin à l'âge de 0 et 24 mois permettent de faire ressortir les chiffres relatifs aux enfants qui n'en ont jamais reçu, selon les réponses des parents / tuteurs de ces enfants. Le tableau ci-dessous montre la fréquence de ces modalités selon le district de l'enquête.

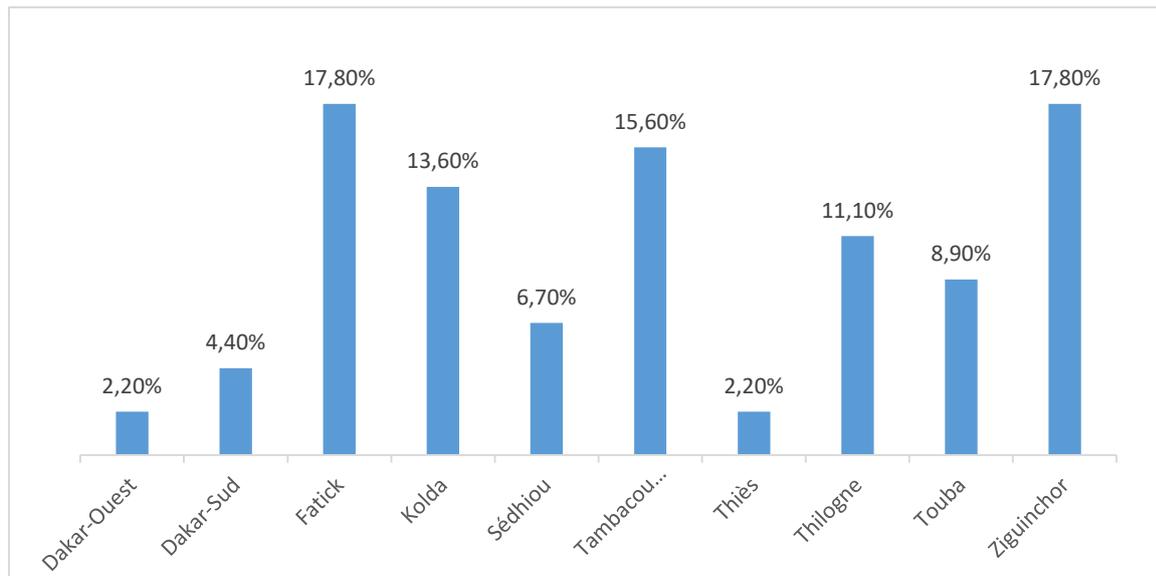
**Tableau 13 :** Répartition de la prise d'au moins une fois un vaccin / de la non prise du moindre vaccin par district

Districts	Ne sait pas (n, %)	Non (n, %)	Oui (n, %)	Total
Dakar-Ouest	0 (0,0%)	1 (1,4%)	69 (98,6%)	70
Dakar-Sud	1 (1,4%)	2 (2,9%)	67 (95,7%)	70
Fatick	1 (1,0%)	8 (7,7%)	95 (91,3%)	104
Foundiougne	3 (2,8%)	0 (0,0%)	103 (97,2%)	106
Kédougou	0 (0,0%)	0 (0,0%)	194 (100,0%)	194
Kolda	1 (0,6%)	6 (3,5%)	164 (95,9%)	171
Louga	1 (0,7%)	0 (0,0%)	135 (99,3%)	136
Oussouye	2 (1,7%)	0 (0,0%)	114 (98,3%)	116
Sédhiou	0 (0,0%)	3 (3,6%)	80 (96,4%)	83
Tambacounda	0 (0,0%)	7 (14,0%)	40 (85,1%)	47
Thiès	1 (0,5%)	1 (0,5%)	218 (99,1%)	220
Thilogne	3 (1,2%)	5 (1,9%)	251 (96,9%)	259
Touba	2 (1,6%)	4 (3,2%)	120 (95,2%)	126
Yeumbeul	3 (1,7%)	0 (0,0%)	174 (98,3%)	177
Ziguinchor	2 (1,1%)	8 (4,6%)	164 (94,3%)	174
Total	20 (1,0%)	45 (2,2%)	1988 (96,8%)	2053

Au moment de l'enquête, un total de 45 enfants de 0 à 24 mois (sur 2023) n'avaient jamais reçu le moindre vaccin (soit 2,2%). Ce pourcentage, à l'échelle nationale paraît relativement faible. Cependant, des écarts importants existent entre districts. Les pourcentages les plus élevés se retrouvent à Tambacounda (14%) Fatick (7,7%) et Ziguinchor (4,6%).

Sur le graphique ci-dessous, on peut remarquer que les districts de Fatick, Ziguinchor et Tambacounda représentent à eux seuls plus de la moitié des cas recensés. Touba enregistre près de 10% des cas recensés.

**Graphique 6 :** Répartition des enfants (0 – 24 mois) n’ayant jamais reçu de vaccin selon le district

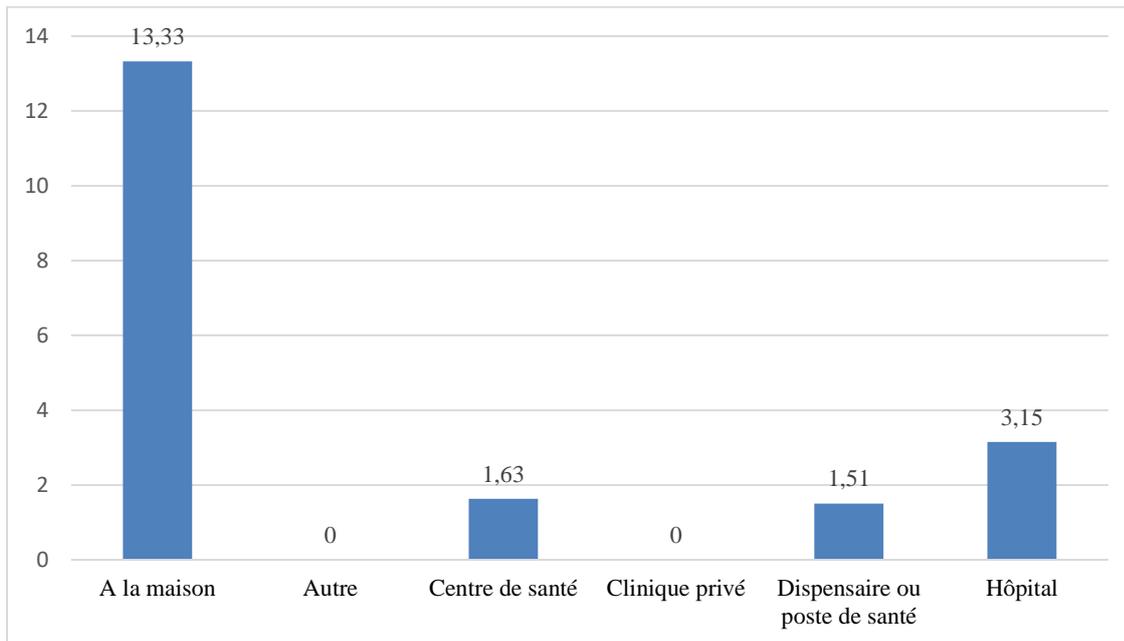


Au regard de ce tableau, les districts qui ont les pourcentages les plus élevés d’enfants avec « zéro vaccin » se retrouvent surtout dans les régions périphériques (par rapport à la capitale Dakar), celles qui concentrent également des problèmes ardues d’accès aux services sociaux de base.

Cependant, l’accessibilité géographique des structures sanitaires ne semble pas être le seul facteur explicatif. Ainsi, nous n’avons pas enregistré un seul cas d’enfant avec « zéro vaccin » dans le district de Kédougou (situé dans l’une des régions les plus enclavées du Sénégal. Egalement on n’a pas enregistré de cas de « zéro vaccin » dans le district de Yeumbeul (dans la zone de la banlieue de Dakar ayant la plus forte densité de population). Dakar Ouest (2,2%), Thiès (2,2%), et Dakar (4,4%) on a aussi des taux relativement faibles d’enfant avec « zéro vaccin » mais on pourrait penser que les chiffres enregistrés ne tiennent pas en compte les situations d’exclusion sociale et de marginalité révélées par la cartographie sociale de la vulnérabilité telle qu’effectuée dans la phase qualitative de cette étude. Nous sommes ici dans une situation où se posent des problèmes ardues d’acceptabilité de vaccins (traités dans un autre chapitre du rapport).

L’analyse des données du questionnaire suggère des variations importantes de la fréquence des prises de vaccin selon les modalités autour du lieu de naissance ou de la localité retenue en fonction du type de structure médicale dans la pyramide sanitaire. Les données qualitatives autour des rapports aux services de vaccination ont aussi été envoyées pour comprendre ces variations. La fréquence de « zéro vaccin » paraît varier en fonction du lieu d’accouchement de la mère / tutrice de l’enfant.

**Graphique 7 : Non prise de vaccin selon le lieu d'accouchement de la mère / tutrice**

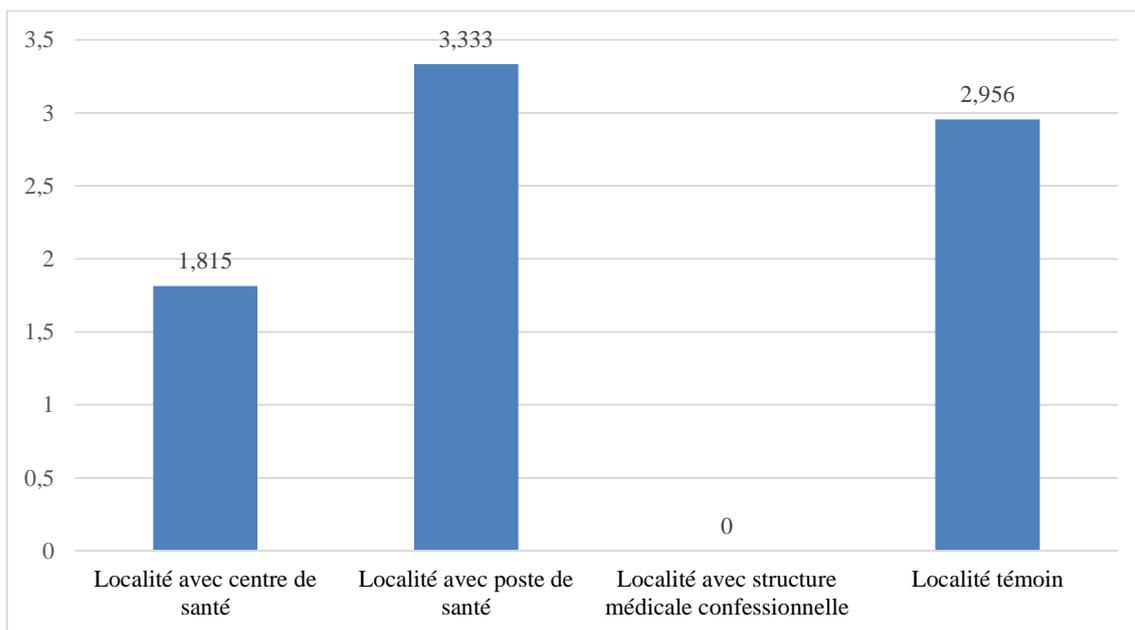


Comme le montre le graphique ci-dessus, les enfants qui n'ont pas reçu le moindre vaccin à la naissance sont plus fréquents pour les femmes / tutrices qui ont donné naissance à domicile par rapport à celles qui le font dans les structures sanitaires. Cependant, il est à noter que même pour les femmes qui ont donné naissance dans les structures de santé publique, il semble qu'il existe des cas où l'enfant n'aurait reçu aucun vaccin. Par contre, nous n'avons enregistré aucun cas de non prise de vaccin associé à l'accouchement dans les cliniques privées. En fait, la variable « zéro vaccin » semble partager certainement le même fondement de rupture de confiance (amplifié par les problèmes d'accès) avec les structures de santé publique auquel est associé l'accouchement à domicile. La variable « zéro dose » (Penta 1) est aussi certainement en relation avec ce même manque de confiance que l'on décèle dans la recherche qualitative.

Pour rendre compte des accouchements à domicile, les textes d'entretien mentionnent tour à tour des attitudes de mépris du personnel à l'endroit des patientes et de leurs accompagnatrices, des insuffisances dans la communication et le stress engendré par les dépenses associées à la couverture des frais d'hospitalisation ou d'achat de médicament... Les facteurs socio-écologiques sont fréquemment mentionnés dans l'analyse des accouchements à domicile. L'enclavement géographique est le plus souvent évoqué. « *Les routes sont mauvaises, les véhicules sont rares..., des fois ce n'est même pas sûr... Moi qui vous parle, j'ai une fois accouché en cours d'évacuation sous un anacardier parce que le poste de santé est difficile d'accès* ». Dans un autre témoignage, on note : « *le Poste de Santé de Thiabedji est loin, difficile voire impossible d'y aller en période de forte pluie* », (Jeune maman, localité de Baraboye, Région de Kédougou, focus groupe).

Par ailleurs, l'analyse des fréquences des réponses sur la non prise de vaccin en fonction du type de localité révèle des variations significatives comme le montre le graphique ci-dessous.

**Graphique 8** : Non prise (au moins une fois) du vaccin (chez les 0-24 mois) selon le type de localité (%)



Le graphique suggère que les localités avec poste de santé ont proportionnellement plus de cas de Non prise de vaccin chez les enfants de 0 à 24 mois. Les localités avec structure professionnelle ne sont associées à aucun cas. Les localités sans centre ni poste de santé ont un pourcentage inférieur à celui des localités avec poste de santé. Cette situation pourrait s'expliquer par les stratégies avancées mises en place dans ce type de localité.

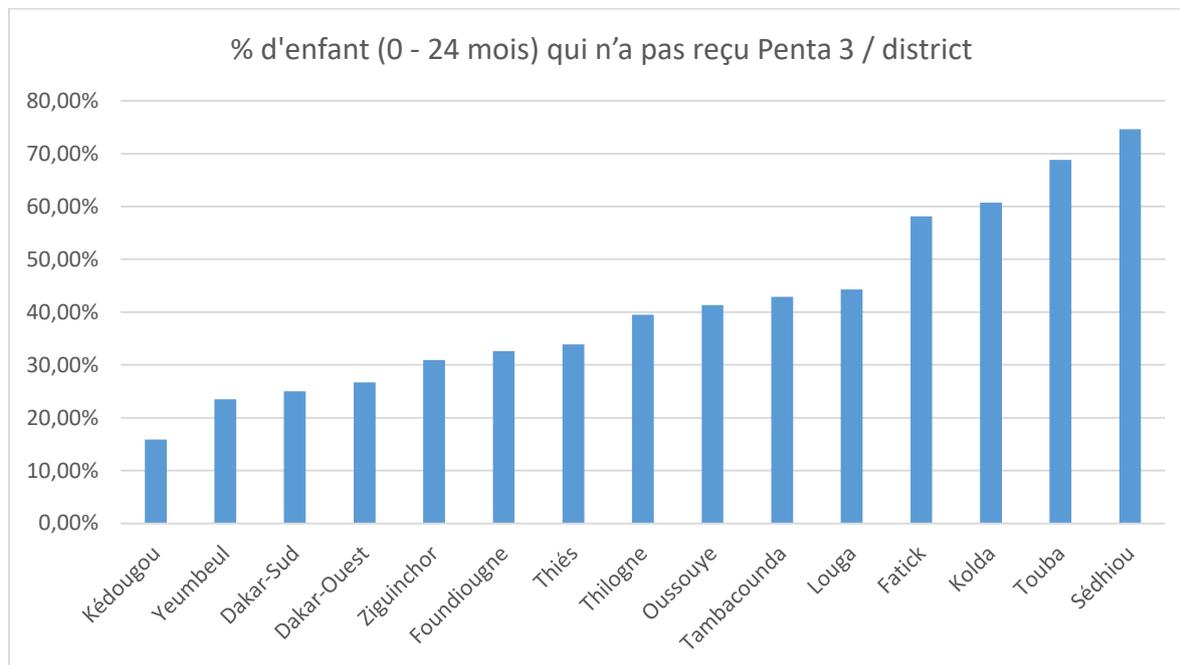
Les différences ainsi notées font penser que les enfants avec « zéro dose » (Penta 1) seraient plus fréquents à trouver dans les localités avec structure médicale fixe. On peut aussi supposer que les stratégies avancées ou mobiles (et les formes de services de santé intégrés qui leur sont associés) participent à la réduction des cas de zéro dose de penta 1.

L'analyse des variables indépendantes (en fonction des caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, la situation matrimoniale ou le niveau d'instruction) n'a pas révélé de différences significatives. Par contre, la recherche qualitative suggère l'importance des dynamiques de groupes et des relations de confiance avec le système de santé dans l'appropriation des processus qui diminueraient la probabilité de trouver des enfants avec « zéro dose » (Penta1). Ces aspects gravitent autour de l'acceptabilité des vaccins, de la mobilisation sociale et de l'engagement communautaire qui seront développés dans les chapitres plus loin.

### **6.3. Fréquence et facteurs autour des enfants sous – vaccinés (n'a pas reçu Penta 3)**

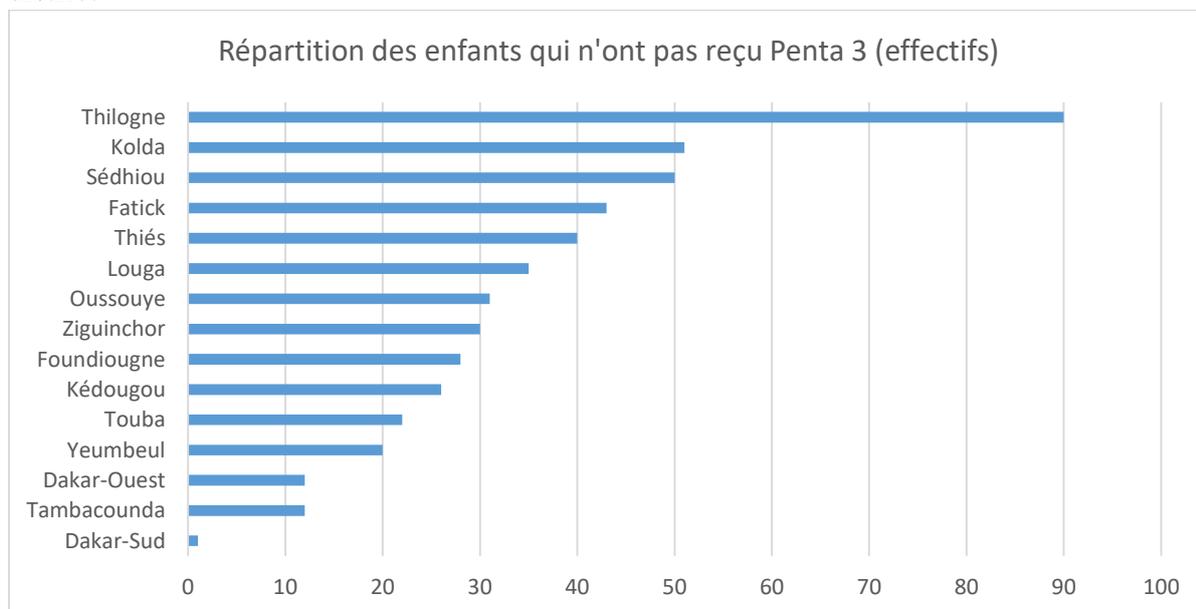
Concernant la sous vaccination selon les critères dans la documentation de GAVI (les enfants n'ayant pas reçu Penta 3), on peut noter que pour l'ensemble de l'échantillon, 491 enfants (soit 38,8% de l'échantillon) se trouvent dans ces cas. Les pourcentages les plus élevés ont été enregistrés à Sédhiou (74,6%) Kolda (60,7%) Touba (68,8%) Fatick (58,1%) ; les faibles se retrouvent à Kédougou, Yeumbeul et Dakar.

**Graphique 9 :** Pourcentage des enfants « sous-vaccinés » (n’ayant pas pris Penta 3) selon le district



La projection des effectifs selon le district donne le graphique ci-dessous qui pour l’essentiel, recoupe sur certains points (notamment les chiffres de Dakar) avec les grandes tendances décrites plus haut (avec les pourcentages).

**Graphique 10 :** Effectifs des enfants « sous-vaccinés » (n’ayant pas pris Penta 3) selon le district



Le graphique ci-dessus suggère qu’à l’exception de Tambacounda, les effectifs les plus faibles (d’enfants qui n’ont pas reçu Penta 3) se retrouvent dans la région de Dakar (dans les districts de Dakar Ouest et de Dakar Sud). Mais compte - tenu des difficultés à avoir des statistiques

collectées au sein des populations marginalisées ou vivant dans des situations de précarité, ils se pourraient que ces effectifs soient sous-évalués.

Quoiqu'il en soit, le croisement des variables n'a pas montré de différences statistiquement significatives concernant la plupart des indicateurs sociodémographiques. Cependant, des différences statistiquement significatives apparaissent quand on tient compte du type de localité (les localités avec structures médicales confessionnelles et celles sans centre de santé ont les pourcentages les plus faibles).

**Tableau 14** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu Penta 3 en fonction du type de localité

Localité de résidence de la mère de l'enfant	Panta3			Test
	Oui	Non	Total	p. value
avec centre de santé	384(54,55%)	320(45,45%)	704(100%)	0,000
avec poste de santé	194(63,19%)	113(58,25%)	307(100%)	
avec structure confessionnelle	51(85%)	9(15%)	60(100%)	
sans centre de santé ni poste de santé	76(79,17%)	20(20,83%)	96(100%)	
Total	705(60,41%)	462(39,59%)	1167(100%)	

Les pourcentages d'enfants qui n'ont pas reçu Penta 3 semble plus faible chez les résidents des localités ayant une structure sanitaire confessionnelle (15%) et dans celles n'ayant ni poste ou centre de santé (20%), par comparaison aux localités avec centre de santé (45,45%) ou avec poste de santé (58,25%). Ces tendances, que l'on retrouve avec le fait de ne pas avoir reçu d'autres vaccins, renvoient certainement, à des différences dans les rapports aux dynamiques communautaires locales et aux effets des stratégies mobiles et avancées mises en œuvre dans les localités sans service de vaccination fixe.

Par ailleurs, il existe aussi des différences statistiquement significatives en fonction de la population ciblée ou du site où s'est déroulée la collecte des données de l'enquête par questionnaire.

**Tableau 15** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu Penta 3 en fonction de la population ou du site d'enquête

Type de population / Site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée	Panta3			Test
	Oui	Non	Total	p. value
Accouchement à domicile	15(51,72%)	14(48,28%)	29(100%)	0,031
Enquête ménage à domicile	349(62,32%)	211(37,68%)	560(100%)	
Espace de mendicité	6(85,71%)	1(14,29%)	7(100%)	
Etablissement d'enseignement	19(76%)	6(24%)	25(100%)	
Rencontres dans une structure de santé	9(90%)	1(10%)	10(100%)	
Lieux de culte ou de détente	1(25%)	3(75%)	4(100%)	
Liste de registres de naissances	231(55,66%)	184(44,34%)	415(100%)	
Marché et lieux de travail	55(62,50%)	33(37,50%)	88(100%)	
Réseaux communautaires ou religieux	20(68,97%)	9(31,03%)	29(100%)	

Le test du Chi-2 fait apparaître des différences significatives, avec des pourcentages plus élevés d'enfants n'ayant pas reçu Penta 3, chez les femmes qui ont fait un accouchement à domicile. Les données qualitatives suggèrent que ce sont les questions autour de l'accessibilité et l'état des rapports de confiance qui donnent sens aux résultats de l'enquête par questionnaire.

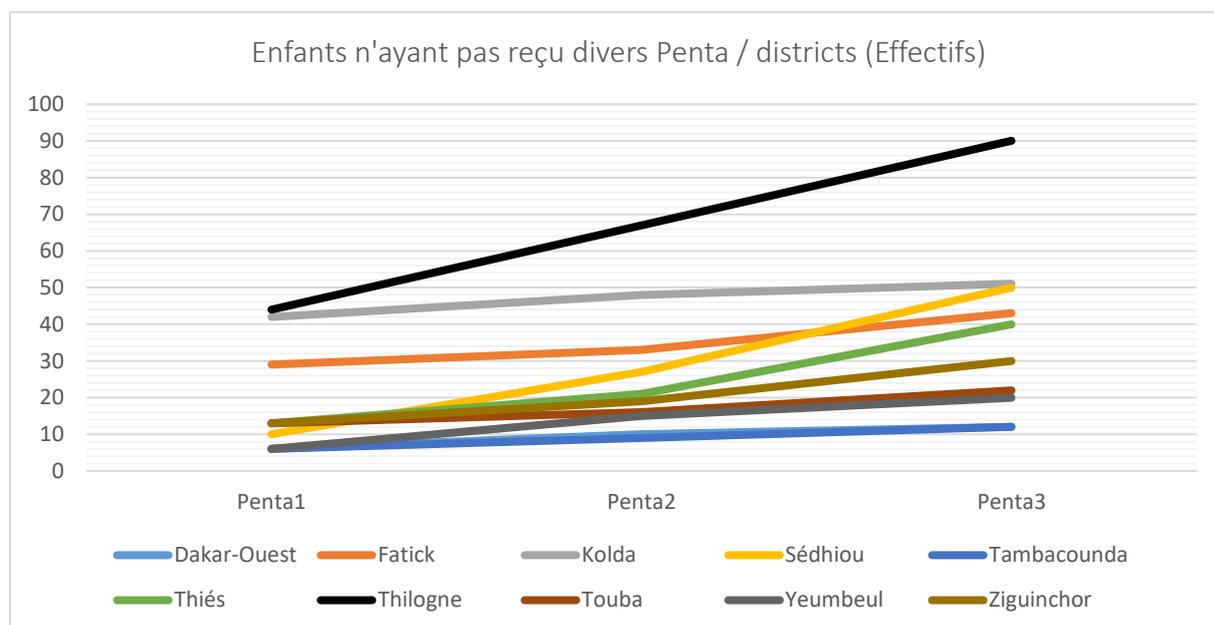
Par ailleurs, il nous a semblé que pour comprendre le fait pour l'enfant de n'avoir pas reçu Penta 3, il est important de mettre dans un même tableau, les données sur les enfants avec « zéro dose » de Penta1 avec celles des enfants qui n'ont pas reçu Penta 2 ou Penta 3. On pourrait ainsi se demander si les tendances autour de Penta 3 ne sont pas perceptibles avec celles relatives à Penta 2.

**Tableau 16** : Répartition des enfants n'ayant pas reçu Penta 1, Penta 2 et Penta 3 en fonction du district

District	Penta1	Penta 2	Penta 3
Dakar-Ouest	6 (13,3%)	10 (22,2%)	12 (26,7%)
Dakar-Sud	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)
Fatick	29 (39,2%)	33 (44,6%)	43 (58,1%)
Foundiougne	24 (27,9%)	25 (29,1%)	28 (32,6%)
Kédougou	9 (5,5%)	15 (9,1%)	26 (15,9%)
Kolda	42 (50,0%)	48 (57,1%)	51 (60,7%)
Louga	11 (13,9%)	17 (21,5%)	35 (44,3%)
Oussouye	6 (8,0%)	17 (22,7%)	31 (41,3%)
Sédhiou	10 (14,9%)	27 (40,3%)	50 (74,6%)
Tambacounda	6 (21,4%)	9 (32,1%)	12 (42,9%)
Thiès	13 (11,0%)	21 (17,8%)	40 (33,9%)
Thilogne	44 (19,3%)	67 (29,4%)	90 (39,5%)
Touba	13 (40,6%)	16 (50,0%)	22 (68,8%)
Yeumbeul	6 (7,1%)	15 (17,6%)	20 (23,5%)
Ziguinchor	13 (13,4%)	19 (19,6%)	30 (30,9%)
Total	233 (18,4%)	340 (26,9%)	491 (38,8%)

Les districts de Kolda, de Touba et de Fatick enregistrent les fréquences les plus élevées d'enfant avec « zéro dose » Penta 1. Pour Penta 2, les pourcentages les plus élevés ont été enregistrés à Kolda, Touba, Fatick et Sédhiou. Pour Penta 3, les fréquences les plus fortes sont celles de Sédhiou, Touba, Kolda et Fatick.

**Graphique 11** : Effectifs des enfants n’ayant pas reçu Penta 1, Penta 2 ou Penta 3 en fonction du district

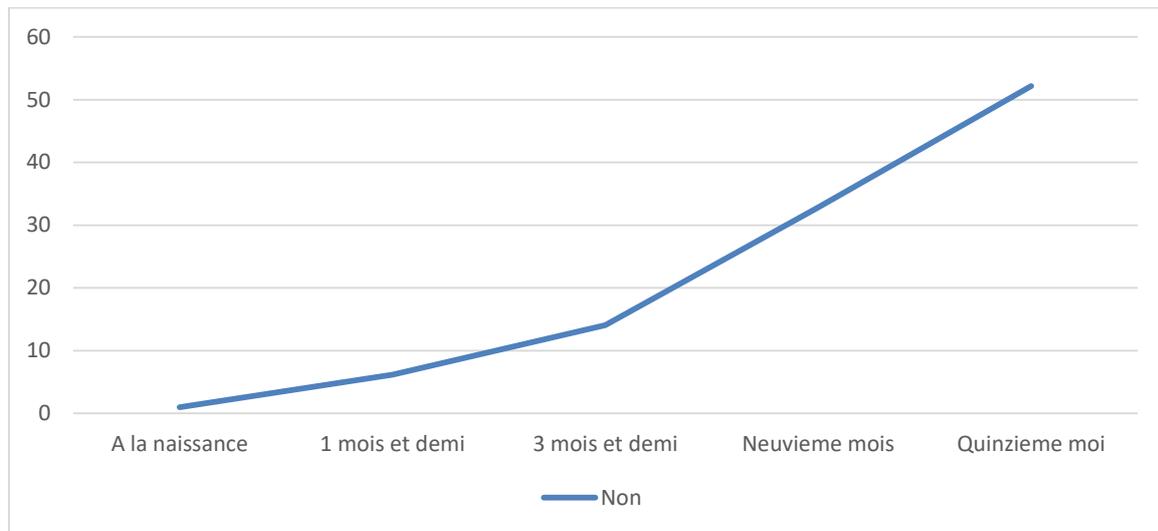


Au bout du compte, on peut voir qu’il y a une tendance systématique à l’augmentation des chiffres d’enfants qui n’ont pas reçu de vaccin, quand on passe de Penta 1 à Penta 2 et Penta 3. Tout alors semble se passer comme si les facteurs autour des « zéro dose » (Penta 1) étaient amplifiés dans les cas de sous-vaccination (n’avoir pas reçu Penta 3). Dans les entretiens qualitatifs, il arrive qu’on évoque la mobilité des mères et de leurs enfants pour expliquer la non prise de tous les Penta. Ainsi, un agent de santé raconte : « *Il y a aussi l’exode rural des mamans. Par exemple les mamans entament le Penta 1 ..., après elles s’en vont à Dakar. Si tu rappelles la maman ou le père, on vous informe que la maman est à Dakar* » (Responsable-SSP, Fatick). Ce facteur n’est souvent pas le seul évoqué. D’autres ayant trait à la situation sociale, aux perceptions des risques sanitaires et aux rapports de genre sont aussi présentés dans toutes les situations vaccinales et sont rendus compte plus loin dans le texte.

#### 6.4. N’avoir pas reçu le moindre vaccin à divers âges

Pour compléter l’analyse de la problématique générale des enfants non ou insuffisamment vaccinés et mieux comprendre la problématique des enfants avec « zéro dose » et celle de la « sous-vaccination », il nous a semblé judicieux d’analyser la fréquence des réponses (des parents / tuteurs) aux questions de savoir si l’enfant a reçu ou non un vaccin (même si le nom du vaccin est ignoré) à diverses catégories d’âge.

**Graphique 12** : Ne pas avoir reçu un vaccin en fonction de l'âge (pour les effectifs de 0 – 24 mois)

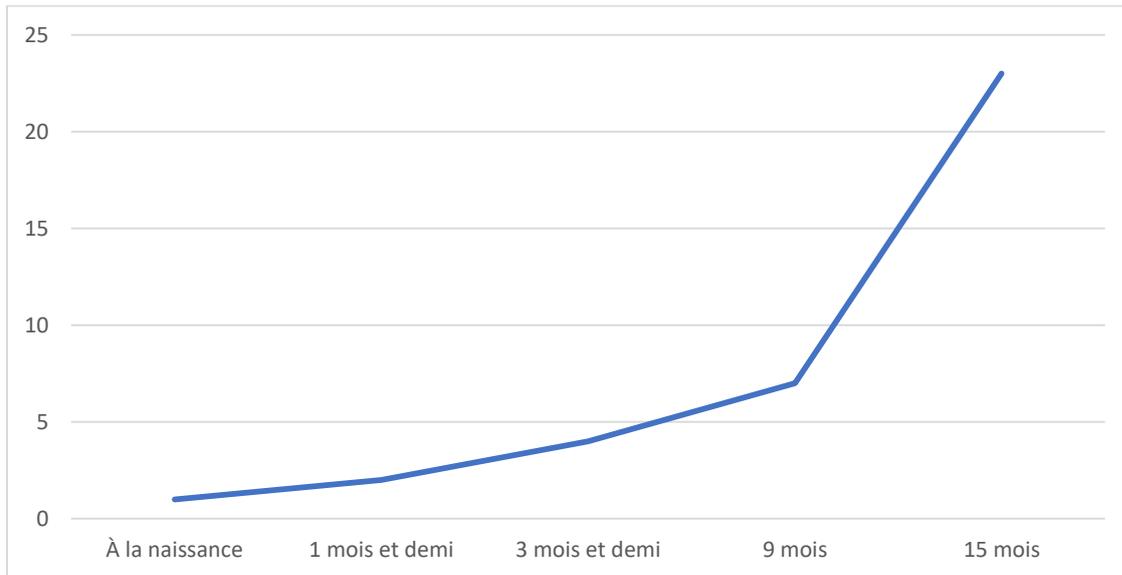


La représentation graphique indique que plus l'enfant grandit moins les parents ne le font prendre les vaccins prévus par le calendrier vaccinal. Les données qualitatives suggèrent qu'au début de l'apparition des dents de l'enfant (au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> mois), les parents préfèrent l'emmener chez le tradi-praticien plutôt que dans les structures de santé. Au 9<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> mois, la baisse de la vaccination est certainement à mettre en relation avec les déficits de communication et les gaps avec les concepts culturels autour de la santé de l'enfant (pas seulement avec les insuffisances des mécanismes de rappel). On cite dans un texte d'entretien : « *Un de mes enfants qui avait déjà assuré sa survie (rëcc) est tombé gravement malade et jusqu'à présent, il boite. Juste après avoir pris la piqure de la vaccination, sa santé s'était nettement dégradée. Je me suis rendue alors à l'hôpital où il avait reçu l'injection pour le leur faire part. Mais, on m'a juste dit de ne plus amener mon enfant pour des piqures de vaccin... Il ne devrait venir que pour les vitamines qu'on met dans la bouche...* », (jeune femme d'origine guinéenne, DS Ouest, région de Dakar, entretien individuel).

Le terme wolof « *rëcc* » renvoie à l'idée d'avoir échappé ou survécu à un danger vital. Tout semble se passer ici comme si le nouveau-né était en situation extrême de vulnérabilité et qu'il pouvait mourir à tout moment. La mort à cet âge se traduit, d'ailleurs, par l'expression « *delluna* » (être reparti d'où l'on est venu). L'idée de « laisser partir » le bébé qui ne veut pas rester semble fonctionner comme une construction de normalisation pour rendre ce phénomène acceptable. Par contre, une fois la survie assurée, c'est le risque d'handicap physique qui devient l'objet de préoccupation. Comme le nouveau-né a échappé à la mort (il reste dans la communauté des vivants) ; il faut s'assurer que ses membres en particulier ceux de sa motricité ne seraient pas atteints. Or, le vaccin à l'enfance pourrait faire courir ce danger. Ce cadre conceptuel expliquerait certainement, en partie, la tendance à la non-complétude de VPO.

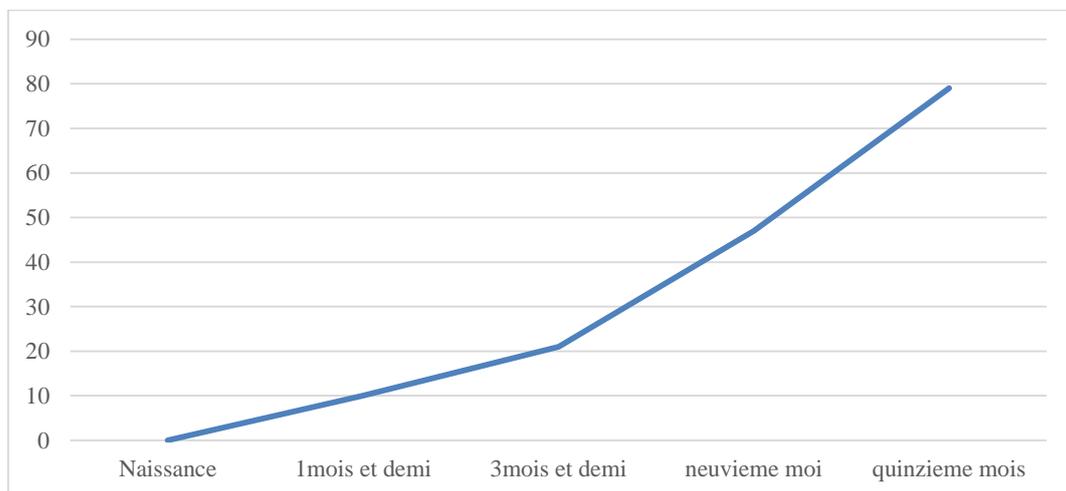
Les réponses aux questions (sur la situation vaccinale de leurs enfants de 0 à 24 mois) posées aux personnes dans des situations de vulnérabilité ont produit des données dont le traitement fait ressortir une augmentation sensible des cas de non prise de vaccin, à partir du 3<sup>ème</sup> mois et demi, avec un pic au 15<sup>ème</sup> mois.

**Graphique 13** : Jumeaux n’ayant pas reçu de vaccin selon l’âge



Probablement en rapport avec la faiblesse des effectifs, nous n’avons pas trouvé de différence statistiquement significative entre les jumeaux et les autres enfants de la population générale, pour ce qui est de zéro dose – Penta 1 et de zéro vaccin. Mais on trouve que chez les jumeaux la tendance à ne pas recevoir de vaccin semble plus marquée à partir du neuvième mois. Ce tableau converge avec les représentations sur la santé des jumeaux telles que développées dans les chapitres plus loin. On retrouve la même configuration chez les mères célibataires, comme le montre la courbe ci-dessous.

**Graphique 14** : Non prise de vaccin des enfants de 0 à 24 mois chez les mères célibataires



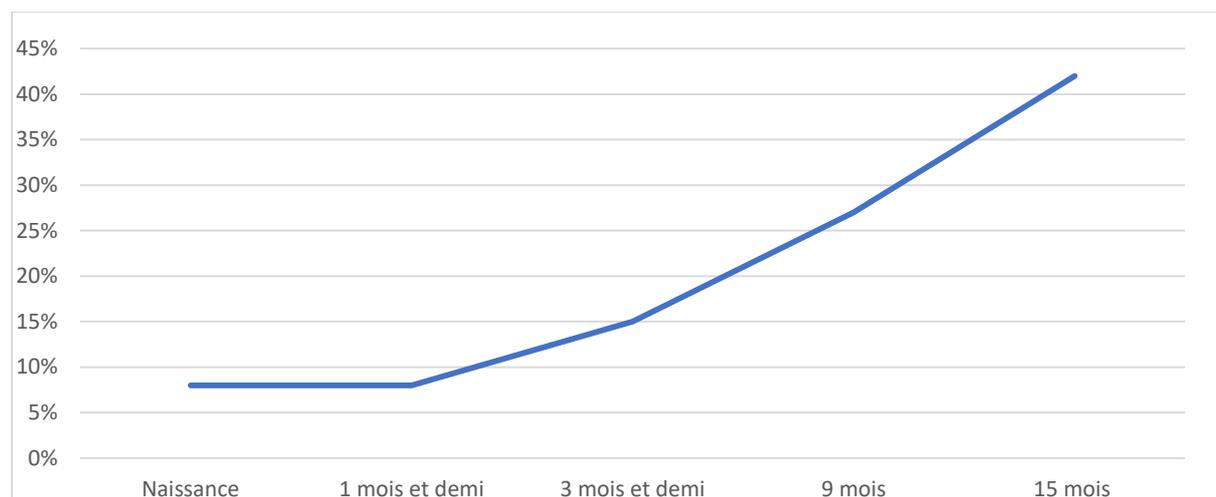
Chez les mères célibataires, c’est à partir du troisième mois et demi que les tendances de non prise de vaccin sont les plus fortes.

Dans la recherche qualitative, nous avons noté l’opinion selon laquelle, les mères célibataires (le plus souvent de jeunes femmes) ont moins d’expériences dans la gestion de la santé de leur propre nouveau-né y compris en ce qui concerne le respect du calendrier vaccinal. La littérature consacrée indique par ailleurs que dans certains contextes, les enfants des jeunes mères sont à

risque d'avoir des problèmes de développement<sup>12</sup>. Le soutien social est alors fréquemment évoqué comme réponse et moyen de prévention. Ainsi, des études insistent-elles sur le rôle des grand-mères dans ce sens<sup>13</sup>.

La non prise de vaccin des enfants dont les parents sont dans les espaces de mendicité, décrit une courbe de progression à partir d'un mois et demi et atteint son pic à 15 mois.

**Graphique 15 :** Pourcentage d'enfants n'ayant jamais pris de vaccin dans les espaces de mendicité, selon la catégorie d'âge



Le graphique suggère des pourcentages plus élevés d'enfants avec zéro vaccin à la naissance (comparés à la population générale). La tendance se renforce à partir du premier mois et demi pour atteindre les fréquences les plus élevées au quinzième mois.

L'observation des espaces de mendicité révèlent que plusieurs indices concordants laissent penser que certains enfants dans les espaces de mendicité ne sont pas avec leurs parents biologiques. Ils seraient victimes d'un trafic qui consiste à les prendre de leurs parents biologiques pour le temps de la période de mendicité et de les retourner après. Dans ces conditions, l'adulte qui les prend est très peu enclin à les faire vacciner, d'autant plus qu'il nourrit une grande méfiance par rapport à tous les services officiels y compris ceux de santé.

Des entretiens qualitatifs effectués sur le terrain dans les espaces de mendicité mettent en exergue des propos qui soulignent un argumentaire visant à ôter les adultes en question de la responsabilité de faire vacciner l'enfant : « *Est-ce que c'est ton enfant pour que toi, tu veuilles le faire vacciner ?* » (On sous-entend : ses propres parents ne te l'ont pas demandé). Les observations par les socio-anthropologues à des heures répétées de la journée font craindre des états de santé déplorables pour ces enfants. *Certains donnent l'impression de souffrir de retard de croissance « ils paraissent trop petits pour l'âge qu'on leur donne si jamais l'interlocuteur ou l'interlocutrice consent à leur donner un âge. D'autres restent des heures sans le moindre mouvement avec des pieds ou des yeux de forme et de couleur suspectes.* La pratique de la

<sup>12</sup> O'Callaghan, M., & Willard, C. C. (2001). Developmental delays in children of adolescent mothers. In T. L. Whitman, J. G. Borkowski, D. A. Keogh & K. Weed (Eds.), *Interwoven Lives: Adolescent Mothers and Their Children*, (pp. 119-148). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

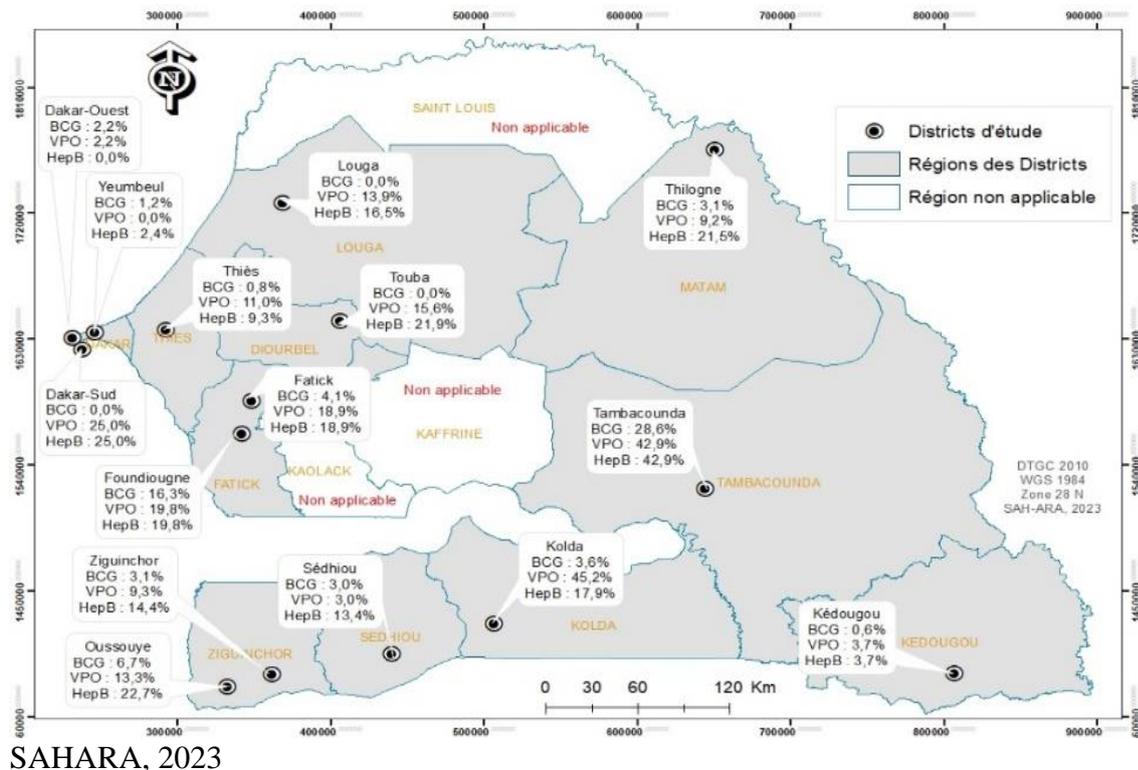
<sup>13</sup> Aubel, J., Touré, I. & Diagne, M. (2004). Senegalese Grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: "The guardians of tradition are not averse to change". *Social Science & Medecine*, 59, 945-959.

mendicité est aussi présentée comme une activité chronophage : le temps passé peut difficilement être consacré ailleurs, notamment à l'attente pour des services de vaccination (qui eux ne sont pas hautement considérés dans l'échelle des priorités individuelles).

## 6.5. Ne pas avoir reçu quelques vaccins spécifiques à divers âges

A l'analyse de données des carnets de vaccination des enfants, on se rend compte pour certains antigènes spécifiquement mentionnés, il est noté que l'enfant a reçu le vaccin. Nous avons calculé ces cas et les ont confrontés à ceux pour lesquels les mentions n'ont pas été faites.

**Carte 2 :** Pourcentage (0-24 mois) n'ayant pas reçu, à la naissance, les vaccins ci-dessous, mentionnés (consultation de carnets de vaccination)



La carte ci-dessous suggère des variations entre les districts, concernant le fait que divers vaccins n'ont pas été pris à la naissance. Les pourcentages d'enfants n'ayant pas reçu le vaccin à la naissance sont plus élevés dans les districts Tambacounda (28,6%), Foundiougne (16,3%) en ce qui concerne le BGG. Pour le VPO les districts concernés sont Kolda, Tambacounda, Dakar Sud Foundiougne, Fatick et représentent respectivement 45,2% ; 42,9%, 25%, 19,8%, 18,9%. Il en est de même pour l'Hep B dans les districts de Tambacounda (42,9%), Dakar Sud (25, %), Oussouye (22, 7%), Touba (21,9%) et Foundiougne (19,8%).

On pourrait noter que concernant la prise des vaccins à la naissance, en principe l'accouchement à domicile devrait être suivi par l'acheminement de la mère et du nouveau-né à la structure de santé la plus proche pour y recevoir les premiers soins qui généralement comprennent des vaccins. Mais ceux-ci selon certains informateurs-clefs, peuvent ne pas être disponibles. D'ailleurs, cet acheminement post-partum rencontre les mêmes difficultés logistiques que celles en rapport avec l'accouchement à domicile. A cela s'ajoute, la perception locale que le nouveau-

né et sa mère sont en ces moments en situation d'extrême vulnérabilité (surtout vis-à-vis du « regard » du public). Ainsi, l'amélioration de l'accessibilité géographique apparaît comme un important élément de réponse pour de meilleures couvertures vaccinales.

**Tableau 17** : Les enfants de 0 à 24 mois n'ayant pas reçu de vaccin à deux (2) mois et demi

Districts	Penta 2	VPO 2	Rota 2
Dakar-Ouest	10 (22,2%)	8 (17,8%)	8 (17,8%)
Dakar-Sud	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)
Fatick	33 (44,6%)	33 (44,6%)	35 (47,3%)
Foundiougne	25 (29,1%)	22 (25,6%)	26 (30,2%)
Kédougou	15 (9,1%)	17 (10,4%)	17 (10,4%)
Kolda	48 (57,1%)	52 (61,9%)	50 (59,5%)
Louga	17 (21,5%)	27 (34,2%)	38 (48,1%)
Oussouye	17 (22,7%)	26 (34,7%)	28 (37,3%)
Sédhiou	27 (40,3%)	46 (68,7%)	47 (70,1%)
Tambacounda	9 (32,1%)	12 (42,9%)	12 (42,9%)
Thiès	21 (17,8%)	31 (26,3%)	32 (27,1%)
Thilogne	67 (29,4%)	68 (29,8%)	80 (35,1%)
Touba	16 (50,0%)	15 (46,9%)	17 (53,1%)
Yeumbeul	15 (17,6%)	15 (17,6%)	22 (25,9%)
Ziguinchor	19 (19,6%)	21 (21,6%)	24 (24,7%)
Total	340 (26,9%)	394(31,1%)	437(34,5%)

Les ratios sont presque constants pour ce qui concerne les absences de mentions de Penta 2, Pneumo 2, VPO 2 et Rota 2. Les pourcentages les plus élevés de non prise sont ceux de Kolda, Fatick, Touba et Sédhiou. Kédougou et Yeumbeul ont généralement les pourcentages les moins élevés.

**Tableau 18** : Les enfants de 0 à 24 mois n'ayant pas reçu de vaccin à trois (3) mois et demi

Districts	Penta 3	VPO 3	Rota 3
Dakar-Ouest	12 (26,7%)	12 (26,7%)	13 (28,9%)
Dakar-Sud	1 (25,0%)	1 (25,0%)	1 (25,0%)
Fatick	43 (58,1%)	40 (54,1%)	49 (66,2%)
Foundiougne	28 (32,6%)	29 (33,7%)	36 (41,9%)
Kédougou	26 (15,9%)	29 (17,7%)	30 (18,3%)
Kolda	51 (60,7%)	55 (65,5%)	58 (69,0%)
Louga	35 (44,3%)	42 (53,2%)	46 (58,2%)
Oussouye	31 (41,3%)	31 (41,3%)	41 (54,7%)
Sédhiou	50 (74,6%)	55 (82,1%)	55 (82,1%)
Tambacounda	12 (42,9%)	15 (53,6%)	18 (64,3%)
Thiès	40 (33,9%)	46 (39,0%)	56 (47,5%)
Thilogne	90 (39,5%)	95 941,7%)	108 (47,4%)
Touba	22 (68,8%)	19 (59,4%)	20 (62,5%)
Yeumbeul	20 (23,5%)	23 (27,1%)	38 (44,7%)
Ziguinchor	30 (30,9%)	36 (37,1%)	50 (51,5%)
Total	491 (38,8%)	528 (41,7%)	619 (48,9%)

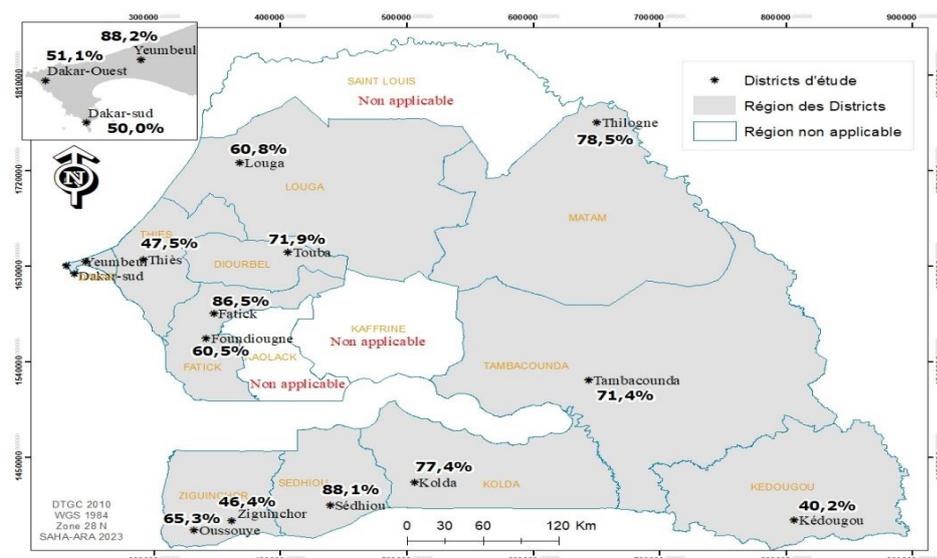
Selon l'analyse des données des carnets de vaccination, les districts de Sédhiou, Kolda, Fatick, Touba et Louga ont généralement les pourcentages les plus élevés de non prise de ces antigènes à 3 mois et demi.

**Tableau 19** : Vaccins RR1 + VAA et RR2 reçus à 9 mois et à 15 mois

Districts	A 9 mois	A 15 mois
	RR1 + VAA	RR2
Dakar-Ouest	22 (48,9%)	23 (51,1%)
Dakar-Sud	2 (50,0%)	2 (50,0%)
Fatick	59 (79,7%)	64 (86,5%)
Foundiougne	42 (48,8%)	52 (60,5%)
Kédougou	48 (29,3%)	66 (40,2%)
Kolda	65 (77,4%)	65 (77,4%)
Louga	47 (59,5%)	48 (60,8%)
Oussouye	48 (64,0%)	49 (65,3%)
Sédhiou	56 (83,6%)	59 (88,1%)
Tambacounda	18 (64,3%)	20 (71,4%)
Thiès	63 (53,4%)	56 (47,5%)
Thilogne	159 (69,7%)	179 (78,5%)
Touba	21 (65,6%)	23 (71,9%)
Yeumbeul	51 (60,0%)	75 (88,2%)
Ziguinchor	37 (38,1%)	45 (46,4%)
Total	738 (58,3%)	826 (65,2%)

Les pourcentages les plus élevés de non prise de ces vaccins sont ceux de Yeumbeul, Sédhiou, Fatick, Kolda, Thilogne pour ce qui concerne RR2 ; pour RR1, on a ceux des districts de Sédhiou, Fatick, Kolda... La projection des données de l'antigène RR1 donne la carte ci-dessous :

**Carte 3** : Non prise de vaccin à 15 mois et demi



SAHARA, 2023

La carte indique que Yeumbeul, Sédhiou, Fatick, Thilogne, Kolda, et Touba constituent les districts sanitaires où les enfants (de 0 à 24 mois) ont le moins fréquemment reçu de vaccin à

quinze (15) mois et demi. Les pourcentages les plus élevés sont respectivement : 88,2%, 88,1%, 86,5%, 78,5%, 77,4%, 71, 9%. Les districts de Thiès, Kédougou, Dakar Ouest et Dakar Sud ont des performances relativement plus élevées avec des pourcentages nettement inférieurs.

## 6.6. Facteurs associés à quelques vaccins non pris par les enfants de 0 à 24 mois

La recherche qualitative permet d'identifier la tuberculose (*sëxët su bonn* : la mauvaise toux) et la paralysie des membres (*lonpoñ, lafañ*) comme parmi les craintes les plus fréquemment exprimées dans les focus groupes au sujet de la santé des enfants. Ainsi avons-nous tenté d'approfondir l'analyse des données des carnets de vaccination sur les vaccins BCG, VPO, VPO2 et VPO3.

### 6.6.1. BCG et Hépatite B

On note que sur l'ensemble de l'échantillon, 3,77% des enfants de 0 à 24 mois n'en ont pas reçu. Cependant, il y a des différences importantes entre districts. Nous n'avons pas enregistré de cas dans les districts de Louga, Thiès, Touba, Kédougou... Les pourcentages les plus élevés se retrouvent à Tambacounda (28%), Fouta-Dioulas (16,3%) et Oussouye (6,7%). Aussi, le site d'enquête et le type de population semblent, également, avoir une relation avec la fréquence des enfants qui n'ont pas reçu le vaccin BCG.

**Tableau 20** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu BCG en fonction du type de population / site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée

Type de population / Site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée	BCG			Test
	Oui	Non	Total	p. value
Accouchement à domicile	29(100%)	-	29(100%)	0,03
Enquête ménage à domicile	535(95,54%)	25(4,46%)	560(100%)	
Espace de mendicité	6(85,71%)	1(14,29%)	7(100%)	
Etablissement d'enseignement	25(100%)	-	25(100%)	
Rencontres dans une structure de santé	9(90%)	1(10%)	10(100%)	
Lieux de culte ou de détente	4(100%)	-	4(100%)	
Liste de registres de naissances	407(98,07%)	8(1,93%)	415(100%)	
Marché et lieux de travail	80(90,91)	8(9,09%)	88(100%)	
Réseaux communautaires ou religieux	28(96,55%)	1(3,45%)	29(100%)	
Total	1123(96,23%)	44(3,77%)	1167(100%)	

Le croisement des variables et le test de Chi-2 montrent des différences statistiquement significatives selon le site ou la population enquêtée (0,03%), avec des pourcentages élevés dans les espaces de mendicités, les marchés et lieu de travail.

Par ailleurs, les données qualitatives évoquent des problèmes autour du vaccin contre l'Hépatite B. On parle de rupture de stock ... « les sages-femmes, sur le coup de la fatigue oublient... Aussi, il peut arriver que les sages-femmes stagiaires ne les administrent pas parce qu'elles ne savent pas et qu'elles viennent juste d'intégrer le poste » (Point Focal PEV).

### 6.6.2. VPO, VPO2, VPO3

Concernant le vaccin VPO, on note qu'il n'a été pris que par 12,7% des enfants de 0 à 24 mois. Les pourcentages les plus élevés se retrouvent à Kolda (45,2%) Tambacounda (42,9%) Dakar Sud (25%) Fatick (18,9%) Foudiougne (19,8%) Touba (16,8%) et Oussouye (13,3%).

Le croisement avec variables autour des caractéristiques sociodémographiques ne fait pas apparaître de différences statistiquement significatives, à l'exception de celles concernant le type de population ciblée ou le site d'application de l'enquête par questionnaire.

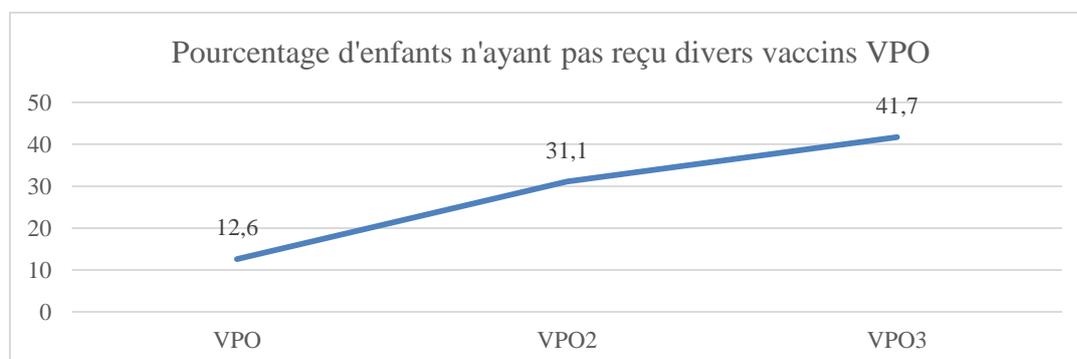
**Tableau 21** : Répartition des enfants ayant / n'ayant pas reçu VPO en fonction du type de population / site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée

Type de population / Site où la mère / tutrice de l'enfant a été enquêtée	VPO			Test
	Oui	Non	Total	p. value
Accouchement à domicile	23(79,31%)	6(20,69%)	29(100%)	Ti
Enquête ménage à domicile	472(84,29%)	88(15,71%)	560(100%)	
Espace de mendicité	5(71,43%)	2(28,57%)	7(100%)	
Etablissement d'enseignement	25(100%)		25(100%)	
Rencontres dans une structure de santé	10(100%)		10(100%)	
Lieux de culte ou de détente	4(100%)		4(100%)	
Liste de registres de naissances	378(91,08%)	37(8,92%)	415(100%)	
Marché et lieux de travail	74(84,09%)	14(15,91%)	88(100%)	
Réseaux communautaires ou religieux	27(93,10%)	2(6,90%)	29(100%)	
Total	1018(87,23%)	149(12,77%)	1167(100%)	

Le tableau fait ressortir une différence significative (P. value =0,009) dans la fréquence des enfants n'ayant pas reçu VPO. Les données recueillies dans les espaces de mendicité ont les pourcentages les plus élevés (28,57%), suivies de celles dans le groupe des femmes ayant donné naissance à domicile (20,69%).

Par ailleurs, l'analyse des données des carnets de vaccination a également permis de donner une indication sur l'évolution du nombre de cas de non prise de vaccin en fonction du type d'antigène (VPO, VPO2 et VPO3).

**Graphique 16** : Pourcentage d'enfants n'ayant pas reçu VPO, VPO2, VPO3



Les pourcentages d'enfants qui n'ont pas reçu divers antigènes contre la poliomyélite augmentent selon qu'on passe du VPO au VPO2 et au VPO3). Nous n'avons pas pu trouver de différences significatives associées à des variables sociodémographiques telles que le niveau d'instruction, l'âge des parents, etc.

Par contre, les données qualitatives suggèrent l'idée qu'au-delà de l'évocation des déficits de communication autour des rappels de prise de vaccin et des problèmes d'accessibilité, la perception de risques attribués aux effets secondaires de la vaccination à certains âges est constamment notée. Ici, paradoxalement, le cas extrême semble être celui de la peur et des rumeurs autour du handicap moteur qui pourrait être associées à la non prise du vaccin contre la poliomyélite, maladie qui selon le personnel de santé fait précisément courir le risque de ce handicap.

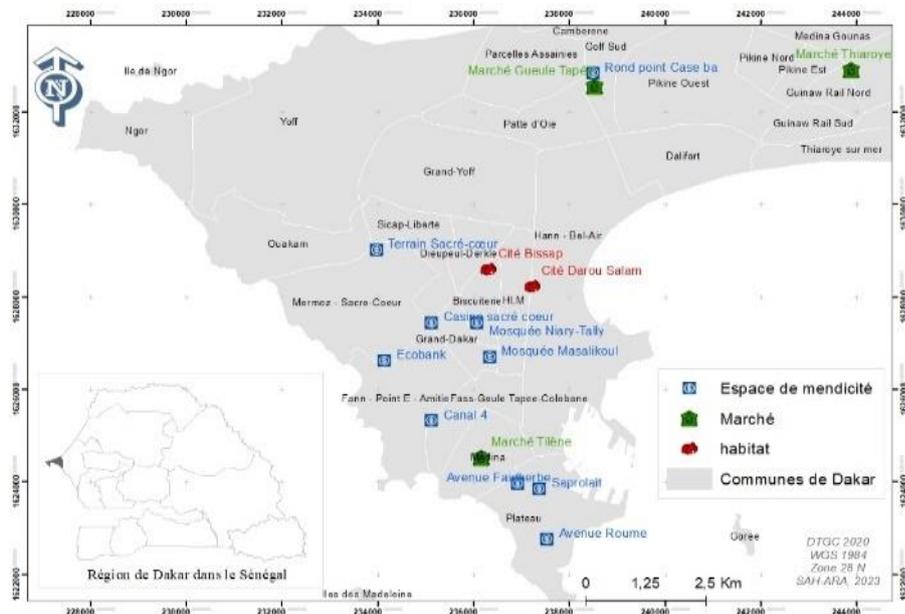
Le handicap de l'enfant peut bouleverser la famille en ce qu'il est représenté comme une anomalie, voir une sorte de malédiction qui entache le statut de la mère. S'il est perçu comme associé au fait d'avoir reçu un vaccin, il conduit à un sentiment de culpabilité pour la personne ayant pris la décision de faire vacciner l'enfant. On en arrive alors à la question d'une communication susceptible de prendre appui sur les conceptions locales de la vulnérabilité et du risque de handicap.

### **6.7. Géographie sociale des enfants avec « zéro dose », « zéro vaccin », « sous-vaccinés » ou en situation de non-complétude vaccinale**

A l'issu d'entretiens qualitatifs, les responsables du personnel de santé, les relais communautaires, les *Bajenu gox* dans le district, avaient volontiers, indiqué des endroits où ils pensent qu'on pourrait retrouver les plus grandes fréquences d'enfants avec « zéro dose » Penta1, zéro vaccin ou n'ayant pas pris l'ensemble des vaccins à différents âges du calendrier prescrit par le PEV. Ensuite ces indications ont été accompagnées de visites de terrain effectuées par les membres de l'équipe de recherche qualitative.

La carte suivante présente quelques sites identifiés dans la commune de Dakar, au cours d'une première phase de recherche cartographique.

**Carte 4** : Quelques sites avec une probabilité élevée d'enfants avec « zéro dose », « zéro vaccin », « sous-vaccinés » ou en situation de non-complétude (Commune de Dakar)



SAHARA, 2023

Les principaux sites mis en évidence au cours de cette première phase de recherche exploratoire, regroupent : les poches de pauvreté voire d'extrême pauvreté situées dans les quartiers comme Ouest Foire, les alentours des murs de l'Aéroport Léopold Sédar Senghor, du cimetière Saint Lazare, le long du mur du lycée Blaise Diagne, dans l'espace du Parc à Mazout (à certaines heures de la nuit), les immeubles en construction squattés, les alentours de lieux de culte, certains marchés et routes principales, etc. On a aussi observé les déplacements et lieux de rencontre des populations de réfugiés issues de pays de la sous-région (marqués notamment par des situations de guerre ou de terrorisme ; ex. Niger, Mali, Guinée).

Dans une seconde phase, des recherches ethnographiques plus approfondies ont été effectuées dans 5 districts (Kédougou, Ziguinchor, Touba, Dakar-Ouest, Kolda) pour mieux cerner les situations de vulnérabilité et d'exclusion sociale. Pour le district de Ziguinchor, la recherche s'est surtout focalisée dans la localité de Néma 2. Là aussi, les chercheurs ont ciblé les agglomérations précaires avec de fortes concentrations de populations démunies, de personnes déplacées ou réfugiées.

**Carte 5 : Cartes des sites pour la recherche de terrain sur la question de la vulnérabilité**



SAHARA, 2023

La géographie sociale (associée à la représentation d’une forte probabilité d’enfant avec zéro dose -Penta1, zéro vaccin, sous vacciné -Penta3 ou avec un cycle vaccinal incomplet) met en relief les sites suivants :

- les espaces de mendicité (comprenant les rues, espaces publics, les lieux de cultes religieux, etc.)
- les marchés
- les habitats précaires ou squattés
- les niches de pauvreté ou de pauvreté extrême dans les quartiers du centre urbain ou de la banlieue
- les concentrations (dans certains lieux et à certains moments) de personnes réfugiées déplacées migrantes ou victimes de violences et d’insécurité.

Par ailleurs, le contexte de crise sécuritaire au Sahel semble avoir des répercussions sur la situation de la santé et de la vaccination des enfants au Sénégal. Les équipes chargées des observations ethnographiques et de la cartographie ont rendu compte de présence de réfugiés dans certaines artères, places publiques, devantures de mosquées, sous les ponts et autres lieux de rassemblement et de pratiques de mendicité. Là, on note une forte présence de femmes et d’enfants. Ici, les enfants (en très bas âge) sont intégrés au procès de production de la mendicité. Les entretiens informels suggèrent l’idée qu’un nombre appréciable de ces enfants ne seraient

pas avec leurs parents biologiques, généralement restés au pays d'origine. On dit de ces enfants qu'ils « auraient été confiés » aux réfugiés, qui, en retour donneraient une partie des gains obtenus de la mendicité aux parents biologiques.

Il s'agit d'un milieu souvent vivant dans la crainte d'intervention de l'État vis-à-vis duquel, il serait sur plusieurs points dans des situations d'illégalité ou d'irrégularité. Il est donc difficile d'établir des contacts et de mener une communication approfondie sur des mesures sanitaires ou sur la vaccination. Dans les entretiens informels que nous avons pu effectuer, il ressort des propos comme ceux-ci. « *On m'a confié cet enfant. Je ne peux pas le faire vacciner alors que ses parents qui lui ont donné naissance ne m'en ont pas donné l'autorisation* ». Des informateurs-clé membres de la diaspora et qui résident au Sénégal depuis longtemps ont aidé à collecter des données sur cette population. Ils estiment que la plupart de ces enfants n'ont reçu aucune dose de vaccin et qu'il sera difficile de les faire venir dans les structures de santé. Il devient alors nécessaire de mener une réflexion pour concevoir une offre de communication et de services adaptée.

Ce travail nécessaire de cartographie et de recherche qualitative de type recherche – action ou recherche participative, pourrait être inscrit dans des activités des ressources humaines disponibles dans les structures de santé au sein des districts. La contribution des acteurs communautaires (exemple les CVAC.i) et les *bajenu gox*) semble à ce niveau, être de la plus haute importance en raison notamment de leurs relations de proximité avec les communautés concernées.

## **6.8. Conflits d'agendas, de calendriers et de timing avec les structures fixes**

Le personnel de santé explique que pour certains vaccins, le package contient 30 doses qui deviennent périmées si elles ne sont pas utilisées une fois ce contenu ouvert. Ainsi, on note dans les textes d'entretien : « *On te dit qu'il faut qu'ils aient 30 femmes pour ouvrir un flacon. Sinon ça va se gâter... Alors, tu laisses tout ce que tu as à faire à la maison et on te dit de revenir quand ils auront la liste de 30 femmes présentes au complet. Moi je suis découragée. Si au moins, on te parlait avec des paroles agréables à entendre* ». Le fait de se référer à la logique du flacon ouvert met en relief, l'absence de pouvoir des femmes dans les espaces de vaccination. Elles ne peuvent rien contrôler. Elles ne peuvent qu'attendre. Peu importe qu'elles aient la possibilité ou non de renoncer à leurs autres obligations domestiques ou sociales. Qu'est-ce qu'on perd quand un rendez-vous est annulé parce que le chiffre « magique » n'a pas été atteint et qu'est ce qui prouve que quand il le sera, la femme aura réuni les conditions pour que quelqu'un d'autre la remplace dans ses obligations sociales. La question sociale de l'adaptation du conditionnement des vaccins au contexte social et de la division domestique du travail semble avoir été évacuée par un argumentaire essentiellement technique. Il s'y ajoute d'autres facteurs évoqués dans les entretiens qualitatifs : « *Oui, concernant les vaccins pour les enfants si on pouvait faire de sorte que tous les vaccins soient fabriqués de façon orale car sincèrement le penta1, 2 et 3 est très douloureux pour les enfants et en plus il faut le renouveler 3 fois. Si on pouvait le fabriquer sous forme orale ce serait une bonne chose pour les enfants* ». (Agent de santé communautaire Tambacounda).

Quoiqu'il en soit, on pourrait réfléchir sur des possibilités de renforcer les responsabilités individuelles et collectives des femmes dans l'organisation de l'accès aux vaccins. « *Ici, on se connaît toutes, on sait dans quelle concession il y a une femme dont l'enfant devrait prendre le vaccin en même temps que le sien. On peut l'appeler nous-mêmes et coordonner avec elle. C'est*

*vrai que les infirmières le font mais entre nous, on peut savoir pourquoi une femme ne peut pas venir et qu'est-ce qu'on peut faire pour l'aider » (District Ziguinchor).*

## **6.9. Distance structurelle**

Les structures de santé publiques qui prennent en charge la vaccination des nouveau-nés et des enfants peuvent ne pas être physiquement éloignées mais elles peuvent être perçues comme prolongeant des dispositifs étatiques vis-à-vis desquels une situation de crise de confiance existe. C'est le cas notamment des personnes réfugiées.

La question de l'accueil projette des rapports de pouvoirs inégaux, hiérarchiques, voir méprisants. Souvent, on prolonge les chocs culturels associés au paradigme de modernité dans lequel s'inscrivent les systèmes de santé. Une réflexion conceptuelle et des ateliers de formation à de meilleures appréciations des concepts de respect, d'empathie et de partage de connaissances pourraient aider à une plus grande attractivité des structures de santé dans le domaine de l'acceptabilité et de l'administration des vaccins.

Pour le district d'Oussouye, les entretiens avec les informateurs et informatrices clef ainsi qu'avec les membres de la communauté de pêcheurs migrants (originaires du Ghana) établis à Élinkine ont révélé quelques difficultés spécifiques pour l'accès aux services de vaccination. Parmi ces difficultés on peut noter que la barrière linguistique est le plus souvent évoquée. Certaines femmes disent ne pas être motivées à amener leurs enfants dans les structures de santé quand elles ne sont pas accompagnées par quelqu'un qui pourrait faire la traduction dans la langue locale ou en français. En outre, elles disent passer beaucoup de temps dans les structures de santé alors qu'elles sont déjà débordées par leurs activités économiques.

## **6.10. Situation des mères d'enfants et rapports de genre**

La recherche qualitative met en relief le marché comme un espace à majorité féminine qui semble avoir des rythmes de temps en conflits avec les agendas des services de vaccination. Une vendeuse de marché raconte : « *Quand je n'avais pas encore sevré mon enfant, je quittais chez moi dans la banlieue, tous les jours, avant 5h du matin et j'allais dans un marché de Dakar, j'y restais jusqu'au soir pour rentrer et je n'arrivais chez moi que la nuit. Alors, on m'emmenait mon bébé vers 10h au marché, je l'allaitais, m'occupais de lui et on le retournait à la maison... Pas de temps pour aller le faire vacciner ni pour rien d'autre »*. La même dame de poursuivre « *ma mère m'a dit qu'elle a fait la même chose pour moi-même. Elle me faisait voyager dans un camion de poissons et que c'est la raison pour laquelle, j'ai jusqu'à présent horreur de l'odeur du poisson (Sic) ! »*

Une autre vendeuse explique son emploi du temps : « *A 5h, 6h du matin, on commence déjà à préparer le petit déjeuner qu'on va servir aux clients, puis on vend nos légumes ; après on commence à préparer le repas de midi qu'on vend et immédiatement après, on prépare le repas du soir... et ça tous les jours ; notre seul moment de répit c'est le dimanche. Là aussi, tu dois te préparer pour la semaine à venir, t'occuper de ta vie de famille »*. Des stratégies avancées, mobiles ou avancées pour services de vaccination au moment où les femmes ont plus de temps disponible sont offerts. Mais elles ne semblent pas atteindre une envergure de nature à augmenter sensiblement la couverture. Il semble qu'elles souffrent d'un manque de confiance, certainement consécutif à des gaps dans la communication. Ainsi, une vendeuse de marché raconte à notre équipe d'enquêteurs : « *Quand je vous ai vu venir, j'ai pris la fuite parce que je*

*pensais que vous étiez venus pour vacciner mon enfant de force alors que je ne vous connais pas. Je respecte strictement les consignes du calendrier vaccinal de mon enfant. Je ne doute nullement de la sécurité des vaccins offerts dans les structures sanitaires. Mais, j'ai peur des vaccins que l'on traîne dans le milieu ambiant communautaire », (femme, 35 ans, DS Ouest, entretien individuel).*

Une *bajenu gox* de Ziguinchor explique : « *Nous sommes à la période de la récolte des noix d'acajou. Les femmes n'ont pas beaucoup de temps à faire autre chose. Nous, on court derrière elles pour qu'elles emmènent leurs enfants se faire vacciner... C'est difficile parce qu'elles calculent le temps qu'elles doivent rester à faire la queue. Plus elles restent, plus elles perdent l'occasion d'avoir de l'argent provenant de la vente des noix d'acajou. Certaines viennent tôt le matin pour passer en premier, mais le vaccinateur arrive en retard. Alors, elles restent une heure et disent qu'elles vont quitter pour faire une course urgente et revenir... Mais dès qu'elles quittent, tu ne les revois plus pour cette journée ».* Ces propos semblent traduire un gap existant entre une organisation structurelle généralement très peu flexible et une gestion du temps largement influencée par des déterminants économiques. Les dynamiques économiques sont aussi évoquées concernant les problèmes d'accès de certaines minorités à la vaccination : « *Si tu rentres à l'intérieur il y a des îlots où on ne fait que de la pêche, sécher les poissons ou fumer les poissons et l'élevage. Maintenant les ouest africains là, ils sont pleins dans les îles. Ils y viennent massivement parce que c'est la période où il y a beaucoup de poissons, de crevettes. Ils sont dans ces activités pendant une certaine période. Et en ce moment si les gens font la vaccination, le taux de couverture peut augmenter. Malheureusement les étrangers quand ils viennent ils refusent catégoriquement. Si le chef de quartier n'est pas trop rigoureux et entreprenant donc là ils se disent qu'ils ne se vaccinent pas et ils influencent même les populations »* (SSP de Fatick). Une réflexion plus approfondie pourrait aider à co-construire avec les femmes des offres d'accès aux vaccins plus flexibles et plus à même de s'adapter aux contextes et dynamiques socio-économiques. Il est vrai que des dispositifs de rattrapage existent dans les postes et centres de santé mais les femmes affirment quelquefois ne pas avoir l'impression de contrôler elles-mêmes les conditions de temps dans lesquelles leur demande de vaccination peut être satisfaite. Des dynamiques de dialogue communautaire pourraient générer des solutions pertinentes à ce propos.

Quelques fois, les faibles taux de couverture vaccinale sont mis en relation (selon des membres du personnel de santé) avec des déficits de communication. Ainsi, on note dans les entretiens effectués à Tambacounda : « *Il y a ici, des femmes, à certains moments de la transhumance de leurs troupeaux de bétail. Elles ne respectent pas le calendrier. Elles disent qu'elles ont déjà pris le premier vaccin quand elles étaient dans leur localité d'origine et qu'elles ne savaient pas que c'était possible de prendre le reste ici à Tambacounda ».*

On peut confronter la faible couverture de plusieurs vaccins chez les enfants de 0 à 24 mois à Tambacounda, avec les propos d'un infirmier chef de poste dans le district : « *Je crois que le grand problème ici, ce sont les maris. C'est eux qui doivent donner l'argent du transport et l'autorisation pour que la femme aille faire vacciner son enfant. Or, ils s'intéressent très peu à la question et se plaignent qu'ils n'ont pas assez d'argent pour couvrir les dépenses ».* « *Pendant la dernière campagne de polio en 2022, alors qu'on faisait une visite à domicile, il y a une femme qui a refusé qu'on vaccine son enfant. Quand je lui ai demandé la raison ; elle a répondu que le père de l'enfant est absent et qu'elle n'a pas eu son autorité pour vacciner l'enfant »* (Sage-femme, Dakar). Ces propos pourraient se retrouver dans pratiquement toutes les situations où les enfants n'ont pas reçu de vaccin ou n'en ont pas reçu suffisamment. « *Dans notre quartier, il y a eu l'année passée des cas de rougeole, avec même un décès. On parle de*

*cas de polio dans le quartier voisin. Beaucoup d'enfants n'ont pas été vaccinés, nos hommes sont très réticents... Mais nous, on se cache pour aller faire vacciner nos enfants »* (Entretien dans la commune Thiès Est).

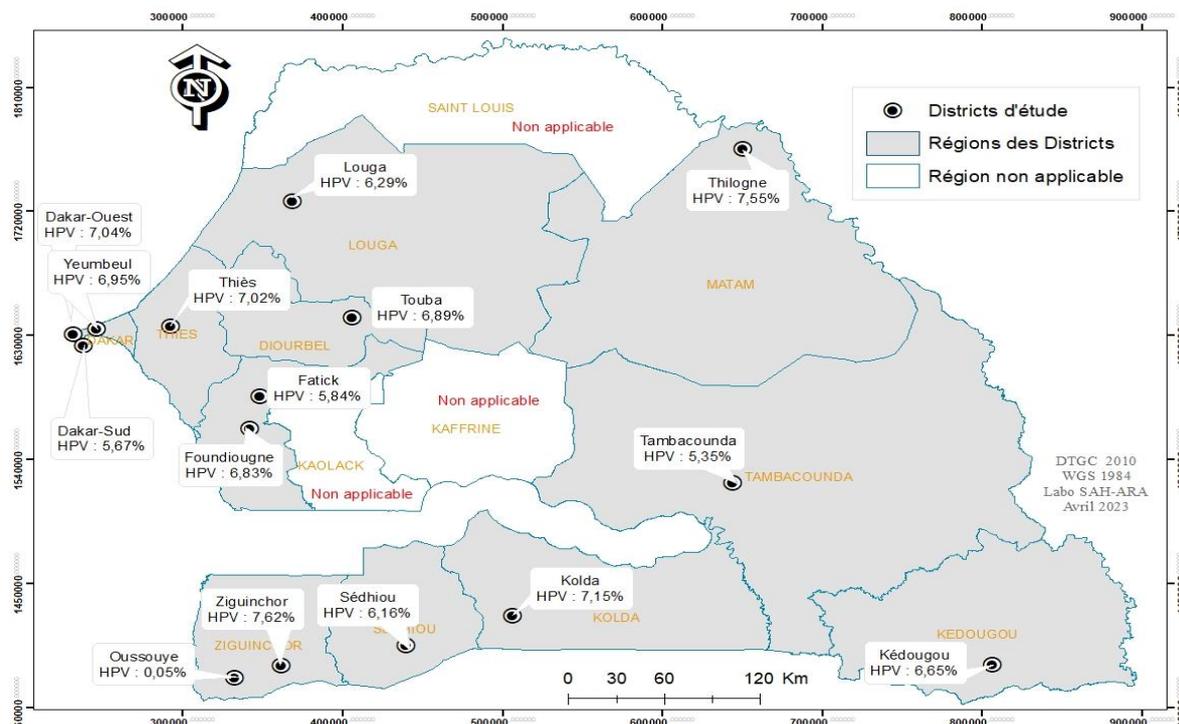
Ainsi, du côté des femmes, même si elles arrivent à s'organiser pour se donner les moyens de prendre elles-mêmes en charge les dépenses des transports, sortir du domicile conjugal pour aller faire vacciner son enfant sans l'autorisation du mari, cela peut être source de querelles ou de tensions avec ce dernier. Tout semble se dérouler comme si le contrôle du déplacement pour la vaccination de l'enfant entrainait dans la logique du contrôle conjugal et dans celle de l'affirmation de l'autorité masculine. Les rapports de genre se connectent avec les situations socio-économiques et la question de l'accueil dans les structures de santé : « *les mamans sont actuellement fatiguées des rendez-vous manqués au niveau des postes de santé. Certaines même préfèrent aller payer 2000 francs pour faire vacciner leurs enfants dans les cabinets ou services privés à domicile* ». Une autre informatrice rapporte : « *dans notre quartier, il y a eu l'année passée des cas de rougeole, avec même un décès. On parle de cas de polio dans le quartier voisin. Beaucoup d'enfants n'ont pas été vaccinés, nos hommes sont très réticents... Mais nous, on se cache pour aller faire vacciner nos enfants* » (Entretien dans la commune Thiès Est).

Une approche de communication pourrait en plus du renforcement des capacités d'autonomie des femmes, construire la non-prise de vaccin et non-observance du calendrier vaccinal comme un échec personnel du mari dans la mesure où on réussirait à montrer qu'il y a quelque part, une incapacité à assurer les conditions de bonne santé des enfants dont il est responsable.

## 6.11. Vaccination des jeunes filles/adolescentes et personnes adultes

Selon les données qualitatives les jeunes filles/adolescentes sont très peu nombreuses à prendre le vaccin anti-HPV. La carte ci-dessous confirme cette idée et montre les diverses situations entre les districts.

**Carte 6 : Prise du vaccin HPV en fonction des districts et de la Région Médicale (%)**



La couverture vaccinale du HPV paraît faible dans l'ensemble des districts concernés par l'étude. Cependant des différences entre les districts sont notées. Les pourcentages les plus faibles sont observés dans les districts d'Oussouye (0,05%), de Tambacounda (5,35%), Dakar-Sud (5,67%), Fatick (5,84%). Les pourcentages relativement les plus élevés sont enregistrés dans les districts de Dakar Ouest (7,04%), Kolda (7,15%), Thilogne (7,55%) et Ziguinchor (7,62%).

Les tests n'ont pas fait apparaître de différences statistiquement significatives en relation avec les variables sociodémographiques retenues par le questionnaire. Dans la section relative à l'acceptabilité du vaccin contre le cancer du col de l'utérus (vaccin anti-HPV), on a mis en relief une acceptabilité plus grande des parents / tutrices de sexe féminin, par rapport à celle des hommes. Pour ce qui est de la prise effective du vaccin, on n'a pas noté de différence statistiquement significative en fonction du niveau d'instruction. Le tableau ci-dessous en donne une illustration en ce qui concerne les mères / tutrices.

**Tableau 22** : Répartition des filles / adolescentes ayant reçu le vaccin en fonction du niveau d'instruction de la mère / tutrice

Niveau d'instruction de la mère / tutrice	HPV			Test
	Oui	Non	Total	P. value
A fait l'enseignement supérieur	9(34,6%)	17(65,4%)	26(100%)	0,919
N'a pas été à l'école « française »	72(36,7%)	124(63,3%)	196(100%)	
S'est arrêté au cycle moyen	31(36,9%)	53(63,1%)	84(100%)	
S'est arrêté au cycle primaire	42(32,6%)	53(67,4%)	129(100%)	
S'est arrêté au cycle secondaire	21(32,3%)	44(67,7%)	65(100%)	
Total	175(35,0%)	325(65,0%)	500(100%)	

Aussi, contrairement à la plupart des vaccins du PEV, on n'a pas noté de différences statistiquement significatives entre les filles / adolescentes ayant reçu ou non le vaccin anti-HPV en fonction du type de localité.

**Tableau 23** : Répartition des filles / adolescentes ayant reçu ou non le vaccin anti-HPV en fonction du type de localité

Type de localité de résidence de la mère / tutrice	HPV			Test
	Oui	Non	Total	P. value
Avec centre de santé	96(38,6%)	153(61,4%)	249(100%)	0,414
Avec poste de santé	54(32,1%)	114(67,9%)	168(100%)	
Avec structure médicale confessionnelle	8(30,8%)	18(69,2%)	26(100%)	
Sans centre de santé ni poste de santé	17(29,8%)	18(70,2%)	57(100%)	
Total	175(35,0%)	325(65,0%)	500(100%)	

Le fait que le lien n'a pas été établi entre la fréquence des filles / adolescentes qui ont reçu le vaccin et le type de localité de résidence est probablement en relation avec le type de site où le vaccin a été reçu. Celui-ci paraît largement dominé par les institutions scolaires.

**Tableau 24** : Lieux où le vaccin anti-HPV a été reçu, selon le District de santé

District	Lieu où le vaccin anti HPV a été reçu				Total
	Ecole	Centre/Poste de santé	Autre	Ne sait pas	
Dakar-Ouest	371(98,7%)	5(1,3%)	-	-	376
Dakar-Sud	290(95,7%)	12(4,0%)	-	1(0,3%)	303
Fatick	308(98,7%)	3(1,0%)	1(0,3%)	6	312
Foundiougne	3595(98,4%)	6(1,6%)	-	-	365
Kédougou	338(95,2%)	15(4,2%)	2(0,6%)	-	355
Kolda	361(94,5%)	14(3,7%)	-	7(1,8%)	382
Louga	335(99,7%)	1(0,3%)	-	-	336
Matam	3(100,0%)	-	-	-	3
Oussouye	321(97,6%)	8(2,4%)	-	-	329
Sédhiou	278(97,2%)	6(2,1%)	-	2(0,7%)	286
Tambacounda	371(98,9%)	4(1,1%)	-	-	375
Thiès	374(92,8%)	23(5,7%)	1(0,2%)	5(1,2%)	403
Thilogne	365(99,2%)	3(0,8%)	-	-	368
Touba	363(97,8%)	5(1,3%)	1(0,3%)	2(0,5%)	371
Yeumbeul	370(90,9%)	27(6,6%)	9(2,2%)	1(0,2%)	407
Ziguinchor	361(98,6%)	3(0,8%)	-	2(0,5%)	366
Total	5168(96,8%)	135(2,5%)	14(0,3%)	20(0,4%)	5337

Cependant, si on comprend que les groupes de filles sont plus accessibles à l'école, il reste qu'un grand nombre de membres des classes d'âge visé par le vaccin ne fréquente pas l'école. Ils sont généralement dans des espaces sociaux d'accès plus difficile pour les services de vaccination (filles en déplacement continu pour des activités de vente, isolement relatif, filles déscolarisées, etc.). En outre, l'école semble ne pas constituer un espace de communication profonde et adéquate pour obtenir l'adhésion des filles et de leurs parents. Ainsi, le déroulement de la stratégie école serait non seulement à repenser pour renforcer ces contenus communicationnels mais en plus, il serait nécessaire de mener des études cartographiques et sociologiques pour viser l'ensemble de l'espace de socialité propre à la classe d'âge concerné avec des stratégies de communication spécifiques.

Par ailleurs, les réponses renvoyant à l'école sont de loin, les plus fréquentes. Les autres lieux présentent eux aussi des difficultés pour l'acceptabilité du vaccin. Le centre et le poste de santé ne paraissent pas des plus attractifs pour que les filles et les adolescentes viennent individuellement ou collectivement s'y faire vacciner. Il s'agit plutôt d'un endroit « répulsif » ou on s'y rend que pour soigner une maladie. Construire l'image d'un endroit attractif où on pourrait développer une communication adéquate (notamment celle « entre filles » ou entre filles et femmes plus âgées) pourrait servir à renforcer l'acceptabilité conditionnant l'administration du vaccin.

La réponse « Autre » renvoie au cas où le vaccin a été administré à domicile (notamment dans les stratégies avancées à base communautaire). Les pourcentages sont très faibles. Une question récurrente à ce propos est : le fait de cibler spécifiquement les filles « *pourquoi venir dans les maisons et chercher à ne vacciner que les filles... C'est suspect* ». Il semble ici, qu'on appelle à construire de nouveaux paradigmes où ce serait l'ensemble des catégories d'âge qui recevrait les vaccins prévus. On aura alors, dans un même mouvement, une possibilité de vacciner des enfants des deux sexes et de communiquer davantage sur la nécessité de prévenir le cancer du

col de l'utérus qui préoccupent les filles et les femmes. Faire la vaccination à domicile, un espace de communication sur l'ensemble des vaccins pourrait être une force motrice de la prise des vaccins dans les communautés.

Par ailleurs, les calculs de régression statistique suggèrent une corrélation entre la prise du vaccin anti-Covid-19 par la personne adulte et celle anti-VPH par sa fille/adolescente (enfant biologique ou placée sous tutelle).

**Tableau 25** : Corrélation entre prise du vaccin anti-Covid-19 des parents / tuteurs et prise du vaccin anti-HPV de la fille

	Coef	Significativité	Exp (B)
Prise vaccin du Covid-19	,392	,000	1,480
Prise du vaccin HPV de la fille sous tutelle	,105	,014	1,111
Prise du vaccin HPV de la fille biologique	,239	,000	1,270
Constante	-1,230	,000	,292

Au vu du tableau, on pourrait conclure que les parents ayant reçu le vaccin contre la Covid-19 ont plus tendance à avoir leurs filles /adolescente vaccinées contre le VPH. La corrélation montrée par le tableau ci-dessus suggère une continuité dans les perceptions au sujet des vaccins.

Inversement dans les textes d'entretien, on note également que là où les intox et autres théories du complot autour du vaccin anti-Covid-19 ont une résonance, les programmes de vaccination ont connu de nets reculs. Ainsi, un acteur de santé communautaire raconte : « *nos descentes sur le terrain pour sensibiliser et convaincre les populations à adopter les vaccins se soldent souvent par des heurts et polémiques. Nous sommes souvent indexés comme complices et coupables de ce qu'ils appellent arnaque avec ce qui s'est passé pour le Covid. Les populations ne nous prêtent plus une oreille attentive comme auparavant* », (homme, ECD, entretien individuel). Des enseignants interviewés disent également avoir subi les effets de rumeurs contre le vaccin anti-Covid-19 : « *Avant la Covid-19, on avait des difficultés mais on arrivait à faire vacciner la majorité des filles éligibles. Mais depuis que les gens ont commencé à développer une suspicion de conséquences pernicieuses liée à la prise de vaccin anti Covid-19, les parents refusent que leurs filles soient vaccinées. Ils ne signent plus les autorisations qu'on leur fait parvenir. Cette année-ci, nous avons enregistré zéro fille inscrite pour la campagne de vaccination* ».

## **7. REPRESENTATIONS SOCIALES, ACCEPTABILITE ET CONCEPTS CULTURELS POUR L'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE**

Pour améliorer la couverture vaccinale et par-delà l'état de santé, il semble nécessaire de connaître non seulement l'acceptabilité des vaccins, mais également les formes de connaissance, la symbolique, les expressions de ressenti et d'émotions, les significations, concepts socialement élaborés et partagés à travers le langage qui leur donnent sens.

## 7.1. Approche de genre des représentations et connaissances des maladies évitables par la vaccination (0-24 à mois)

Nous sommes partis de la liste ci-dessous, des vaccins, de l'âge de l'enfant, à leur administration et des maladies que ces mêmes vaccins peuvent aider à prévenir (selon le PEV).

**Tableau 26** : Calendrier du programme élargi de vaccination (PEV) au Sénégal

Ages	Vaccins	Maladies cibles
A la naissance	Hépatite B, BCG, Polio Oral	Hépatite B, tuberculose, Poliomyélite
Sixième semaine	VPO 1, Pentavalent 1	Diphtérie
	Antirotavirus 1	Tétanos
	Antipneumococcique 1	Coqueluche Hépatite B
Dixième semaine	VPO 2	Infections à Hib
	Pentavalent 2	
	Antirotavirus 2	
	Antipneumococcique 2	Poliomyélite Infections à Pneumocoque
Quatorzième semaine	VPI	Infections à Rotavirus
	Pentavalent 3	
	Antipneumococcique 3	
Neuvième mois	RR1	Rougeole-Rubéole
	FJ	Fièvre jaune
15 mois	RR2	Rougeole-Rubéole
BCG= bacille Calmet Guérin, VPO=vaccin poliomyélite oral, VPI=vaccin poliomyélite injectable, FJ=fièvre jaune, RR=rougeole-rubéole		

Nous avons repris la terminologie écrite en français dans les affiches, manuels et autres supports de sensibilisation ou telle que généralement utilisée dans le discours oral des prestataires de service de vaccination. Ainsi, nous avons utilisé en plus des termes français les terminologies en langues locales ; bien que les symptômes et causes associés à la terminologie en langues locales ne correspondent pas toujours avec celles en français.

Au cours de la phase préliminaire de la recherche qualitative et du prétest du questionnaire, on s'est vite rendu compte que les hommes n'étaient généralement pas à l'aise pour répondre aux questions relatives aux maladies des enfants. Tout semblait se passer comme s'il s'agissait d'un domaine réservé aux femmes dont la connaissance traduirait une sorte de tendance à s'identifier à elles et à remettre une masculinité considérée comme intrinsèque aux hommes et à leur virilité.

Mais au vu des résultats de la recherche de terrain, on peut se rendre compte que le fait d'afficher un désintérêt formel vis-à-vis des maladies des enfants occulte, par apport aux femmes, une plus grande connaissance des maladies et des vaccins tels que nommés dans l'information officielle et les discours prédominant dans les structures de santé.

Dans le même temps, les entretiens qualitatifs révèlent une plus grande connaissance de la santé des enfants (et des indicateurs de bonne santé) par les femmes, associée aux rôles sociaux de ces dernières dans la fabrique domestique et communautaire de la santé et dans l'accompagnement de proximité du développement des enfants.

**Tableau 27** : Répartition des personnes enquêtées selon le sexe et la connaissance des maladies

Maladies	Femmes (n ; %)		Hommes (n ; %)		P-value
	Oui	Non	Oui	Non	
Tétanos	3532 (87,9%)	484 (12,1%)	1224 (92,7%)	97 (7,3%)	0.000
Poliomyélite	3031(75,5%)	985 (24,5%)	1088 (82,4%)	233(17,6%)	0.000
Tuberculose	3564 (88,7%)	452 (11,3%)	1230 (93,1%)	91 (6,9%)	0.000
Diphtérie	1808 (45,0%)	2208 (55,0%)	634 (48,0%)	687 (52,0%)	0.060
Coqueluche	1823 (45,4%)	2193 (54,6%)	672 (50,9%)	649 (49,1%)	0.001
Infection à Hib	1009 (25,1%)	3007(74,9%)	349 (26,4%)	972 (73,6%)	0.349
Infection à Pneumocoque	1384 (34,5%)	2632 (65,5%)	455 (34,4%)	866 (65,6%)	0.990
Infection à rotavirus	1244 (31,0%)	2772 (69,0%)	402 (30,4%)	919 (69,6%)	0.710
Rougeole-rubéole	2941 (73,2%)	1075 (26,8%)	962 (72,8%)	359 (27,2%)	0.771
Fièvre jaune	3506 (87,3%)	510 (12,7%)	1186 (89,8%)	135 (10,2%)	0.016
Méningite	2022 (50,3%)	1994 (49,7%)	728 (55,1%)	593 (44,9%)	0.003
Cancer du foie	2893 (72,0%)	1123 (28,0%)	1015 (76,8%)	306 (23,2%)	0.001
Cancer du col de l'utérus	3237 (80,6%)	779 (19,4%)	953 (72,1%)	368 (27,9%)	0.000
Total	4016		1321		

Les différences entre femmes et hommes paraissent statistiquement significatives pour neuf des treize maladies étudiées. Celles qui n'ont pas montré de différences statistiques significatives (au nombre de 4) sont soit des complexes associées (rougeole, rubéole) ou bien des désignations en français où les réponses « oui » sont de loin systématiquement inférieures aux « non » aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Au bout du compte, il semble que la connaissance des maladies qui sont évitables par les vaccins telle que paraissant dans la communication officielle, est plus développée chez les hommes (avec des différences significatives pour le plus grand nombre de maladies). Cela peut aussi être dû au fait que les hommes sont proportionnellement plus nombreux à faire des études (y compris les plus longues) en langue française. Cette disparité pose la question des canaux de communication et certainement l'hypothèse d'un déficit de communication interpersonnelle ciblée sur les maladies et vaccins spécifiques au moment de la prise de ceux-ci.

Dans le même ordre d'idée, on peut citer les propos des femmes pour illustrer leur faible niveau de connaissance des vaccins censé prévenir les maladies spécifiques. « *Dans notre localité, toutes les femmes savent qu'avec la vaccination, certaines maladies dont parlaient nos parents ont presque disparu. On peut en citer « xuret, njambataan qui a les mêmes symptômes que la maladie appelée coqueluche, en français, ηass, rougeole. Mais honnêtement, je ne sais pas à quel moment on donne ces vaccins ni comment on les appelle ».*

Il ressort des entretiens qualitatifs que généralement, les mères / tutrices ne cherchent pas à aller faire vacciner leur enfant pour prévenir telle ou telle maladie spécifique qu'elles connaissent déjà. « On ne sait si tel ou tel vaccin pris à tel ou tel âge protège contre telle ou telle maladie... Mais on sait qu'on doit aller faire vacciner l'enfant pour qu'il soit en bonne santé ». Ainsi, en d'autres termes, on prend le vaccin pour que l'enfant grandisse bien et corresponde aux canons de beauté reproduits par la société.

On peut, ainsi, formuler l'hypothèse que c'est la poursuite d'indicateur de bonne santé en lieu et place de l'évitement (ou de la prévention) de maladies spécifiques qui constituent la principale source de motivation derrière l'acceptabilité de la vaccination des enfants. On a ici une vision heuristique de la santé de l'enfant plutôt qu'une approche simplement analytique.

La reconnaissance de la bonne santé de l'enfant (qui est du ressort des rôles sociaux et est dans le champ d'accompagnement de proximité de la mère, des cercles féminins ou des relations intergénérationnelles entre femmes) renvoie à une terminologie (plus maîtrisée par les femmes que par les hommes) dans laquelle se mêle, à la fois, des critères de développement physique et comportemental. On dira par exemple que l'enfant a un poids convenable qui est aussi l'expression de la qualité du lait provenant du sein maternel. Pour un développement comportemental harmonieux, on met en exergue la réactivité de l'enfant au stimulus externe, les aptitudes aux différentes postures du corps, de ses déplacements et mouvements. On surveillera également des indicateurs de mauvaise santé, le fait de tomber fréquemment malade (*xibonn*), un tempérament agité ou irascible (*wéx*), de faible poids ou le manque de vigueur des pieds (*lompoñ*). Ainsi, la vision holistique de la santé de l'enfant est articulée à une sorte de mise en connexion d'une perspective positive avec une surveillance d'indicateurs de mauvaise santé à prévenir ou à prendre en charge.

La surveillance des maux dont pourrait souffrir l'enfant, installée dans une approche syndromique pouvant présenter certaines convergences avec les symptomatologies associées aux maladies évitables par la vaccination. Ainsi, des discussions collectives entre les femmes et le personnel de santé, autour des symptômes et des maladies pour servir de point de basculement pour une meilleure acceptabilité des vaccins.

Cependant, on devrait noter que l'enquête par questionnaire n'a pas mis en évidence des différences significatives entre la prise ou non du vaccin et la reconnaissance des symptômes associés à la maladie évitable. Cette absence de différence pourrait être l'expression d'un déficit de communication sociale (utilisant le langage approprié et les langues locales).

Quoiqu'il en soit, il existe dans les langues locales, le concept et les pratiques d'immunisation pour la prévention de problèmes de santé. Ainsi, on retrouve des termes et des expressions qu'on utilise habituellement pour traduire le mot vaccin (en français). Vacciner ou se faire vacciner se dit en wolof « *ñaq* » ou « *ñaqu* ». « *ñaq* » signifie également haie de protection pour un champ ou un espace de culture. Il serait de la même racine que « *ñaas* » qui traduit l'idée de scarification. On procède à une scarification pour protéger l'individu. L'association de la scarification et de la protection se retrouve également dans l'expression Pular (*ñése*) ou Sérère « *ñass* ». Nos informateurs rapportent qu'il est de même en Diola. La scarification est sensée couvrir jusqu'à la mort ou tout en moins sur une longue période de la vie. Il ne vise pas un nombre limité de maladie spécifique mais, des principes même de problème de santé ou de survie grave. Elle entre dans la quête du bien-être, de l'épanouissement corporel de l'enfant qui grandit. Dans cette optique, la santé de l'enfant est un concept compréhensif, intégré, unique.

## **7.2. Age et acceptabilité pour la vaccination des 0-24 mois**

Nous avons repris les classes d'âge pour divers vaccins prescrits par le PEV (à la naissance, à un mois et demi, deux mois et demi, trois mois et demi, neuf mois et quinze mois). La question était de savoir si les répondants étaient d'accord que tous les enfants de la classe d'âge cités soient vaccinés.

**Tableau 28** : Acceptabilité de la vaccination de l'enfant (de 0 à 24 mois) selon le sexe du répondant

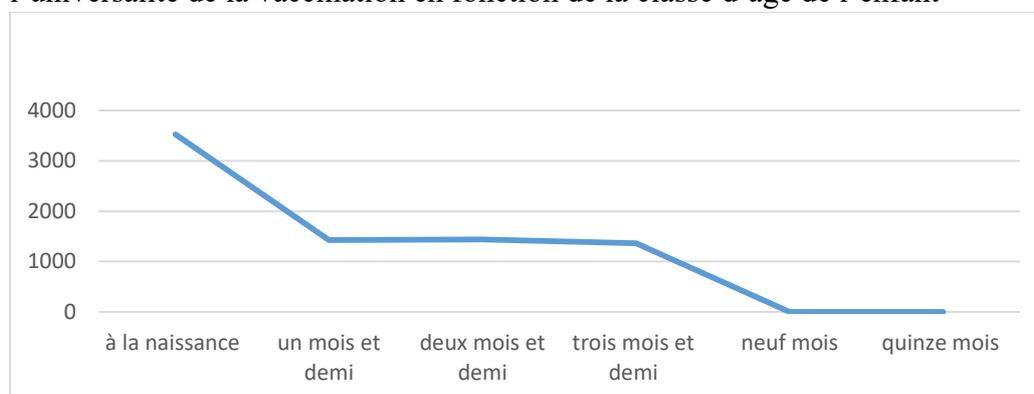
Age	Femmes		Hommes	
	Oui	Non	Oui	Non
A la naissance	3524 (90,5%)	366 (9,4%)	1119 (89,8%)	127 (10,2%)
Un mois et demi	1425 (85,8%)	234 (14,1%)	39 (50%)	39 (50%)
Deux mois et demi	1437 (86,8)	218 (13,2%)	301 (89,8%)	34 (10,1%)
Trois mois et demi	1367 (82,7%)	284 (17,2%)	280 (83,5%)	55 (16,6%)
Neuf mois	1475 (89%)	186 (11%)	302 (89,8)	34 (10,2%)

Le tableau ci-dessus suggère une large acceptabilité du principe que tous les enfants devraient être vaccinés à l'âge prescrit par le calendrier vaccinal. Cependant il existe une frange non négligeable de personnes qui ont répondu « Non » à cette question. Les fréquences les plus élevées de « Non » se retrouvent chez les hommes en référence à la catégorie d'âge « 1 mois et demi » (50%). Ici on peut penser que les hommes ne trouvent pas pertinent cette catégorie d'âge, probablement la raison de sa proximité avec la naissance.

Chez les femmes, c'est la catégorie « 3 mois et demi » qui enregistre le plus de réponses « Non » (17,2%). C'est probablement, comme le suggèrent les entretiens qualitatifs, le moment où le bébé arrive à la période d'apparition de ses premières dents ; une période où il y a un risque élevé de fièvre et de symptômes associés à des problèmes de santé. Or le vaccin lui-même est perçu comme générant des poussées de fièvre. On peut alors penser que la question de l'acceptabilité du calendrier vaccinal devrait être mise en relation avec une taxonomie des maladies et des symptômes de problèmes de santé associés à chaque étape. La question de la perception du risque sanitaire se trouve également posée : *«Tous mes enfants s'arrêtent à la 3<sup>ème</sup> vaccination parce qu'après l'enfant tombe vraiment malade. L'enfant tombe malade après la vaccination au lieu de guérir. C'est pourquoi je ne retourne pas pour la vaccination... »* (Femme, 27 ans, Medina Coura, Tambacounda).

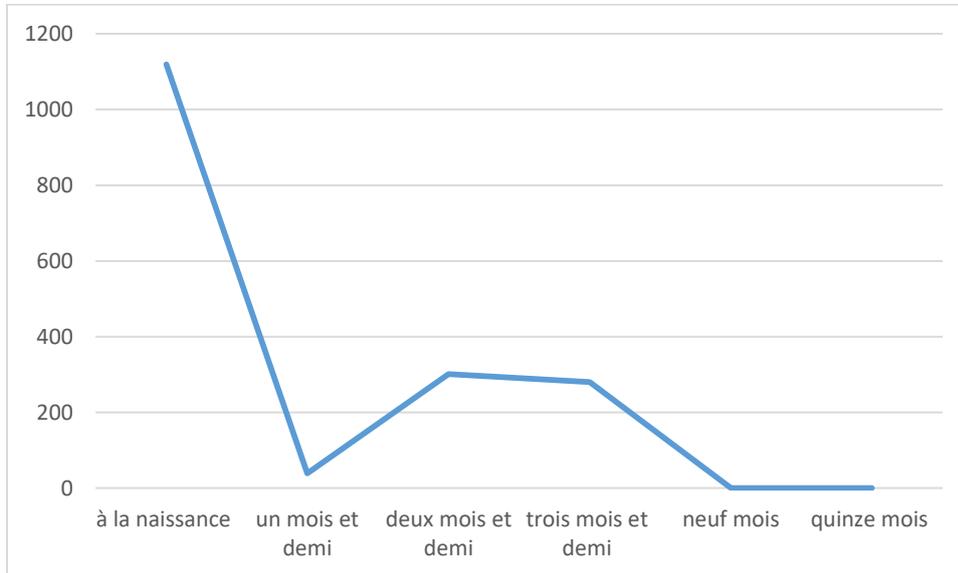
Les graphiques faits à partir des personnes qui ont répondu « oui » à la question de savoir si tous les enfants de la classe d'âge devraient être vaccinés (en excluant les réponses « Non » et « Ne sait pas ») mettent davantage en relief la tendance à la baisse des fréquences au fur et à mesure de l'augmentation de l'âge.

**Graphique 17** : Evolution (chez les femmes) des effectifs de « oui » à la question de l'universalité de la vaccination en fonction de la classe d'âge de l'enfant



Le graphique ci-dessus, va dans le sens de l'idée d'une baisse de l'acceptabilité en fonction de l'évolution du calendrier vaccinal. On retrouve la même tendance chez les répondants de sexe masculin.

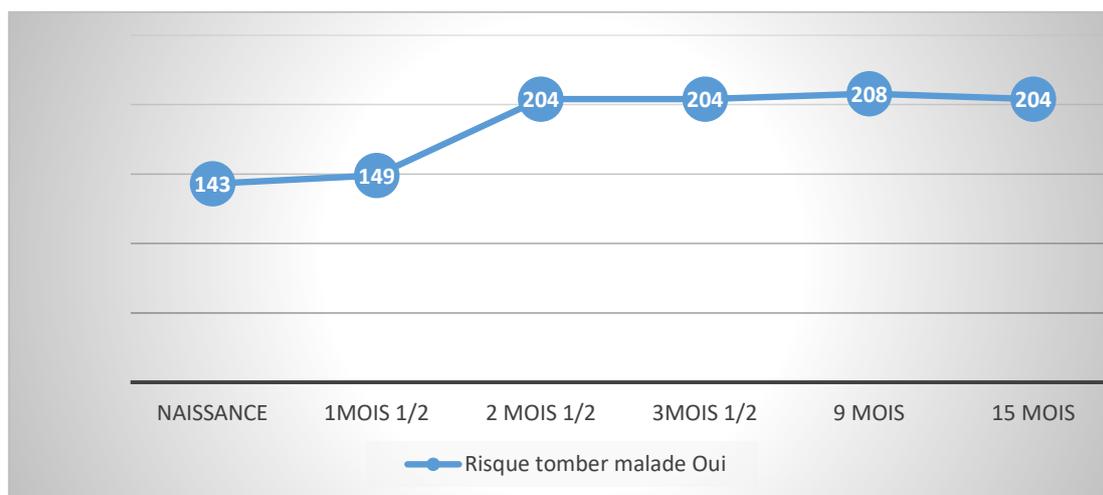
**Graphique 18 :** Evolution (chez les hommes) des effectifs de « Oui » à la question de l'universalité de la vaccination en fonction de la classe d'âge de l'enfant



Chez les hommes, on assiste à une importante baisse des effectifs à la classe d'âge « un mois et demi » avant une légère remontée « à deux mois et demi » et « trois mois et demi » et une recherche pour les classes d'âge restantes.

Quoiqu'il en soit, si on ne retient que les pourcentages de réponses « Oui » et que l'on compare les tendances (sur l'acceptabilité) avec celles sur la prise effective des vaccins, on peut noter que la baisse en relation avec l'âge est plus accentuée dans le second cas. On peut alors soulever l'hypothèse d'un gap entre l'acceptabilité du vaccin (ou du principe de la vaccination) et la prise effective du vaccin qui peut être soumise à des conditions d'accès ou de perception de sûreté qui ne sont pas toujours réunies (notamment au fur et à mesure des étapes de l'évolution de l'enfant). Ainsi, le graphique ci-dessous (ne retenant que les effectifs de réponse « oui » à la question de savoir s'il y a un risque de maladies) suggère une augmentation de la perception de ces risques en fonction de la catégorie d'âge.

**Graphique 19** : Risque de tomber malade et de handicap en fonction de l'âge de prise du vaccin



L'augmentation des affirmations qu'il y a un risque de maladie paraît survenir à partir du 2<sup>ème</sup> mois et demi. Il se peut qu'elle corresponde à d'autres symptômes vécus par l'enfant (par exemple les douleurs et fièvre à l'apparition des dents) à cette période.

Les micro-ateliers ont été des occasions pour générer des listes de maladies et de symptômes qu'il a été possible de mettre en relation avec les représentations sur les étapes et repères temporelles concernant la croissance de l'enfant. Ils ont aussi permis d'analyser les critères et les indicateurs socialement produits autour de la définition de la bonne santé de l'enfant. Les exercices ont aussi mis en relation, les contextes climatiques ou écologiques avec divers états de santé de l'enfant. On en arrive ainsi à recueillir des concepts culturels à même de soutenir des articulations avec le calendrier vaccinal du PEV et les approches de surveillance syndromique ainsi que les concepts de santé unique capables de booster la couverture vaccinale.

**Tableau 29** : Repères d'âge (0 – 24 mois) et maladies / symptômes

Etapes / Repères d'âge	Maladies / symptômes fréquemment citées
<i>Juddu</i> (Naissance et Période de réclusion post-partum) - Situation de vulnérabilité	<i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Biir buy metti di daw</i> (maux de ventre, diarrhée), <i>Soc</i> (rhume), <i>Bañ namp</i> (refus de téter), <i>Payis</i> (jaunisse) – <i>Wéx</i> (pleurs incessantes), <i>Say</i> (convulsions)
<i>Tollu si boot</i> (Etre arrivé au moment où il/elle [le bébé] peut être porté au dos)	<i>Woccu</i> (vomissements), <i>Sibiru</i> (fièvre, paludisme), <i>Bañ namp</i> (refus de téter), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Wéx</i> (pleurs incessantes), <i>Say</i> (convulsions)
<i>Tollu si Dëc / Took</i> (Etre arrivé au moment où on le fait asseoir)	<i>Biir bu daw</i> (diarrhée), <i>Woccu</i> (vomissements), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Soc</i> (rhume), <i>Tuuti</i> (rester petit), <i>Bañ namp</i> (refus de téter)
<i>Tollu si indi bëñ / Féeñal</i> (Etre arrivé au moment où il/elle amène ou fait apparaître sa dentition) - Situation de vulnérabilité	<i>Wéx</i> (pleurs incessantes), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Biir buy metti di daw</i> (maux de ventre, diarrhée), <i>Woccu</i> (vomissements), <i>Bañ namp</i> (refus de téter), <i>Wanint</i> (conjonctivite)
<i>Tollu si raam</i> (Etre arrivé au moment où il/elle rampe)	<i>Biir buy metti</i> (maux de ventre), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Soc</i> (rhume), <i>Ngass</i> (rougeole), <i>Dënn bu rëcc</i> (douleurs à la poitrine) <i>Mëmagul took</i> (n'arrive pas encore à s'asseoir), <i>Tank yui néwi</i> (gonflement des pieds), <i>Tuuti</i> (retard croissance)

<i>Tollu si taxaw / dox</i> (Etre arrivé au moment où il/elle se tient debout / marche)	<i>Sibiru</i> (fièvre, paludisme), <i>Ñakk lekk</i> (manque d'appétit), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Ngass</i> (rougeole), <i>Tuuti</i> (retard croissance), En Manding <i>Sandio</i> (polio)
<i>Tollu si ferr / Perantal</i> (Etre arrivé au moment où il/elle peut être sevré ou vient d'être sevré)	<i>Birr buy daw</i> (diarrhée) <i>Sibiru</i> (fièvre, paludisme), <i>Ñakk lekk</i> (manque d'appétit), <i>Yaram buy tang</i> (fièvre), <i>Ngass</i> / En Manding <i>Fuusoo</i> (rougeole), En Manding <i>Sandio</i> (polio)

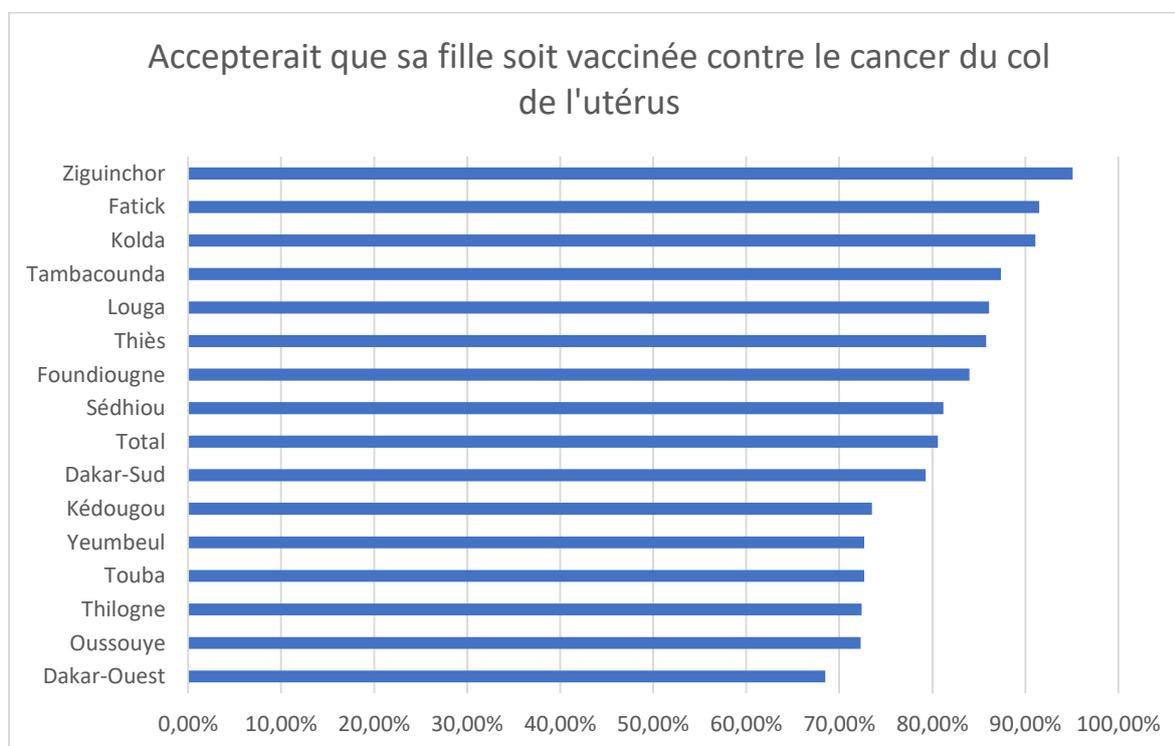
L'analyse des données qualitatives suggère l'idée que les catégories d'âge, ci-dessus, se prolongent dans la projection de relations entre enfants qui ainsi partagent une égalité de statut (Maas). Elles impliquent également, une communauté de condition et une solidarité entre parents de ces enfants (entre mères en particulier). Nous pourrions ainsi avoir une base sociale pour une communication visant des effets de masse dans la prise de vaccins.

Finalement, il s'agit de voir si la communication sur l'acceptabilité du calendrier vaccinal pourrait s'appuyer sur des systèmes de représentation et de classification hiérarchique de catégories d'âge dans lesquelles pourraient s'identifier les femmes et les communautés locales.

### 7.3. Acceptabilité du vaccin contre le VPH

L'entrée dans l'âge de la reproduction est un moment de vulnérabilité. Elle justifie une quête de protection de la part de personnes plus âgées. Ainsi, les chiffres sur l'acceptabilité du HPV semblent relativement élevés.

**Graphique 20 :** Acceptabilité de la vaccination des filles contre le cancer du col de l'utérus



L'analyse des réponses « oui » à la question de l'acceptabilité de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus montre des différences entre les districts. Les districts de Ziguinchor, Fatick, et Kolda enregistrent les taux d'acceptabilité les plus élevés. Les fréquences les plus faibles sont

notées dans les districts de Matam, Dakar-Ouest et d'Oussouye. Des travailleuses communautaires (*bajenu gox* du District de Yeumbeul) rapportent que les stratégies de communication à base communautaire ont aidé à augmenter l'acceptation du vaccin. Pour les Districts où l'on enregistre les plus faibles taux comme à Dakar Sud, un manque de confiance et des doutes envers les discours officiels sont aussi souvent relevés. Quand on croise la variable sur l'acceptabilité du HPV avec le sexe du répondant, on découvre que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à répondre par « oui » à la question.

**Tableau 30** : Acceptabilité de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus selon le sexe du parent / tuteur

Acceptabilité de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus	Femme	Homme	Total
Non	292 (9,02%)	92 (9,65%)	384
Non applicable	291 (8,99%)	136 (14,27%)	427
Oui	2654 (81,99%)	725 (76,08%)	3379
Total	3237	953	5337

Les parents / tuteurs de sexe féminin ont plus tendance à accepter le vaccin pour leur fille que ceux de sexe masculin. Par ailleurs, Le croisement de cette dernière variable avec les modalités autour du niveau d'instruction n'a pas fait ressortir des différences significatives. D'ailleurs nous avons recueilli une anecdote qui dit qu'un directeur d'école avait instruit ses filles de ne pas venir à l'école le jour prévu pour la vaccination, alors qu'il était le principal responsable chargé de son organisation dans cet établissement. Cependant on retrouve dans les récits de cas des exemples de l'influence du personnel de santé féminin dans l'acceptation du vaccin par les filles et les adolescentes : « *Ma mère est une sage-femme retraitée. Elle a insisté pour que ma sœur et moi-même nous allions prendre le vaccin...ce que nous avons fait sachant qu'elle en connaissait plus que nous et ne nous souhaite aucun mal* ». Au total, les variables associées à l'acceptabilité sont celles dans le tableau ci-dessous.

**Tableau ...** Variables influençant l'acceptabilité du vaccin aux filles de 9 à 17 ans

Variables	B	S.E	Wald	df	Sig	Exp
District	,022	,010	5,420	1	0,020	1,023
Localité	,063	,028	5,009	1	0,025	1,066
Sexe	-,351	,075	21,806	1	0,000	,704
Appartenance religieuse	-,147	,074	3,979	1	0,044	,863
Age	,008	,003	9,564	1	0,002	1,008
Avoir été conseillé par une sage-femme	,143	,060	5,750	1	0,016	1,154

Sur un autre plan, on retrouve dans un entretien au cours d'un focus group avec les hommes, dans le district de Sédhiou, à la fois des raisons citées en référence à des convictions religieuses et des éléments de théorie du complot. « *Les vaccins ne sont pas bons pour les filles ; ça risque de les empêcher d'avoir des enfants quand elles seront plus âgées. L'Islam exige beaucoup de fécondité à ses fidèles. Nous, les hommes, les chefs de familles ici, on va refuser qu'on vaccine nos filles pour réduire leur fertilité. Les Occidentaux veulent diminuer la population africaine. Même le président de la France l'a dit...* ». Mais dans les focus groups avec les femmes, il

semble que les positions soient plus nuancées. Elles paraissent plus sensibles à l'idée que la vaccination pourrait prévenir des maladies aussi graves que le cancer du col de l'utérus. En fait, la protection, notamment par scarification, talisman, prières ou autre intervention rituelle entrent au moment de l'adolescence, dans l'exigence collective ou familiale dont les femmes âgées sont dépositaires. Ce concept pourrait certainement, contribuer à l'acceptabilité du HPV, si les assurances de sécurités et d'efficacité étaient l'objet de communication approfondie.

Une femme de Keury Kaw, dans le district de Thiès explique : « *Personne ne nous a informé sur les vaccins contre le cancer du col de l'utérus. La majorité d'entre nous connaissent la maladie mais ne savent pas si le vaccin protège réellement et s'il ne va pas entraîner des conséquences plus graves* ». Une autre femme de Dakar a cette formule : « *En fait, on n'est pas contre... On n'est pas informé... Tu ne peux pas, comme ça, accepter ce que tu ne connais pas* », (femme, ECD, DS Ouest, Dakar, entretien individuel). La crainte du cancer du col de l'utérus est bien visible dans les propos des participantes au focus group et micro atelier ainsi à Kolda on parle de « *blessure à l'intérieur de la femme qui ne guérit pas* », « *de plaie dont on meurt avec* », d' « *organes génitaux qui pourrissent à l'intérieure* ». La protection des organes reproductifs apparaît comme une préoccupation de la communauté des femmes, celles des femmes plus âgées vis-à-vis des jeunes femmes. Il s'agit ici de s'assurer que ces dernières jouiront de la santé reproductive nécessaire pour donner naissance à des enfants qui, dans les discours ontologiques locaux, participent à la réincarnation des grands parents. C'est dans ce sillage théorique que devrait être construite les responsabilités collectives des femmes âgées pour l'accès des filles et des adolescentes aux vaccins contre le VPH.

Sous un autre angle la communication autour du vaccin contre le VPH pourrait être intégrée au cadre conceptuel de la santé des femmes âgées. Il s'agit de se prémunir pour avoir une longue vie et conserver une bonne santé, conditions qui permettent de s'occuper de la santé reproductive de celles qui donneront naissance à ses petits-enfants. Nous intégrons ainsi la communication sur le vaccin contre le VPH dans le cadre et les concepts culturels de la relation grand-mère/mère-fille /petite fille. Dans ce contexte les relations patriarcales dominées par les hommes, ils pourraient intervenir comme interférence perturbatrice si elles ne sont pas prises en compte dans les stratégies de communication. Souvent les hommes insistent pour avoir le pouvoir de la prise de décision formelle concernant la vaccination de leurs enfants (y compris les filles et adolescentes). Cette position des hommes tranche avec les concepts traditionnels qui font de la protection de la santé reproductive des filles « une affaire de femmes » prise en charge par les relations intergénérationnelles entre femmes ; les hommes n'intervenant que pour apporter les compléments de ressources matérielles financières nécessaires à certaines opérations. Il semble alors que dans le contexte du contrôle masculin du pouvoir de décision, on est dans une perception de vaccin comme un élément extérieur venant d'un pouvoir médical extérieur à la société de culture locale et reproduisant des rapports de domination patriarcale. Il s'agit alors d'impliquer les hommes, pas seulement pour éviter les confrontations autour de leurs positions formelles mais également pour sécuriser les microprocessus mis en œuvre par les femmes.

#### **7.4. Rumeurs sur les effets néfastes et perception du vaccin anti-covid-19**

Dans l'enquête par questionnaire, nous avons demandé aux personnes enquêtées si elles connaissaient au moins un cas de décès que les rumeurs attribuent au vaccin durant ces (05) dernières années. C'est à Sédhiou et à Ziguinchor qu'on a enregistré la fréquence la plus élevée de personnes qui affirment avoir entendu parler d'un cas de décès que les gens attribuent à un vaccin (dans les 5 dernières années).

**Tableau 31** : Connaissance d'un cas de décès durant les 5 dernières années que les gens attribuent au vaccin selon le district

District	Avez-vous entendu parler récemment (dans les 5 dernières années), d'un cas de décès que les gens dans la communauté attribuent au vaccin ?			Total
	Ne se prononce pas	Non	Oui	
Dakar-Ouest	3 (4,3%)	51 (72,9%)	16 (22,9%)	70
Dakar-Sud	4 (5,7%)	64 (91,4%)	2 (2,9%)	70
Fatick	0 (0,0%)	89 (85,6%)	15 (14,4%)	104
Foundiougne	0 (0,0%)	106 (100,0%)	0 (0,0%)	106
Kédougou	1 (,5%)	170 (87,6%)	23 (11,9%)	194
Kolda	5 (2,9%)	155 (90,6%)	11 (6,4%)	171
Louga	9 (6,6%)	117 (86,0%)	10 (7,4%)	136
Oussouye	3 (2,6%)	89 (76,7%)	24 (20,7%)	116
Sédhiou	5 (6,0%)	36 (43,4%)	42 (50,6%)	83
Tambacounda	8 (17,0%)	34 (72,3%)	5 (10,6%)	47
Thiès	1(,5%)	172 (78,2%)	47 (21,4%)	220
Agnam (Thilogne)	18 (6,9%)	217 (83,8%)	24 (9,3%)	259
Touba	3 (2,4%)	100 (79,4%)	23 (18,3%)	126
Yeumbeul	1(,6%)	159 (89,8%)	17 (9,6%)	177
Ziguinchor	10 (5,7%)	119 (68,4%)	45 (25,9%)	174
Total	71(3,5%)	1678 (81,7%)	304 (14,8%)	2053

Pour le total de l'échantillon environ 15% ont affirmé connaître au moins un cas de décès attribuable au vaccin, avec la plus forte fréquence notée à Sédhiou 50,6% devant Ziguinchor 25,9% Dakar Ouest 22,9% et Thiès 21,4%. Statistiquement nous n'avons pas pu confirmer l'hypothèse d'une association entre la réponse sur la survenue d'un cas de décès de ce genre et le rejet de la vaccination. Par contre dans l'analyse du discours, on peut mettre en évidence l'idée que ce type de réponse participe au discours de scepticisme à l'égard des vaccins surtout pour ce qui concerne les personnes âgées (concernant en particulier le vaccin contre le Covid-19). D'ailleurs pour les cas investigués qualitativement on parle plutôt de personnes adultes décédées.

Concernant la vaccination Covid, les données qualitatives suggèrent que les hommes sont plus réticents au vaccin. Dans les entretiens collectifs, ils insistent que beaucoup (surtout parmi les jeunes et les adultes) n'ont pas été vaccinés. D'autres se font vacciner juste parce qu'ils doivent voyager et que ça leur est exigé... Un informateur – clef explique : « *Les populations connaissent le Covid-19 et ont des informations sur la maladie mais refusent de se faire vacciner à cause des rumeurs et l'influence des réseaux sociaux. La plupart ont utilisé les plantes traditionnelles pendant la pandémie et ont vu leur efficacité. Les histoires récentes de mauvaise gestion des fonds Covid ont accentué la rupture de confiance ... Les gens pensent que l'Etat ne dit pas la vérité autour des vaccins et qu'il a un agenda caché derrière la vaccination pour diminuer la croissance démographique en Afrique. D'ailleurs, pour les populations, Covid19 a été créée de toute pièce...* ».

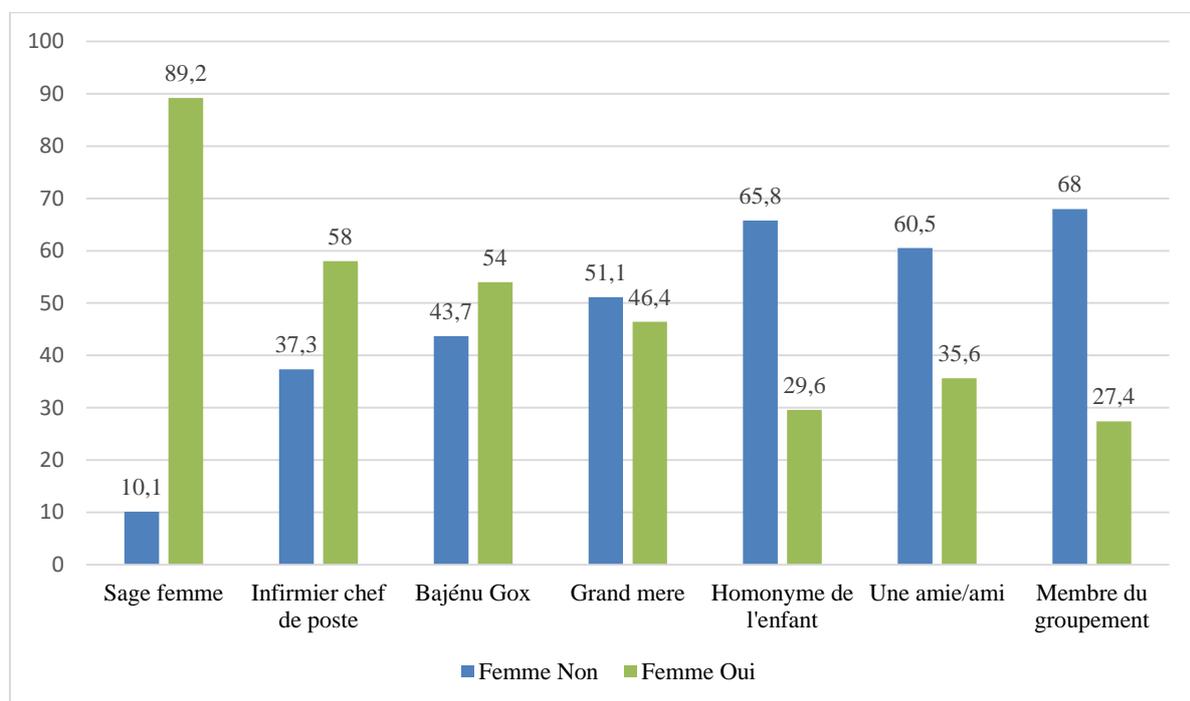
## 7.5. Communication pour l'acceptabilité des vaccins et du calendrier vaccinal

Les données de l'enquête par questionnaire et celle des micros-ateliers permettent d'analyser les profils qui se dégagent autour des sources d'influence ainsi que les éléments de perspectives pouvant être socialement et culturellement pertinentes.

### 7.5.1. Les sources d'influence

L'enquête par questionnaire a mis en évidence les principales sources d'influence en répondant à la question de savoir quelle personne a parlé de prise de vaccin à la maman de l'enfant retenu comme référence.

**Graphique 21** : Source d'influence des femmes pour la vaccination des enfants de 0 à 24 mois



Comme on peut le voir sur ce graphique la sage-femme est la personne qui apparaît la plus fréquemment citée comme étant celle qui a recommandé la prise de vaccin pour l'enfant. L'espace sanitaire est généralement un lieu primordial pour la fabrication de l'acceptabilité individuelle.

Il semble alors nécessaire de construire à ce niveau un renforcement de capacité à même de lui associer les attributs culturels de son attractivité et sa fonctionnalité pour que les femmes puissent se retrouver à l'aise. Or, les services de santé sont souvent décrits comme chargés de violence.

Dans le même ordre d'idée, dans le district d'Oussouye, les entretiens avec les informateurs et informatrices clef ainsi qu'avec les membres de la communauté de pêcheurs migrants (originaires de pays anglophones de la sous-région) établis à Élinkine ont révélé quelques difficultés spécifiques pour l'accès à la communication relative aux services de vaccination. Parmi ces difficultés on peut noter la barrière linguistique qui est le plus souvent évoquée. Certaines femmes disent ne pas être motivées à amener leurs enfants dans les structures de santé

quand elles ne sont pas accompagnées par quelqu'un qui pourrait faire la traduction dans la langue locale ou en français.

Par ailleurs, on peut noter que les Bajenu gox sont à l'interface des structures sanitaires et des communautés. Elles pourraient jouer un rôle de premier plan dans la circulation des supports communicationnels et dynamiques dans l'engagement communautaire.

Dans l'espace communautaire, les principales personnes qui constituent les sources d'influences sont : la grand-mère de l'enfant, les homonymes de l'enfant et les membres des groupements féminins. Une femme âgée (ayant le statut de grand-mère) rapporte : « *Dans cette concession, tous les enfants reçoivent les vaccins qu'ils doivent prendre et à la date qu'on nous a donnée. C'est moi qu'y veille personnellement. Je suis très consciente de l'importance des vaccins pour la santé des enfants* », (DS Ouest, Dakar, entretien individuel).

Cependant, les rôles traditionnels des grands-mères ont tendance à s'effriter. Ainsi, on assiste à ce qui peut être vu comme un clash entre maman et belle-mère : « *xale léégi yi degloo wu ñun juratu ñun Yaay moy topato doomam* » (actuellement les jeunes (mamans) ne nous écoutent plus. Nous ne donnons plus naissance. Ce sont les mamans qui s'occupent de leurs enfants). Les grands-mères se sentent moins responsabilisées, voire exclues des processus de sauvegarde de la santé de l'enfant. Les micros-ateliers ont été l'occasion de renouvellement et d'enrichissement des rôles traditionnels.

Le mari n'apparaît pas parmi les principales sources d'influences. On a comme l'impression qu'il n'intervient qu'après le personnel de santé. Son influence est surtout déterminante pour la mise en œuvre dont il contrôle les moyens financiers et logistiques nécessaires. Le mari est aussi celui qui statutairement occupe la position de celui qui accorde l'approbation pour la mise en œuvre. Il incarne une autorité avec les pouvoirs formels.

Sur un autre plan, le schéma ci-dessous, met en évidence différents acteurs impliqués dans la prise en charge des questions de santé de l'enfant, en référence à leurs rôles et statuts sociaux. C'est la raison pour laquelle, les micros ateliers ont travaillé sur la question de savoir comment intégrer la question de l'acceptabilité et la prise du vaccin dans les systèmes locaux de relations de filiation, de consanguinité, de parenté sociale autour du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescente.

**Graphique 22** : Structure de relations centrée sur le sujet à faire vacciner



Le schéma met en relief les éléments d'une structure qui s'avère des plus complexes, en ce qu'il met en relief des acteurs autres que les parents biologiques. La belle-sœur de l'épouse (tante paternelle de l'enfant) est appelée le père au féminin. Elle pourrait jouer un rôle important dans la communication pour la survie de l'enfant et la protection de la santé sexuelle et reproductive de la fille. La belle-mère de l'épouse (la grand-mère de l'enfant) pourrait jouer un rôle essentiel dans la prise de la décision vaccinale compte tenu de sa relation étroite avec le père de l'enfant et la mère de celui-ci. L'aide de maison est, dans certaines circonstances, en contact quasi-permanent avec l'enfant.

Chacun des éléments s'intègre dans d'autres structures (avec des identités collectives tels les « autres pères », les « autres grand-mères... ») pouvant intervenir dans l'acceptabilité de la vaccination des enfants. Les tradi-praticiens qui sont sollicités pratiquement dans tous les cas de maladies du nouveau-né ou de l'enfant, occupent généralement le statut de « grand-parent » de l'enfant. Au-delà du schéma, on devrait certainement, garder à l'esprit l'idée que des structures communautaires plus larges interviennent également dans la surveillance et la prise en charge de la santé de l'enfant. Ce sont les cas notamment des autorités religieuses, des doyens d'âges, des leaders communautaires, des réseaux et associations servant de force motrice à la mobilisation sociale.

### **7.5.2. Production de matériaux de communication dans les micro-ateliers**

Les jeux de rôles, exercices partageant de récits et d'expériences au cours des micros ateliers ont permis de collecter et de présenter aux participants les objets usuels auxquels les femmes accordent la plus grande importance dans les relations entre-elles et dans celles avec les nouveaux nés et les enfants. Ensuite les ateliers ont travaillé à dégager les concepts et la philosophie qui se rattachent à ces différents objets et à en apprécier la valeur symbolique. Une fois cet exercice effectué, l'objet devient un condensé et un véhicule de pensée... Il transporte des idées... Il est une métaphore. A partir de ce moment la réflexion se porte sur comment la métaphore peut intégrer le concept de vaccination, par association ou convergence d'idées. Ce

travail est renforcé par l'interférence d'une session de « Questions – Réponses » au cours de laquelle un membre du personnel de santé vient partager les connaissances sur les aspects, médicaux, biologiques des vaccins. Les principaux objets à charge symbolique, utilisés ont été les pagnes, les calebasses, les vans et les perles.

Le pagne a une charge symbolique qui s'est révélé dans tous les micros ateliers effectués dans les districts retenus quelques soient les cultures locales. On le retrouve sous différentes formes : portes bébé, couvertures extérieures pour le bébé porté sur le dos, couchette ... Il symbolise la protection de l'enfant pas seulement pour assurer son confort contre les intempéries mais aussi contre les dangers invisibles à l'œil nu ou relevant du mystique et de la métaphysique. Entre l'enfant et le pagne qui lui est réservé s'établit une sorte de symbiose au point que la plus grande attention sera consacrée à ce pagne lui-même. On veille sur le pagne pour protéger l'enfant. Un dicton explique cette importance : « *fitu xalébi si sèru yaay bi la neek* » (le courage futur de l'enfant se trouve dans le pagne de sa mère). Donc il ne doit être confié à n'importe qui ou ne doit être déposé n'importe où. Un autre dicton dit : « *xalé buñu rogganté wul, du am jom* » (l'enfant qui n'aura pas été recouvert par un pagne sur le dos de sa mère, sera un adulte sans sens de l'honneur). Si l'enfant est un garçon, on utilisera ce pagne lors de son initiation comme moyen de protection offert par sa mère. Si c'est une femme, le pagne de couverture sera utilisé lors de son mariage comme couverture pour passer de l'étape de fillette à celle de jeune dame. Le pagne est aussi utilisé lors des funérailles pour accompagner le défunt à sa dernière demeure ; que ça soit dans les religions révélées que dans les religions traditionnelles. Il porte la mémoire des événements passés et protège contre les dangers présents et futurs. On a ici une métaphore de la protection dans laquelle on peut intégrer l'idée de vaccination. La notion de rappel peut aussi véhiculer les séquences du calendrier vaccinal. La production symbolique réalisée au cours des micros ateliers (par exemple celui avec les femmes de Touba) a été de regrouper les cordelettes pendantes aux extrémités de la longueur de pagne, de leur donner des couleurs différentes et de les associer à diverses étapes du calendrier vaccinal ou des repères chronologiques socialement construits.

Pour le respect du calendrier vaccinal, les femmes à Touba avaient utilisé des pagnes en couleur appelés « *sèrr* multicolores », comme « *roggantaal* » ou comme pagne intime. Le personnel de santé donne des indications et explications sur le nombre de vaccins à faire prendre par l'enfant. Ensuite, la femme choisit un nombre égal de couleurs ou de motifs figurant sur le pagne. Enfin, chaque couleur ou un motif est associé à un vaccin. Le même principe d'association a été utilisé pour confectionner des colliers de perles (« *caxx* ») à mettre au cou de l'enfant. Tout le processus est ponctué de chansons incluant des messages de promotion des vaccins

Le pagne attaché à l'enfant entre dans la logique des dons de la belle-sœur à la mère de l'enfant. Les micros ateliers ont réussi à réinterpréter des chansons traditionnelles représentant cette relation, en y intégrant l'association de la belle-sœur et de la mère pour une plus grande protection de l'enfant par le respect du calendrier vaccinal.



La calabasse est assurément l'une des métaphores les plus présentes pour exprimer les idées autour de la sexualité féminine, de la maternité et de la reproduction. Au cours des micros ateliers la calabasse a servi comme contenant symbolique avec à l'intérieur plusieurs éléments considérés comme vitaux. C'est la calabasse qui contient les aliments, les condiments, etc ... Un des jeux de rôle avait consisté à demander aux participants de la remplir avec des objets symbolisant les éléments spirituels et physiques indispensables à la survie du nouveau-né et à la bonne santé de l'enfant. Au terme de l'exercice on intègre parmi ces éléments un carnet de vaccination ou des objets symboliques représentant les vaccins. Ce micro processus est couronné par des danses et des chants qui reprennent des passages mentionnant la vaccination.



Les perles avec différentes couleurs ont été utilisées pour représenter divers aspects autour de l'accès aux vaccins et du calendrier vaccinal. Au cours du micro-atelier de Néma 2 (Ziguinchor), on s'est servi de petites perles de différentes couleurs pour représenter les différentes étapes du calendrier vaccinal ainsi que les divers vaccins que l'enfant doit prendre. Une grosse perle de couleur blanche a été utilisée pour représenter le centre de la vaccination et un itinéraire est tracé avec d'autres perles de taille moyenne symbolisant les défis à relever pour arriver à faire vacciner son enfant (gestion du temps, transport, organisation du travail domestique, trouver une accompagnatrice, etc.). On en arrive pratiquement à un parallèle avec les parcours initiatiques qui rejaillissent sur la reconnaissance sociale du sujet. D'autres assortiments de perles représentent la communication avec les relais communautaires et les *bajenu gox* qui est matérialisée par la couleur verte ; la couleur bleue illustre elle les différents membres de la famille qui ont un impact sur la prise ou non du vaccin. Il peut s'agir de la grand-mère, du père de l'enfant, de la tante ou belle-sœur, et même de l'entourage, c'est-à-dire du voisinage. Toutes ces personnes peuvent influencer positivement comme négativement dans la prise du vaccin de l'enfant. Lorsque l'influence est positive, on utilise les couleurs bleue ou jaune ; quand elle est considérée comme négative, on prend le rouge pour bien montrer le danger que cela pourrait avoir sur la santé de l'enfant. Les perles sont fixées sur les calabasses ou placés dans des colliers, des bracelets au poignet ou aux reins de l'enfant.



A Kolda, le micro-atelier avec les femmes âgées, les organisations rituelles féminines en charge de la maternité (Dimba Jasa) et les jeunes filles est parvenu à un consensus sur les significations à attribuer à divers objets utilisables comme supports d'expression sur les maladies infantiles et comme matériaux de communication pour l'acceptabilité et la prise des vaccins



Les sens suivants ont été convoqués :

Les perles des couleurs :

- Noir représente les maladies « locales » citées par les femmes
- Rouge représente les difficultés rencontrées par les femmes pour soigner ces maladies
- Vert représente les solutions pour faire face à ces difficultés
- Blanche représente les situations « exceptionnelle »
- Marron représente l'âge de la fille (de *xalé* à *mére*) défini

Laalebasse (*lékét day laaw, di jur lu bëri*), représente la fécondité, l'abondance

- Les clochettes représentent les vaccins pour les 0-24 mois. Le choix des clochettes se justifie par leur lien avec le nouveau-né (*Xaley day takk kessing késsing* disait la *badiène gox*) en plus le bruit émis est signe de rappel du vaccin selon l'âge de l'enfant.
- Le coquillage représente la fécondité, la mère, la communauté.
- Les files en coton représentent l'abondance

Le sifflet représente l'urgence, l'alerte et l'importance de la vaccination

Le van a été utilisé lors des micro-ateliers pour analyser les problèmes de santé des enfants. Le groupe des femmes d'âge mûr et de vieilles femmes était au nombre de 14, réparties en 2 sous-groupes assis en forme de cercle sur une natte avec un van posée au milieu. L'animatrice du micro-atelier a remis à chacune d'entre elle des perles traditionnelles. L'activité consistait à soulever leurs problèmes ou difficultés du plus simple au plus compliqué en expliquant les

particularités des problèmes soulevés. Plus les difficultés rencontrées par celle-ci sont compliquées plus les perles se rapprochaient du centre de la vanne. Ainsi de nombreuses difficultés ont été soulevées. Après cet exercice, il fallait changer ces difficultés en solution. C'est ainsi que les femmes ont eu à donner des réponses d'elles-mêmes sur leur vécu. Les séances de mini-ateliers se sont terminées par une sensibilisation faite par la sage-femme sur l'importance de fréquenter des structures sanitaires pour : les CPN, les accouchements, consultations postnatales, les vaccinations (HPV, PEV), les consultations générales etc.



### 7.5. 3. Concepts culturels pour repenser l'engagement communautaire

Le travail d'interprétation autour des pratiques rituelles racontées par les participantes a permis de construire des articulations avec l'idée de prise en charge et d'engagement communautaire pour l'acceptabilité et l'accès au vaccin. Ainsi, il en est des pratiques rituelles autour des jumeaux et du porte-bébé.

Concernant les jumeaux, il y a une croyance qui voudrait que leurs parents effectuent une mendicité rituelle régulière ou quand l'un ou l'ensemble des jumeaux tombe malade, la mère collecte la nourriture provenant de plusieurs familles, la prépare et la fait à manger à l'enfant. Dans le même ordre d'idée une pratique rituelle consiste pour la mère de jumeau à aller dans cette famille pour y recueillir à chaque fois un volume d'eau équivalent à un pot que l'on déverse dans un sceau ou un récipient qui servira à donner un bain aux jumeaux. Le bain est ici une métaphore pour transporter l'idée de protéger. En Wolof le mot *sangu* désigne à la fois l'idée « de se laver » et celle « de se couvrir par un pagne ». Dans le domaine de la spiritualité le bain rituel en capsule l'idée de protection contre l'invisible. Il s'agit ici d'utiliser cette métaphore pour transporter l'idée d'une intervention externe pour protéger un être physique contre les éléments de malignité invisible à l'œil nu.

L'intérêt de travailler sur les jumeaux a été de fournir des illustrations culturellement enracinées de l'idée selon laquelle l'immunisation est le résultat de processus collectif et de participation communautaire. On dit des jumeaux qu'ils ont une « santé de fer » parce qu'ils « sont protégés par Dieu ». Ici la participation communautaire entre dans un schéma spirituel. Elle peut servir à renforcer l'idée de bénéfice partagé et de transcendance dans la mobilisation collective pour la protection des enfants. On retrouve le même principe dans les rituels expiatoires autour de « l'attache bébé brûlé » (dans les cultures étudiées dans les districts de Kédougou, Kolda et Ziguinchor. Ici on dit que si une épidémie de diarrhée frappe des enfants ou des nouveaux nés dans la communauté c'est parce qu'une maman a laissé un porte bébé être brûlé. La métaphore renvoie à l'idée d'une négligence individuelle pouvant menacer l'ensemble des enfants de même classe d'âge. Cette croyance donne sens à un ensemble de pratique rituelle collectivement effectuée par toutes les femmes mères de nouveaux nés ou d'enfants en bas d'âges avec la participation solidaire de vieilles femmes ou de femmes ayant le statut de grand-mère. La métaphore sert de prétexte à l'introduction de la prise de conscience d'une responsabilité individuelle dans la non observance du calendrier vaccinal qui pourrait menacer la santé collective des enfants et qui peut être résolue par la mobilisation communautaire.

La place de premier plan, attribuée à la démarche visant à obtenir le consensus des femmes, a été validée dans les micros-ateliers. Elle nécessite cependant, de bénéficier du support des leaders communautaires, des organisations et réseaux de jeunes et de femmes des autorités religieuses, des pouvoirs locaux ou décentralisés dont il convient de faire dans chaque district des activités de cartographie sociale et de plaidoyer. C'est dans ce sillage que des groupes de discussion approfondis (3 jours avec les hommes) comme ceux que nous avons fait à Touba, pourraient servir dans les autres districts.

Les leçons apprises en matière d'écoute, de dialogue et de participation ont été abordées avec les personnes influentes permettant d'atteindre les femmes et les enfants réfugiés et les personnes vivant dans des situations de marginalité sociale et de précarité. Elles semblent avoir reçu un écho favorable et ouvrir des possibilités de communication et d'accès à des services de vaccination adaptés à leur contexte.

## CONCLUSION

L'acceptation sociale des vaccins pour les enfants en bas âge, notamment ceux de 0 à 24 mois semble avoir été établie, même si on peut noter qu'il existe entre districts, des niveaux de couverture différents révélés aussi bien par les statistiques officielles du Ministère de la Santé et de l'Action sociale que par les données de l'enquête par questionnaire.

L'analyse de l'observance du calendrier vaccinal (0 – 24 mois) conclut à une baisse du taux de couverture au fur et à mesure de l'âge de l'enfant. Au-delà des facteurs habituellement cités ayant trait à l'accessibilité géographique, aux insuffisances en matière de rappel des rendez-vous et de la disponibilité des mères, ces tendances à la baisse paraissent associées, aux représentations sociales sur les risques d'effets néfastes encourus par les enfants au fur et à mesure de l'âge.

Cependant l'analyse de l'observation dans le discours et l'information sanitaires, on a tendance à cibler des maladies spécifiques, alors que dans les communautés, il apparaît que c'est la santé globale, unique et intégrée de l'enfant qui soit visée.

Les données des micros-ateliers mettent en évidence, la référence aux représentations sociales de la bonne santé de l'enfant comme l'une des motivations les plus puissantes de la demande vaccinale. La connaissance des vaccins spécifiques n'est pas apparue comme un déterminant majeur même si celle des symptômes et maladies associés à différentes étapes de la croissance de l'enfant, est objet de préoccupations majeures. Mais la classification par catégorie d'âge telle que socialement et culturellement construite, semble être relativement ignorée dans la communication autour du calendrier vaccinal. Pour l'opérationnalisation des perspectives culturelles et des approches de santé globale, il devrait être possible de réconcilier les divers systèmes de référence pour le plus grand profit de la communication pour l'observance du calendrier vaccinal.

Il y a une forte hésitation à propos du vaccin du HPV qui se nourrit de suspicion sur la fécondité future des adolescentes et de gaps sur la communication autour de ce vaccin ; dans le même temps où le principe de la protection de la santé de la reproduction à cet âge fait l'objet d'une grande adhésion. Les ressources locales traditionnellement (gardiennes d'enfants spécifiquement les grand-mères, les belles sœurs, les foyers religieux entre autres) en charge de l'éducation et de la protection de cette catégorie d'âge ne semblent pas avoir été pleinement impliquées dans la communication officielle. On peut faire le même constat de suspicion et d'hésitation des adultes par rapport aux vaccins de Covid-19. La prise de ce vaccin est apparue corrélée avec l'acceptation du vaccin contre le HPV. Elle semble procéder des mêmes attitudes de confiance vis-à-vis des vaccins.

Les populations vivant dans des situations de stress, de pauvreté et de précarité (habitat sous intégré, réfugiés, mendiants, squatters, vendeuses de marché, ...) paraissent laissées pour compte dans les programmes de vaccination et ne sont pas capturées par les données statistiques. Les interventions dans les stratégies avancées semblent répondre à ce hiatus mais elle demeure encore largement insuffisante pour provoquer des effets de masse.

Il y a un des hiatus ou des incompatibilités entre d'une part les agendas domestiques ou de production économique des femmes et celles des services de vaccination et d'autre part les agendas et mécanismes de prestation des services de vaccination.

L'analyse des relatives faibles fréquences de non prise de vaccin dans des localités n'ayant ni poste ni centre de santé suggère des leçons qu'on peut tirer des stratégies avancées et des interventions des structures confessionnelles. Ici, la mobilisation des femmes s'appuie sur les réseaux de solidarité et ressources socioculturelles qui donnent plus de possibilités de s'organiser pour des couvertures vaccinales collectives.

Les micros-ateliers ont réussi à construire un large éventail de matériaux à charge symbolique pour renforcer les capacités des structures sanitaires et enclencher des dynamiques communautaires dans les stratégies de communication pour l'acceptabilité et la prise du vaccin. Les principales recommandations de cette étude vont dans ce cas.

## RECOMMANDATIONS

Domaines	Stratégies	Activités
Vaccination des enfants de 0 à 24 mois	Développer une communication (pour le renforcement de l'acceptabilité et de l'accès aux vaccins) adaptée aux contextes socio-culturels locaux	-Organisation de séance de partage des résultats (avec les personnels de santé et acteurs communautaires) dans les 15 districts de l'étude -Micro-ateliers de restitution avec les femmes personnes – ressource, leaders et organisations communautaires -Réalisation de manuels et de guides pour micro-ateliers
	Initier des changements structurels innovants pour améliorer la communication et l'accès aux vaccins, dans les structures de santé	-Organisation d'ateliers de co-construction (avec les femmes) de planification des jours et horaires de vaccination, adapté aux agendas et calendrier des femmes -Réalisation de manuels et de guides pour renforcer les « capacités de douceur » (soft skills) des agents de santé en charge de la vaccination -Réalisation d'enquêtes de satisfaction -Intervention pilote ciblant des nouveau – nés et bébés de même âge ( <i>maas</i> ), pour une communication et des synchronisations entre mères en vue de coordonner l'ouverture des flacons de doses de vaccin
	Etendre et renforcer des stratégies avancées de la communication et l'accès aux vaccins (0 – 24 mois) dans les situations d'urgence et de marginalisation sociale	-Réalisation d'une cartographie et des recherches socio-anthropologie sur la vulnérabilité et l'exclusion sociale concernant l'accès aux vaccins (0 – 24 mois) -Organisation de séances d'écoute, de plaidoyer et de co-construction de réponses avec les populations et catégories sociales en situation de marginalité et de stress social
	Intégrer la communication sur les vaccins contre le covid-19 et contre le VPH dans un continuum de communication holistique à construire à partir des concepts culturels autour de la santé des nouveaux nés et des enfants.	-Organisation de micro-ateliers pour la production de matériaux et de messages et de canaux de communication véhiculant une approche holistique de la vaccination et de la santé
Vaccination contre le VPH	Etendre et renforcer les stratégies avancées de communication et d'accès au vaccin ciblant les filles et adolescentes non /dé - scolarisées ou en situation de vulnérabilité / exclusion sociale	-Réalisation de cartographies et d'enquêtes socio-anthropologiques sur les filles et les adolescentes en situation de vulnérabilité/exclusion sociale -Organisation de micro-ateliers ciblant les filles et adolescentes -Organisation d'ateliers de formation de paires-éducatrices représentant divers profils de filles et d'adolescentes.
	Renforcer la communication sur le cancer du col de l'utérus et du vaccin en milieu scolaire et sanitaire	-Aménagement d'espaces « amicaux » / attractifs en milieu scolaire et sanitaire pour prendre en charge les besoins d'écoute et de partage de connaissances des filles et des adolescentes
	Renforcer les capacités des femmes âgées / « grand-mères » pour communiquer avec les filles / adolescentes sur le cancer du col de l'utérus et le vaccin anti VPH	-Organisation de micro ateliers / incluant des sessions de questions réponses scientifiques avec des femmes âgées / « grand-mères » sur le cancer du col de l'utérus et le vaccin anti VPH
	Développer la communication et l'engagement communautaires pour l'acceptabilité du vaccin anti VPH	-Réalisation d'études socio-anthropologiques sur les rumeurs fake-news et réticences par rapport à la vaccination des files / adolescentes.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Organiser des micro- ateliers d'écoutes et de co-construction d'activité et de communication avec les hommes, les guides religieux et les leaders communautaires</li> <li>-Production de manuels / brochure résumant les argumentaires sur les plans religieux, social, philosophique et culturel</li> </ul>
Vaccination contre la Covid-19	Maintenir le débat et renouveler la réflexion et la discussion collective autour des expériences et vécu de l'épidémie passée afin de rétablir la confiance vis-à-vis des vaccins	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Documentation des expériences passées et étude des perceptions actuelles autour de la vaccination contre le covid-19</li> <li>-Réalisation de micro-ateliers avec les adultes, autorités religieuses et leaders communautaires sur l'acceptabilité de la vaccination des personnes adultes</li> </ul>