05

Perceptions et Comportements des Communautés face aux Stratégies de Rattrapage Vaccinal en Côte d'Ivoire : Le Rôle Crucial de l'Information Préalable

Perceptions and Behaviors of Communities Facing Vaccination Catch-Up Strategies in Côte d'Ivoire : The Crucial Role of Prior Information

KONE B[1], SORO SF[1], MANOUAN M[1], N'ZI-BOA T[1], YOHOU K[1], MIAN A[1], ATTIA-KONAN R[1,2], FADIGA A G[3], GBAY-ORO-KOUAME C[3], BAKEU M[3], DEDOH J L[3] , KOUTOUAN M G[3], TOURE A[4], MAMA D M[4], DJOHAN V[1,2], YAVO W[1,2], SACKOU-KOUAKOU J[1,2].

1. Institut National de Santé Publique
2. UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny
3. Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
4. Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé

Auteur correspondant : KONE Bognan Valentin : e-mail: konebognan@gmail.com

Résumé

Introduction : L'objectif de l'étude était d'examiner les perceptions et les comportements des communautés concernant les stratégies de rattrapage vaccinal.

Méthodes : L'étude qualitative a procédé à 26 entretiens individuels (EI) avec des professionnels et 8 focus group discussions (FGD) impliquant 80 membres de la communauté en zone péri-urbaine à Abidjan. Les données ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique inductive.

Résultats : Il existait un déficit d'information, proactive et continue au niveau communautaire. L'information concernant les campagnes était acquise de manière informelle. Cette situation générait une incertitude quant aux vaccins administrés et un sentiment de déresponsabilisation. Ce manque informationnel était un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs, la perception de coûts comme barrière, et une faible mobilisation. D'autres obstacles ont été relevés. Il s'agissait de lacunes en ressources humaines et logistiques, la faible motivation des Agents de Santé Communautaire (ASC) non rémunérés et les croyances culturelles et religieuses.

Conclusion : Améliorer les méthodes d'informations pour une adhésion des communautés à la vaccination des enfants de moins de 5 ans.

Principal message de santé publique : Le renforcement d'une communication préalable, pédagogique et systématique constitue un levier indispensable pour bâtir la confiance, surmonter les réticences et garantir une couverture vaccinale équitable et durable.

Mots clés : Information préalable ; Rattrapage vaccinal ; Adhésion communautaire

Abstract

Background : Vaccination is recognised as one of the most effective and efficient public health interventions, essential for preventing infectious diseases, reducing infant mortality, and improving life expectancy (WHO, 2023). This study examines the perceptions and behaviours of Ivorian communities regarding catch-up vaccination strategies, focusing on the pivotal role of prior information.

Methods : The qualitative study conducted 26 individual interviews (IIs) with professionals and 8 focus group discussions (FGDs) involving 80 community members were conducted. Data underwent inductive thematic content analysis.

Results: Results highlight a deficit of proactive and continuous information at the community level. Information regarding campaigns is primarily acquired informally. This situation generates uncertainty regarding the vaccines administered and a sense of disempowerment stemming from the lack of reliable and anticipated information. This informational gap serves as fertile ground for the proliferation of rumours, the perception of costs as a barrier, and low mobilisation. Concomitant obstacles include human and logistical resource shortages, the low motivation of unpaid Community Health Workers (CHWs), as well as socio-professional constraints and cultural and religious beliefs.

Conclusion: Improve information methods to encourage communities to vaccinate children under 5 years of age.

Key public health message: Strengthening prior, educational, and systematic communication is essential for building trust, overcoming reluctance, and ensuring equitable and sustainable vaccination coverage.

Keywords : Prior information ; Vaccination catch-up ; Community acceptance.

Introduction

La vaccination demeure l'une des interventions de santé publique les plus efficaces et puissantes pour prévenir les maladies infectieuses et réduire significativement la mortalité infantile à l'échelle mondiale [1, 2]. En Côte d'Ivoire, les autorités sanitaires, par le biais du Programme Élargi de Vaccination (PEV), déploient des efforts considérables pour optimiser la couverture vaccinale nationale et protéger les populations cibles dont les enfants de moins de 5 ans. Cependant, un défi persistant et majeur réside dans l'identification et le rattrapage des enfants dits "zéro dose" (ZD), ceux n'ayant reçu aucune dose d'un vaccin de routine – et des enfants sous-vaccinés (SV), qui n'ont pas complété leur schéma vaccinal [3]. L'efficacité de ces stratégies de rattrapage vaccinal ne dépend pas uniquement de la disponibilité des vaccins, de l'infrastructure logistique ou de l'organisation des services de santé. Elle repose également, et de manière fondamentale, sur la perception, l'acceptation et les comportements des communautés ciblées [4, 5].

Parmi les facteurs influençant ces dynamiques communautaires, la qualité et la pertinence de l'information au préalable jouent un rôle déterminant, l'absence ou la mauvaise circulation de celle-ci étant fréquemment associée à la réticence ou à l'hésitation vaccinale [6, 7]. La présente étude avait pour objectif d'élucider l'impact fondamental du rôle de l'information préalable dans l'adhésion des parents et la participation des communautés aux programmes de vaccination.

Méthodes

Type d'étude

Cette recherche menée dans les zones péri-urbaines d'Abidjan, en Côte d'Ivoire a adopté une approche qualitative et exploratoire. Elle couvrait les districts sanitaires de Yopougon et Abobo.

Participants et Échantillonnage

L'échantillon de l'étude a été constitué selon une stratégie d'échantillonnage à choix raisonné afin d'inclure des informateurs clés et des membres de la communauté représentatifs des populations concernées et des niveaux hiérarchiques des services de santé. Il était composé de deux groupes principaux (Tableau I).

Tableau I : Participants à l'étude en zone péri-urbaine à Abidjan, 2025 (N=106)

Acteurs	Nbre de participants
Entretiens individuels (EI)	**n=26**
Directeur régional de santé	1
Cadre district	4
Professionnels en établissement sanitaire (sage-femme, infirmiers, aide-soignant	9
Acteurs communautaires (ASC, leaders communautaire	12
Focus group discussion	**n=80**
Femmes	40
Hommes	40

Collecte de données

La collecte des données a été effectuée à l'aide de guides d'entretien semi-structurés pour les EI et de guides de discussion pré-établis pour les FGD. Les thèmes abordés portaient sur les perceptions et les obstacles relatifs aux stratégies de rattrapage vaccinal (le cadre institutionnel et normatif, la planification, la coordination, les mécanismes de sensibilisation, la disponibilité et l'utilisation des vaccins, la fréquentation des centres de santé, ainsi que les freins communautaires spécifiques (notamment les rumeurs et la désinformation, les coûts perçus, les contraintes socio-professionnelles, et les croyances culturelles et religieuses). Tous les entretiens et discussions de groupe ont été enregistrés numériquement, après obtention du consentement éclairé des participants, puis transcrits verbatim afin de préserver l'authenticité et la richesse des données.

Analyse des Données

L'analyse des données a été réalisée suivant une approche d'analyse thématique inductive. Ce processus a impliqué plusieurs étapes : (1) Familiarisation avec les données par des lectures répétées des transcriptions et des écoutes des enregistrements ; (2) Génération de codes initiaux en identifiant des fragments de texte pertinents et des idées récurrentes ; (3) Recherche de thèmes en regroupant les codes similaires en catégories plus larges et significatives ; (4) Revue des thèmes pour assurer leur cohérence interne et externe par rapport à l'ensemble des données, et pour vérifier qu'ils reflètent fidèlement les expériences des participants ; (5) Définition et nomination des thèmes de manière claire, concise et représentative ; (6) Production du rapport en illustrant chaque thème avec des extraits directs (verbatim) des propos des participants.

Résultats

Caractéristiques des participants

Les caractéristiques démographiques des participants ont été appréhendées à travers l'étude.

Pour les entretiens approfondis, l'âge moyen des participants était de 47,2 (±10,7) ans. Ils avaient une expérience professionnelle moyenne de 16,48 (±11,1) ans apportant ainsi une richesse de perspectives et une expertise variée. Ils avaient un niveau d'instruction majoritairement du supérieur (53,8 %).

Pour les Focus Group Discussions (FGD), l'âge moyen des 40 femmes était 40,6 (± 13,2) ans. Elles étaient majoritairement célibataires (55 %), avec le niveau d'étude du primaire qui était le plus représenté (35 %). Lun peu moins du quart de ces femmes étaient non-scolarisées (22,5 %). Pour les hommes l'âge moyen était de 42,1 (± 12,6) ans. Les célibataires représentaient 57,5 %. Le niveau d'étude le plus représenté était celui du secondaire (40%) . Près de 3 sur 10 hommes avaient le niveau supérieur (27,5 %).

Cadre institutionnel et stratégies de rattrapage vaccinal existants

Il existe un cadre institutionnel et normatif structuré pour la vaccination en Côte d'Ivoire. Les directives nationales et locales sont détaillées. Elles couvraient la sensibilisation, la recherche des enfants "zéro dose" (ZD) et sous-vaccinés (SV), ainsi que les protocoles de rattrapage. Elles étaient activement diffusées. Un informateur clé a confirmé : « *Nous disposons de directives relatives à la vaccination et au rattrapage des enfants zéro dose. Ces documents sont transmis par la DCPEV et la Direction Générale de la Santé.* » *(EI, informateur 2, 50 ans).*

La coordination des activités était assurée à plusieurs niveaux par des réunions régulières (mensuelles et trimestrielles) et des supervisions. Le processus incluait une analyse rigoureuse des indicateurs de performance pour identifier les zones sous-performantes et planifier des actions correctrices. Un cadre de santé a précisé : « *Nous analysons les données au cours des réunions de coordination. (...) Quand les résultats sont en dessous des attentes, nous programmons des semaines d'intensification pour rattraper les enfants non ou sous-vaccinés.* » (EI, informateur 1, 61 ans).

Le ciblage des populations était réalisé par sous-quartier, en s'appuyant sur les registres de vaccination. La communication reposait sur une multiplicité d'acteurs et de canaux, impliquant les Agents de Santé Communautaire (ASC) pour le porte-à-porte, les groupements féminins, les leaders communautaires et religieux. Des espaces sociaux tels que les lieux de culte et les événements festifs étaient également mobilisés pour la diffusion des messages : « *Nous faisons des visites de proximité... Nous allons dans les églises, aux funérailles, aux moments de festivité...* » (EI, informateur 12, 44 ans). L'implication des communicants et des radios locales a aussi été soulignée : « *On travaille avec les communicateurs... on a des programmes d'intervention, des passages à la radio locale...* » (EI, informateur 16, 37 ans).

Il a été confirmé que tous les vaccins du Programme Élargi de Vaccination (PEV), étaient disponibles et offerts gratuitement aux enfants de 0 à 59 mois : « *Tous ces vaccins sont gratuits.* » (EI, informateur 7, 49 ans).

Perceptions Communautaires

L'information sur les campagnes de vaccination était souvent perçu comme réactive et informelle, qualifiée de "sur le tas" par les participants : « *concernant les campagnes, bon, il faut dire qu'on apprend, ça, sur le tas. Sinon, il n'y a pas de média qui informe qu'il y aura campagne de telle date à telle date.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Un autre participant s'est exprimé comme suit : « *On ne sait même pas quel type de vaccination sera fait à l'enfant.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Un père a fait part de sa frustration : « *Moi, franchement, je n'ai jamais accompagné un enfant... parce que je n'ai jamais, franchement, eu d'info à ce sujet-là.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). Les participants insistent unanimement sur la nécessité de comprendre le "pourquoi" de la vaccination : « *mieux sensibiliser les parents pour qu'ils puissent comprendre la cause du vaccin surtout. Quelqu'un qui n'est pas informé ne peut rien faire.* » (FGD, informateur 2, 40 ans). La fréquence des actions de sensibilisation était perçue comme insuffisante et inconsistante. Bien que les prestataires de santé mentionnaient *"deux sorties mensuelles",* des participants ont rapporté n'avoir « *pas encore vu de séance de sensibilisation* » depuis des années (FGD, informateurs 2, 40 ans), « *L'information va passer une fois. Et ce n'est pas répété. Donc, un père ne peut pas ne pas entendre.* » (FGD, informateur 3, 35 ans), et parfois limitée à « *deux jours* » (FGD, informateurs 45 ans), ce qui ne permet pas d'atteindre l'ensemble de la population ciblée. Par ailleurs, les acteurs communautaires censés relayer l'information étaient également perçus comme inefficaces dans leur rôle d'information préalable. Les ASC sont décrits comme étant présents "*avec des thermos*" mais « *n'informent pas* » (FGD, informateur 4, 42 ans). Concernant les chefs de village, qui recevaient des lettres d'information, la communauté a déploré un manque de transmission : « *On nous dit que les chefs de village sont informés. C'est entre eux, là-bas. Nous, on ne sait rien, même.* » (FGD, informateur 5, 42 ans). L'information via les écoles, bien que reconnue par certains (« *Quand les enfants vont à l'école, c'est à l'école qu'on nous dit que tu dois faire la vaccination de l'enfant si c'est polio.* » (FGD, informateur 5, 42 ans)), ne semble pas résoudre la problématique globale du déficit d'information préalable.

Obstacles Interdépendants Compromettant l'Adhésion Vaccinale

Plusieurs obstacles, souvent liés au déficit d'information, entravent l'efficacité des stratégies de vaccination ou de rattrapage vaccinal.

Rumeurs et Désinformation : Le vide d'information constitue un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs, particulièrement prononcées dans les zones rurales : « *Dans nos zones rurales, il y a beaucoup d'intoxication... tout ce qui est moderne n'est pas normal.* » (FGD, informateur 3, 40 ans). Ces rumeurs, qualifiées d'« *intoxications* », génèrent une méfiance profonde. Des craintes spécifiques incluent l'idée que « *le vaccin qui arrive là, c'est empoisonné* » (FGD, informateur 8, 42 ans), que la vaccination « *réduit le taux d'enfantement* » (FGD, informateur 1, 44 ans), ou qu'elle « *fait qu'ils tombent toujours malades* » (FGD, informateur 8, 42 ans). Une rumeur persistante rapporte même que le vaccin est « *fait pour endormir les gens* » (FGD, informateur 8, 42 ans, p.20).

Coût Perçu des Vaccins : Malgré la gratuité des vaccins du PEV, une confusion persiste quant au coût d'autres vaccins ou des procédures de rattrapage. Cette perception de frais élevés agit comme un facteur de découragement majeur : « *il y a des vaccins qui nous reviennent à des prix un peu coûteux... peut-être à 12 000 [...] 30 000.* » (FGD, informateur 3, 38 ans,). Un témoignage illustre cette frustration : « *Le rattrapage vaccinal, j'ai été victime, mais quand on fait une vaccination gratuite [...] on te laisse payer. Du coup, ça décourage les parents.* » (FGD, informateur 8, 42 ans,).

Faible Fréquentation et Manque de Mobilisation : La peur d'être réprimandé par les agents de santé en cas de rendez-vous manqué contribue à une faible fréquentation des centres : « *C'est parce qu'elle a manqué son rendez-vous un jour qu'elle ne va plus venir parce qu'il y'a certaines qui ont peur parce qu'elles ont manqué leur rendez-vous.* » (EI, informateur 5, 38 ans).

Problèmes d'Organisation et de Suivi (perçus) : Des dysfonctionnements dans l'organisation des campagnes, tels que le non-versement des primes aux agents, sapent la confiance de la communauté et l'efficacité des opérations : « *les primes n'arrivent pas. Donc, la campagne n'est pas faite. Rien du tout. Ça fait que la population n'est pas informée.* » (EI, informateur 5, 38 ans).

Ressources Humaines et Logistiques : Le manque de personnel qualifié et en nombre suffisant constitue un obstacle structurel. Les ratios sont particulièrement préoccupants : «*1 médecin pour environ 9000 habitants, 1 infirmier pour environ 5300 habitants.* » (EI, informateur 15, 42 ans). L'engagement des ASC est limité par l'absence de rémunération et de moyens adéquats : « *Le problème, ce n'est pas l'ASC, mais c'est l'intéressement... L'ASC laisse ses activités, il n'est pas salarié... il faut qu'il soit intéressé.* » (EI, informateur 23, 59 ans). Les contraintes logistiques, notamment le manque de budget pour le transport et l'équipement, entravent l'accès aux communautés isolées et aux zones difficiles : « *Quand on va dans un endroit difficile d'accès... On prend une moto ou un véhicule... ça nécessite de l'argent.* » (EI, informateur 4, 30 ans).

Contraintes Socio-professionnelles et Croyances Culturelles/Religieuses : Les horaires de travail et les responsabilités parentales limitent la disponibilité des parents pour accompagner leurs enfants à la vaccination : « *nous, concernant, en tant que père, il n'y a pas de temps.* » (FGD, Informateur 2, 45 ans). Enfin, certaines résistances sont profondément ancrées dans les « *coutumes et la religion* » (FGD, informateur 1, 44 ans), nécessitant une approche de dialogue interculturel sensible et respectueuse.

Discussion

Les résultats détaillés de cette étude mettent en lumière une dissonance significative entre l'architecture bien pensée des stratégies de vaccination en Côte d'Ivoire et l'expérience vécue par les communautés en matière de rattrapage vaccinal. Bien que le cadre institutionnel soit robuste et les partenariats solides (comme avec l'OMS, l'UNICEF, et la FENOSCI), le rôle crucial de l'information préalable apparaît comme le maillon faible central, affectant directement les comportements et l'efficacité des stratégies. L'impression généralisée d'une information "sur le tas" et la fréquence disparate de la sensibilisation, telle que rapportée par les FGD, soulignent un manque de cohérence et de persistance dans les efforts de communication. Ce déficit informationnel est un terreau fertile pour la prolifération de rumeurs et de désinformation ("intoxications"), un phénomène bien documenté dans la littérature sur l'hésitation vaccinale (Larson et al., 2011 ; World Health Organization, 2019). Ces rumeurs, qui associent les vaccins à des effets néfastes, érodent la confiance dans le système de vaccination et les autorités sanitaires (Kennedy et al., 2011). Le manque de transparence et de clarté sur les coûts associés, ou l'absence de ceux-ci, est également préjudiciable. La perception de frais, même pour des services annexes ou des rattrapages, peut agir comme une barrière économique et psychologique importante, comme l'illustrent des études sur l'accessibilité des soins en Afrique subsaharienne (Peters et al., 2008).

Les acteurs communautaires, tels que les Agents de Santé Communautaire (ASC), sont identifiés comme essentiels pour la mobilisation. Cependant, leur efficacité est compromise par le manque de soutien matériel et financier (Lehmann & Sanders, 2007). Le manque de ressources humaines qualifiées et en nombre suffisant, avec des ratios de 1 médecin pour 9000 habitants et 1 infirmier pour 5300 habitants, exerce une pression considérable sur les professionnels de santé, rendant difficile la mise en œuvre de stratégies de rattrapage efficaces et la personnalisation de la communication.

En somme, l'étude démontre que la simple existence de directives et de programmes ne suffit pas. L'information doit être non seulement disponible, mais aussi proactive, ciblée, pédagogique, répétée et diffusée à travers des canaux fiables et cohérents pour être efficace. C'est en répondant au besoin profond des communautés de "comprendre la cause du vaccin" que l'on pourra transformer l'obéissance en adhésion volontaire et éclairée. Les politiques futures devraient donc se concentrer non seulement sur la logistique et l'organisation, mais surtout sur une stratégie de communication robuste et une valorisation substantielle des acteurs de terrain, en ligne avec les meilleures pratiques en matière de communication pour le développement (CDC, 2012).

Conclusion

Le programme de vaccination en Côte d'Ivoire, bien que solidement ancré par des structures institutionnelles et des partenariats, fait face à des défis majeurs dans l'atteinte des objectifs avec les enfants ZD/SV. Au cœur de ces défis se trouve le rôle crucial, et malheureusement sous-exploité, de l'information préalable. Le manque d'une communication proactive, constante et pédagogique alimente l'incertitude, favorise la désinformation, et érode la confiance des communautés. Pour surmonter ces obstacles et assurer une couverture vaccinale équitable et durable, il est impératif d'investir massivement dans des stratégies de communication innovantes et systématiques. Cela implique de renforcer les capacités et la motivation des Agents de Santé Communautaire par une rémunération et des moyens adéquats, d'engager un dialogue continu et transparent avec les leaders communautaires et religieux, et de fournir une information claire et répétée sur les bénéfices et la gratuité de la vaccination. Seule une approche qui place l'information et la compréhension au centre de ses actions permettra à la Côte d'Ivoire d'assurer une protection optimale pour tous ses enfants.

Références Bibliographiques

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020*. Genève : OMS.
2. UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021*. New York : UNICEF.
3. Gavi, the Vaccine Alliance. (2020). *No child left behind: Reaching zero-dose children*.
4. Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, R. D., & Paterson, P. (2011). Measuring vaccine confidence: analysis of data in 140 countries. *Eurosurveillance*, 16(37), 19965.
5. World Health Organization (WHO). (2019). *Ten threats to global health in 2019*. Geneva : WHO.
6. Kennedy, A., Forecast, N., & Zimet, G. (2011). Vaccine hesitancy: An overview. *Human Vaccines*, 7(2), 215-221.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *The Health Communication Process*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
8. Rapport de la Recherche sur la Mise en œuvre de la Vaccination en Côte d'Ivoire. (Non daté). Côte d'Ivoire. (Source des données analysées dans cet article).
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2012). *The Health Communication Process*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
10. Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). Community health workers: What do we know about them? *The State of the Evidence Report*. Geneva: World Health Organization.
11. Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, K. E., & Brieger, W. R. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.