

# Surmonter les obstacles à l'acceptation des vaccins dans la communauté

Principaux enseignements tirés  
de l'expérience de 734 travailleurs  
de la santé en première ligne

Janvier 2022

*Anthrologica*

■ LA FONDATION  
APPRENDRE  
GENÈVE

# REMERCIEMENTS

Anthrologica et La Fondation Apprendre Genève (TGLF) tiennent à souligner l'engagement extraordinaire des Scholars qui ont élaboré des études de cas dans le cadre du Réseau Scholar Covid-19 pendant la pandémie de COVID-19.

L'analyse des études de cas par Anthrologica a été dirigée par Katie Moore, assistée par Barbara Muzzolini et Tamara Roldán, sous la supervision de Juliet Bedford.

Anthrologica souhaite remercier Charlotte Mbuh, Reda Sadki, Ian Steed et Min Zha de la Fondation Apprendre Genève (TGLF), Vitomir Kovanovic du Centre for Change and Complexity in Learning (C3L), et John VanderHeide de la Fondation Bill et Melinda Gates pour leur haut niveau d'engagement et de collaboration tout au long du projet. En outre, des remerciements particuliers sont adressés aux quatre Scholars qui ont été interviewés dans le cadre du suivi de leur étude de cas.

La Fondation Apprendre Genève souhaite également remercier les membres suivants du Conseil consultatif international (IAB) de Teach to Reach qui ont soutenu les participants et guidé la Fondation dans le développement du Réseau Scholar COVID-19 tout au long de 2020 : Felicity Cutts (London School of Tropical Medicine and Hygiene), Dr Joseph Biey (OMS IST Ouagadougou), Riswana Soundardjee (Gavi), Karen Watkins (The University of Georgia), Chizoba Wonodi (Johns Hopkins University) et Blanche-Philomène Anya (OMS AFRO). La Fondation Apprendre Genève souhaite également remercier Susan MacKay (Gavi), Heid Larson (Vaccine Confidence Project) et Lisa Menning (OMS) pour avoir accepté l'invitation à écouter et à apprendre des études de cas des membres du Réseau Scholar COVID-19 en décembre 2020. Enfin, La Fondation Apprendre Genève souligne les contributions significatives du Dr François Gasse, qui a dirigé des sessions quotidiennes d'apprentissage par la pratique avec les participants pour les aider à améliorer leurs études de cas, et d'Alan Brooks (Bridges to Development), dont le soutien a été inestimable pour aider les partenaires mondiaux et régionaux à donner un sens à ce travail, à son importance et à son potentiel de contribution à la réponse à la pandémie.

Cette étude a été financée par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Ce rapport est en accès libre et distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY) qui permet une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs originaux (Anthrologica et La Fondation Apprendre Genève) et la source soient cités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

Anthrologica et La Fondation Apprendre Genève. Surmonter les obstacles à l'acceptation des vaccins dans la communauté : Principaux enseignements tirés de l'expérience de 734 agents de santé en première ligne. 2022. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6965365>

# Surmonter les obstacles à l'acceptation des vaccins dans la communauté

Principaux enseignements tirés  
de l'expérience de 734 travailleurs  
de la santé en première ligne

Janvier 2022

# TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	6
PRÉFACE .....	7
RÉSUMÉ ANALYTIQUE .....	9
INTRODUCTION .....	29
Contexte .....	29
Développement des études de cas.....	29
Analyse des étude de cas.....	30
Les questions de la recherche.....	30
Structure du rapport.....	31
MÉTHODOLOGIE .....	32
La recherche a été réalisée en quatre étapes:.....	32
Limites.....	34
Désagrégation des données entre l'anglais et le français.....	35
« Les chefs de famille doivent être conscients de l'importance de la vaccination. » .....	36
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTE DES SCHOLARS.....	37
COMPRENDRE LES COMMUNAUTÉS AUPRÈS DESQUELLES LES SCHOLARS SONT ENGAGÉS .....	48
Les personnes impliquées dans les interventions décrites dans les études de cas .....	48
Minorités religieuses et sectes .....	50
Identifier les communautés pour les interventions.....	51
Considérations sur le genre et la prise de décision lors des interventions.....	52
OBSTACLES À L'ACCEPTATION DES VACCINS.....	54
Accès à l'information et ses modes de diffusion.....	55
Une méfiance généralisée.....	56
Effets secondaires perçus et expériences négatives de la vaccination.....	59
Peur, sécurité et laisser-aller.....	60
ACCOMPAGNER LES INTERVENTIONS ET LES ACTIONS.....	62
Implication des multiples parties prenantes .....	62
Des stratégies à plusieurs volets.....	64
Adaptation des stratégies pendant la réponse à la pandémie de COVID-19.....	64
Considérations de genre.....	66
Implication des forces militaires, de sécurité et de police.....	66
VERS L'ACCEPTATION DES VACCINS : MESSAGES ET DIFFUSION.....	69
Réalisation des interventions.....	69
Langues locales.....	70

Les réseaux sociaux.....	73
Mise en place d'une cellule de veille médiatique, Scholar évoluant au niveau infranational, Cameroun.....	74
Informations et messages.....	75
Manifestations postvaccinales indésirables .....	76
Coût-bénéfice des vaccins .....	76
Messages relatifs à la pandémie de COVID-19 .....	77
Refus communautaire du vaccin contre la polio pendant la pandémie de COVID-19.....	78
<b>RISQUE, CONTEXTE ET REPRODUCTIBILITÉ .....</b>	<b>79</b>
Politique et violence .....	80
Risques liés à la pandémie de COVID-19.....	81
Considérations éthiques .....	81
Reproductibilité des interventions.....	82
Vaincre la résistance à la vaccination par la communication interpersonnelle et la communication pour le changement de comportement .....	83
<b>SURMONTER LES OBSTACLES À L'ACCEPTATION – LEÇONS ET RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>84</b>
Inclusion et engagement de la communauté.....	84
Implication des facilitateurs de la communauté.....	86
Les agents de santé locaux .....	87
Mobiliser les dirigeants communautaires pour la sensibilisation, Scholar intervenant au niveau infranational, Nigéria .....	88
Rôle du gouvernement.....	90
Les hommes en tant que partenaires.....	90
Travail d'équipe et coopération multipartenaires .....	90
Communication .....	91
Communication interpersonnelle.....	93
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>95</b>
Réflexions sur les principaux résultats.....	95
Aller de l'avant : des recommandations à l'action contextuelle .....	98
<b>ANNEXES .....</b>	<b>99</b>
Annexe 1. Grille critériée .....	100
Annexe 2. Matrice de codification.....	101
Annexe 3. Structure de l'entretien de suivi .....	104

# ABRÉVIATIONS

AVS	Activités de vaccination supplémentaires
EPI	Expanded programme for immunisation (Programme élargi de vaccination)
HPV	Virus du papillome humain
IEC	Information, éducation et communication
IPV	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
MAPI	Manifestations postvaccinales indésirables
MEV	Maladies évitables par la vaccination
PEV	Programme élargi de vaccination
RCA	République Centrafricaine
RDC	République démocratique du Congo
ROR	Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
SIA	Supplementary Immunisation Activities (Activités de vaccination supplémentaire)
TT	Toxoïde tétanique
TGLF	The Geneva Learning Foundation (La Fondation Apprendre Genève)
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

# PREFACE

C'est en travaillant avec les programmes de vaccination et les agents de santé locaux pour désamorcer les rumeurs qui menaçaient de faire dérailler les initiatives de vaccination que j'ai pris conscience du fragile équilibre qui maintient la confiance dans les vaccins. Il y a vingt ans, cela impliquait de se rendre dans les pays pour rencontrer les agents sur le terrain, nouer des relations et travailler côte à côte avec eux.

Depuis lors, le corpus de recherche sur le sujet s'est considérablement enrichi. Des cadres élaborés de science comportementale, soutenus par un suivi et une évaluation robustes, sont désormais disponibles pour guider les responsables politiques, les donateurs et les autres décideurs, pour ceux qui ont le temps et les moyens de les mettre en œuvre.

Néanmoins, notre compréhension de la manière dont les dynamiques complexes du changement se produisent réellement, en particulier aux niveaux les plus locaux, reste lacunaire. Pour cela, nous devons écouter les expériences locales et les voix de ceux qui, en première ligne, peuvent raconter comment ces dynamiques complexes se traduisent dans les faits.

J'ai trouvé l'idée de ce rapport fascinante : 734 professionnels de la santé de tous les niveaux du système de santé ont pris le temps, en marge de leurs tâches quotidiennes exigeantes, pour réfléchir à leur pratique, en décrivant puis en analysant une situation dans laquelle ils ont réussi à aider un individu ou un groupe, à accepter ou à prendre confiance dans le fait que la prise de vaccins les protégeraient de la maladie. De plus, ils l'ont fait en un temps court de quatre semaines, collaborant à distance lors d'un moment historique de la pandémie COVID-19, quelques mois seulement avant l'arrivée des premières doses de vaccin COVID-19 au Ghana et en Côte d'Ivoire.

En lisant ce rapport, j'ai éprouvé un sentiment de découverte. Les témoignages m'ont rappelé mes premiers travaux avec des collègues travaillant au niveau local, et m'ont permis d'apprécier à nouveau ces professionnels de la santé qui ont dû relever des défis encore plus grands face à une pandémie mortelle. J'ai pu ressentir à quel point il est difficile de rester le « conseiller le plus fiable » de la population, et à quel point la capacité des personnes en première ligne à expliquer, défendre et répondre d'une manière qui est presque entièrement dictée par le contexte, en l'occurrence une pandémie très incertaine et en constante évolution, reste déterminante.

J'ai pu également ressentir les tensions dues à l'imperfection d'une méthodologie participative qui ne correspond pas forcément aux conventions et aux normes de la recherche dirigée par des experts. La recherche conventionnelle a rarement été en mesure d'accéder à de tels récits locaux, et encore moins avec un échantillon aussi large et diversifié. De surcroît, la méthodologie d'apprentissage par les pairs utilisée par la Fondation Apprendre Genève signifie que les participants qui apprennent les uns des autres en tirent un bénéfice immédiat. Plutôt que des sujets de recherche ou des informateurs autochtones, les auteurs des études de cas ont pratiqué une science citoyenne en s'entraidaient face à un défi commun. L'échelle, la portée géographique et la diversité des contextes, des rôles professionnels et des expériences sont également des points forts de ce travail.

Soutenir les agents de santé, déjà reconnus comme des conseillers de confiance pour la population, exige de nouvelles façons d'écouter, de renforcer, de mesurer, de documenter et d'apprendre.

Il faut aussi de nouvelles façons de reconnaître le leadership du personnel de vaccination qui travaille au niveau local dans des conditions souvent difficiles.

Dans certains cas, c'est peut-être le fait même de l'absence de directives prescriptives qui a permis au personnel de santé local de puiser dans sa propre créativité et à ses capacités de résolution de problèmes pour répondre aux besoins de la population.

Plutôt que de généraliser, nous devrions donc nous efforcer de reconnaître que les solutions doivent être locales pour être efficaces, reconnaître la capacité du personnel local à s'adapter à son contexte afin de favoriser la confiance et l'acceptation des vaccins, et faire tout notre possible pour le soutenir – en les laissant guider leurs efforts futurs.

A handwritten signature in black ink that reads "Heidi Larson". The script is fluid and cursive, with the first letters of "Heidi" and "Larson" being capitalized and prominent.

Heidi Larson, PhD, est professeur d'anthropologie, de la science du risque et de la décision à l'École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres. Elle est également directrice fondatrice du Vaccine Confidence Projet.



# RÉSUMÉ ANALYTIQUE

## Introduction

Le Réseau Scholar COVID-19 est un réseau digital hébergé par la Fondation Apprendre Genève (The Geneva Learning Foundation, TGLF). En avril 2020, pendant l'épidémie de COVID-19, un groupe de plus de 600 membres des personnels nationaux et infranationaux de la vaccination, ayant participé avec succès à un des programmes de formation ayant trait à la vaccination proposés par la Fondation Apprendre Genève (dans lequel les apprenants sont appelés « Scholars »), s'est mobilisé pour co-concevoir le Réseau Scholar COVID-19 (en anglais, COVID-19 Peer Hub). Le projet a fait appel à des collègues travaillant sur la vaccination aux niveaux infranational et national dont les activités avaient été affectées par la pandémie. Après trois mois de développement, le Réseau Scholar COVID-19 a été lancé en juillet 2020. Il met en relation plus de 6000 professionnels de la santé de 86 pays, transcendant les niveaux du système de santé et les frontières nationales et organisationnelles, pour contribuer au renforcement des compétences et soutenir la mise en œuvre des plans d'action COVID-19 dans les pays.

Après le lancement de la plate-forme, un premier exercice d'évaluation par les pairs a été organisé, en se concentrant sur la reprise de la vaccination suite à une perturbation des services. En octobre 2020, la Fondation Apprendre Genève a constaté que l'introduction du vaccin COVID-19 allait devenir un axe d'action essentiel pour la communauté des Scholars. Pour s'y préparer, les participants au Réseau Scholar COVID-19, en étroite collaboration avec la Fondation Apprendre Genève et ses partenaires mondiaux, ont mis au point un deuxième exercice d'évaluation par les pairs afin de développer des études de cas basées sur l'expérience pratique des Scholars et de dépasser les obstacles à l'acceptation du vaccin. Pendant quatre semaines, en novembre 2020, 734 participants du Réseau Scholar COVID-19 ont ainsi développé des études de cas, les soumettant à une revue par les pairs, leur permettant de les réviser et de les améliorer. Chacune de ces études de cas décrivait et analysait une situation dans laquelle ils avaient aidé un individu ou un groupe à surmonter une hésitation initiale ou une peur de la vaccination, conduisant à l'acceptation du vaccin. L'objectif principal de ces études de cas était de favoriser l'apprentissage par la réflexion entre pairs, la plupart étant susceptibles de s'impliquer dans l'introduction du vaccin COVID-19.

Pour élaborer leurs études de cas, les Scholars ont été invités à se référer à une grille critériée combinant des instructions et des conseils, des questions de réflexion et des listes de contrôle, pour les guider dans leur travail. La grille critériée a été conçue pour encourager l'apprenant à raconter son histoire de manière à ce qu'« un parfait inconnu puisse comprendre votre situation, ce que vous avez fait, quand et où, comment et pourquoi ». Chaque étude de cas a enregistré des informations démographiques spécifiques, notamment le pays de l'apprenant, son affiliation organisationnelle, son niveau d'intervention dans le système de santé et, si possible, les coordonnées SIG de la localité décrite dans l'étude de cas. Guidés par la grille critériée, les apprenants devaient analyser de manière critique les aspects de l'expérience qu'ils décrivaient, notamment le contexte, l'aspect innovateur de leur approche, les limites et les risques, la généralisation et les idées. Chaque étude de cas a été évaluée par trois autres apprenants (révision par les pairs). Les apprenants qui ont réussi à finaliser leur propre étude de cas et à évaluer trois autres études de cas ont reçu un certificat de participation de niveau 1 du Réseau Scholar COVID-19 délivré par la Fondation Apprendre Genève.

Bien que ces études de cas soient avant tout un outil destiné à favoriser l'apprentissage par les pairs, les récits à la première personne qu'elles contiennent constituent un ensemble précieux de données probantes, qui rendent compte de la manière dont les professionnels de la santé locaux parviennent à faire accepter les vaccins et la vaccination aux individus et aux groupes des communautés qu'ils desservent.

## Méthodologie

Une approche mixte a été adoptée pour analyser les études de cas. L'accent a été mis sur l'analyse qualitative des récits des études de cas, étayée par l'analyse quantitative des informations démographiques sur les Scholars qui ont produit les études de cas.

Cette recherche a utilisé un modèle d'étude qualitative pour faire une analyse thématique des données des études de cas, dans le but de fournir un aperçu détaillé de tendances qui se dégagent des données. Les thèmes clés concernaient la communication sur le vaccin et les stratégies d'engagement communautaire, les idées qui se sont dégagées concernant l'introduction du vaccin COVID-19 et les comportements sous-jacents liés aux éléments incitatifs et aux obstacles en matière de vaccination. Chaque étude de cas a respecté la structure décrite dans la grille critériée de l'activité et l'approche thématique a facilité l'établissement de comparaisons sur l'ensemble des données.

La recherche a été réalisée en quatre étapes :

### ÉTAPE 1: CODAGE DES DONNÉES

Une matrice a été développée pour guider le codage des données présentées dans les récits des études de cas. L'approche a adopté un équilibre entre le codage déductif (utilisation de codes prédéfinis dérivés des questions de recherche) et le codage inductif (ajout de nouveaux codes en réponse aux thèmes émergents des récits). Une équipe de trois personnes a effectué le codage à la main. Dans un premier temps, tous les membres de l'équipe ont codé indépendamment le même sous-ensemble d'études de cas. Cela a permis de comparer le codage. Les incohérences ont été discutées et résolues. La matrice de codage a été révisée pour inclure des informations démographiques standardisées et pour faciliter les comparaisons et les analyses entre les ensembles de données francophone et anglophone. La matrice de codage a été revue par la Fondation Apprendre Genève et adaptée en fonction des commentaires reçus. L'équipe de recherche a systématiquement trié les données, étiquetant les idées et les mécanismes au fur et à mesure qu'ils apparaissaient et réapparaissaient, et a continué à développer la matrice de manière itérative : les codes et les thèmes ont été affinés tout au long du processus et examinés lors de réunions d'information régulières par l'équipe pour en assurer la cohérence.

### ÉTAPE 2: ANALYSE DES DONNÉES

Les données codées des récits des études de cas ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique. Les thèmes dominants ont été dégagés et les tendances qui ont émergé ont fait l'objet d'une analyse critique. La combinaison d'approches analytiques déductives et itératives a permis de répondre pleinement aux questions posées par la recherche, tout en permettant l'identification de nouveaux thèmes ou domaines d'investigation qui n'avaient peut-être pas été prévus au début de l'analyse. Les chercheurs ont pu considérer les données sous différents angles et passer de l'analyse microéconomique des études de cas individuelles à une vision macroéconomique plus large de l'ensemble des données.

L'ensemble complet de données quantitatives a fusionné deux séries d'informations. La première était constituée des données démographiques de chaque Scholar fournies par la Fondation Apprendre Genève. À cela s'ajoutent des données relatives à l'étude de cas du Scholar, extrapolées à partir de l'analyse qualitative. Les données démographiques des Scholars fournies par la Fondation Apprendre Genève comprenaient les variables suivantes : identité, pays, niveau d'intervention dans le système de santé, genre, nombre d'années

d'expérience dans la réponse à la vaccination, nombre d'années d'expérience dans la réponse aux épidémies, implication dans la réponse au COVID-19 et services de vaccination sur le lieu de travail du Scholar affectés par la pandémie de COVID-19. Une colonne pour la région a été ajoutée et les données disponibles sur les pays ont été classées selon les définitions régionales de l'Unicef. Les données des études de cas extrapolées à partir de l'analyse qualitative et ajoutées à l'ensemble des données quantitatives comprenaient les variables suivantes : zone d'intervention (rurale ou urbaine), type de vaccin/antigène, moment de l'intervention (avant ou pendant la pandémie de COVID-19), type d'intervention (au niveau individuel, communautaire ou national), si le Scholar recommanderait son approche (oui/non), si elle était nouvelle et innovante (oui/non) et la qualité de l'étude de cas (standard/bonne). Les données ont ensuite été saisies dans le logiciel d'analyse statistique SPSS. Des statistiques descriptives ont été élaborées à partir des variables démographiques des Scholars afin d'identifier la distribution de leurs antécédents et de leurs contextes de travail et également à partir des variables provenant des études de cas afin d'évaluer la répartition des approches adoptées par les Scholars pour leurs interventions et les types de vaccins/antigènes impliqués.

Après l'analyse, les données ont été triangulées afin de valider les conclusions, d'intégrer les résultats quantitatifs et qualitatifs et de dresser un tableau complet de chaque intervention en fonction de son contexte et des données démographiques des Scholars. En croisant les statistiques descriptives, l'équipe de recherche a regroupé les variables pour identifier des relations et des tendances supplémentaires qui n'étaient peut-être pas apparues lors de l'analyse de l'ensemble des données. Le recoupement de deux variables ou plus a permis à l'équipe de recherche d'explorer d'autres modèles, tels que la proportion de Scholars ayant abordé l'hésitation à se faire vacciner pour différents antigènes dans différents contextes (zones rurales ou urbaines). Après l'évaluation des modèles par le biais d'un tableau croisé, les chercheurs ont utilisé le test statistique du khi carré pour déterminer si les différences entre les groupes étaient significatives. Les schémas mis en évidence par la tabulation croisée et le test du khi carré ont ensuite été triangulés par rapport aux riches données qualitatives. Ce processus a été mené manuellement dans Excel en utilisant des filtres pour examiner si les différences quantitatives observées dans les données démographiques et celles des études de cas reflétaient des différences et des nuances dans chaque cas individuel. Grâce à cette approche, l'équipe a pu évaluer l'importance de divers scénarios.

### **ÉTAPE 3: ENTRETIENS DE SUIVI**

Une série de courts entretiens de suivi a été menée avec un petit sous-ensemble de Scholars ayant réalisé les études de cas ( $n = 4$ ). Ils ont été sélectionnés à dessein en fonction de la qualité et de la diversité de leur expérience en matière d'études de cas. Bien que les études de cas décrivent chacune un scénario spécifique, il est apparu qu'il ne s'agissait pas d'événements isolés mais plutôt d'une indication des défis auxquels les Scholar sont confrontés et des actions qu'ils entreprennent dans le cadre de leur travail de routine. Les entretiens ont donc permis (i) de recueillir des informations supplémentaires sur la situation décrite dans l'étude de cas et dans le contexte du travail en cours du participant; et (ii) de réfléchir à l'expérience d'apprentissage que représente la documentation de l'événement et à la manière dont cela a pu soutenir les actions du participant au fil du temps, en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (à la fois le déploiement de la vaccination COVID-19 et son impact sur la vaccination de routine). Les entretiens se sont appuyés sur le modèle d'apprentissage par les pairs et ont fourni une occasion importante de valider les principaux résultats de l'analyse des études de cas avec les Scholars, en se concentrant particulièrement sur les solutions potentielles et les interventions positives pour surmonter les obstacles et les défis en matière de vaccination identifiés dans l'analyse.

### **ÉTAPE 4: RAPPORTS**

Le projet a eu trois résultats principaux : (1) un rapport de fond documentant les résultats de l'analyse des études de cas ; (2) un rapport de synthèse et une présentation PowerPoint pour la Fondation Bill et Melinda Gates ; et (3) un rapport pour la Fondation Apprendre Genève

résumant l'approche méthodologique de l'analyse des études de cas et présentant des recommandations pour des analyses futures. Tous les rapports ont fait l'objet d'un examen rigoureux de la part des partenaires de la Fondation Apprendre Genève et de la Fondation Bill et Melinda Gates, et leurs commentaires et réactions ont été intégrés, le cas échéant, aux résultats finaux.

## LIMITES

L'analyse a été aussi complète que possible étant donné le grand nombre d'études de cas et le délai limité. En raison de la manière dont les informations ont été collectées et stockées dans le cadre du Réseau Scholar COVID-19, le principal défi méthodologique a été de s'assurer que chaque étude de cas était correctement liée aux données démographiques du Scholar. L'absence de variables continues prédéterminées n'a pas permis de déterminer les relations entre les variables, mais seulement les différences entre les groupes, et la présence de variables catégorielles déduites des études de cas n'a pas facilité cette tâche.

Bien qu'il ne s'agisse pas de limitations en termes de méthodologie en soi, il convient de souligner que, dans l'interprétation des résultats, plusieurs questions ont dû être soigneusement négociées.

- Prises dans leur ensemble, les études de cas constituent un ensemble d'informations qualitatives riches, mais n'ont jamais été destinées à constituer un échantillon représentatif en termes de recherche. Les récits décrivaient un événement de manière isolée, il était donc impossible d'évaluer dans quelle mesure chaque étude de cas était représentative des activités du Scholar. De même, comme chaque étude de cas reflétait l'expérience d'un Scholar en particulier, il n'était pas évident de déterminer si ses approches étaient représentatives de celles d'autres agents de vaccination opérant dans des contextes similaires. En outre, l'absence d'informations sur l'utilisation de directives nationales ou régionales pour traiter les cas d'hésitation à se faire vacciner a limité la portée des comparaisons contextuelles au sein des pays et des régions géographiques. Certaines généralisations, indicatives et extensives, ont été émises, et le risque de fausses généralisations est reconnu. Cependant, le fait que les données ne constituent pas un échantillon représentatif n'enlève rien à leur valeur. Les études de cas ont fourni aux Scholars une plateforme rigoureuse pour partager leurs expériences et réfléchir aux résultats fructueux de la lutte contre le manque d'acceptation des vaccins et de la fourniture de vaccins dans leurs contextes spécifiques, et le fait de se concentrer sur les études de cas individuelles est un point fort de cette étude.
- Les études de cas étaient des réflexions rétrospectives sur des situations concrètes. Beaucoup évoquaient des événements récents, mais certaines se concentraient sur des événements survenus plusieurs années auparavant.
- Bien que toutes les études de cas aient suivi la grille critériée de l'activité et aient été examinées par d'autres Scholars du Réseau, la qualité du matériel a varié.
- Les études de cas ont été rédigées dans les propres mots des Scholars et, par conséquent, les thèmes, les concepts et les comparaisons significatives ont dû être extraits et interprétés par le chercheur.
- Bien que la grille critériée d'activité comprenne une mesure du niveau d'« innovation » de l'intervention, celle-ci a été déclarée et interprétée différemment par les Scholars dans l'ensemble des données. Étant donné la diversité des contextes, le concept d'innovation ne pouvait pas être ancré à un exemple spécifique. Par conséquent, de nombreux Scholars ont déclaré qu'ils ne savaient pas si leur approche était innovante ou non.

## Données démographiques des Scholars et leur contexte

Un total de 734 Scholars ont participé à l'exercice. La majorité d'entre eux (81 %, n = 591) étaient basés en Afrique occidentale et centrale, suivie de l'Afrique orientale et australe (11 %, n = 80) et de l'Asie du Sud (6 %, n = 43). Les autres Scholars (moins de 2 % au total) se trouvent en Amérique latine et dans les Caraïbes (n = 8), en Asie de l'Est et dans le Pacifique (n = 5), et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (n = 5). Moins de 1 % des Scholars étaient basés en Europe et en Amérique du Nord (n = 2). Les Scholars étaient répartis dans 55 pays différents, dont 20 en Afrique occidentale et centrale et 16 en Afrique orientale et australe. 46 % des Scholars (n = 335) ont soumis des études de cas en anglais et 54 % (n = 399) en français ; la plupart des Scholars qui ont soumis des cas en anglais provenaient du Nigéria (21 % de tous les cas, n = 157) et la majorité des Scholars qui ont soumis des cas en français provenaient de la République démocratique du Congo (RDC) (16 % de tous les cas, n = 116). La triangulation des données quantitatives et qualitatives a suggéré que le plus grand nombre d'études de cas codées comme étant de « haute qualité » provenaient du Nigéria et de la République démocratique du Congo.

Dans leurs études de cas, 28 % (n = 206) des Scholars ont fourni des informations sur la zone dans laquelle l'intervention qu'ils documentent a eu lieu. Parmi ceux-ci, 73 % (n = 150) se trouvaient dans des zones rurales, y compris des communautés éloignées, des communautés nomades et agricoles et des communautés religieuses isolées. 27 % (n = 56) se trouvaient dans des zones urbaines, y compris des capitales, des districts urbains et des quartiers informels des centres-villes.

Les Scholars étaient en poste à différents niveaux du système de santé : 18 % (n = 131) travaillaient au niveau national ; 29 % (n = 213) au niveau infranational ; 29 % (n = 214) au niveau du district ; et 20 % (n = 144) travaillaient dans des établissements de santé. Quatre pour cent (n = 32) des Scholars n'ont pas fourni cette information. Les Scholars travaillaient pour différentes organisations : 6 % (n = 42) étaient des employés de l'ONU ; 12 % (n = 88) étaient des consultants pour un éventail d'organisations ; 50 % (n = 370) étaient des employés du ministère de la Santé (MDS) à différents niveaux ; 10 % (n = 74) travaillaient avec des organisations non gouvernementales (ONG) ; 6 % (n = 42) étaient des chercheurs, des étudiants et des universitaires ; et 16 % (n = 118) n'ont pas déclaré cette information.

Les Scholars ont indiqué leur nombre moyen d'années d'expérience en matière de réponse vaccinale : 16 % (n = 118) ont déclaré avoir plus de 16 ans d'expérience ; 16 % (n = 114) entre 11 et 15 ans ; 25 % (n = 184) entre 6 et 10 ans ; 25 % (n = 180) entre 3 et 5 ans ; 12 % (n = 85) moins de deux ans ; 3 % (n = 25) ont déclaré n'avoir aucune expérience antérieure ; et 4 % (n = 28) n'ont fourni aucune information.

Les études de cas ont été rédigées en novembre 2020, trois mois avant la première introduction d'un vaccin COVID-19 via COVAX. 87 % des Scholars (n = 641) ont indiqué si l'intervention qu'ils ont documentée dans leur étude de cas a eu lieu avant ou pendant la pandémie de COVID-19. Parmi ceux-ci, 47 % (n = 299) ont déclaré que l'intervention avait eu lieu avant la pandémie et 53 % (n = 342) pendant la pandémie. Dans l'ensemble, la plupart des Scholars (70 %, n = 513) étaient impliqués dans l'intervention COVID-19 au moment où ils ont produit leur étude de cas ; 13 % (n = 92) n'étaient pas encore impliqués mais étaient susceptibles de l'être bientôt ; et 12 % (n = 91) ont indiqué qu'ils n'étaient pas impliqués mais que leur travail était affecté par l'urgence COVID-19. Un petit nombre de Scholars (1 % au total, n = 10) n'étaient pas sûrs / n'étaient pas / ne seraient pas impliqués dans l'intervention COVID-19 à l'avenir. 4 % des Scholars (n = 28) n'ont pas fourni cette information. On a demandé aux Scholars si les services de vaccination sur leur lieu de travail avaient été affectés par l'urgence COVID-19. Soixante pour cent des personnes concernées (n = 441) ont indiqué que les services de vaccination ont continué mais de façon limitée ; 31 % (n = 227) ont déclaré que les services de vaccination ont continué comme d'habitude ; et une petite proportion (3 %, n = 23) ont indiqué que les services de vaccination ont été suspendus ou qu'ils ne connaissaient pas leur statut (2 %, n = 15). 4 % (n = 28) des Scholars n'ont pas déclaré cette information.

Dans 90 % des études de cas (n = 661), le Scholar a indiqué le vaccin ou l'antigène sur lequel portait son étude de cas. 43 % (n = 283) des études de cas faisaient référence au vaccin contre la polio (et parmi celles-ci, 25 faisaient spécifiquement référence au vaccin oral contre la polio, VPO); 27 % (n = 177) des études de cas faisaient référence aux vaccins de routine offerts par le système national (Programme Élargi de Vaccination (PEV) en français, et Expanded Programme for Immunisation (EPI) en anglais); 8 % (n = 51) faisaient référence à la rougeole; 6 % (n = 40) se référaient à des vaccins combinés tels que le vaccin contre la rougeole et la rubéole (MR, n = 12) et le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR, n = 4), le « penta-vaccin » (diphtérie, coqueluche, tétanos, hépatite B et Haemophilus influenzae type b, n = 10) et d'autres vaccins combinés tels que le rotavirus et la polio, la rougeole et la fièvre jaune (n = 14); 3 % (n = 18) faisaient référence à l'anatoxine tétanique (TT); 3 % des études de cas faisaient référence au vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) (n = 18); 2 % faisaient référence à la fièvre jaune (n = 14); et 1 % faisait référence à Ebola (n = 10). Les autres vaccins mentionnés dans les 8 % restants (n = 50) des études de cas comprenaient le choléra, la typhoïde, l'hépatite B, la tuberculose et la grippe.

## Comprendre les communautés pour lesquelles se sont impliqués les Scholars

Lorsqu'ils décrivent les personnes et les communautés impliquées dans leurs interventions, les Scholars fournissent des informations démographiques ponctuelles. Le plus souvent, les données sont anecdotiques et descriptives et portent sur le niveau d'éducation, l'alphabétisation, l'origine ethnique et le statut socio-économique. Les membres de la communauté auxquels les Scholars ont fait appel dans le cadre de leurs interventions sont principalement des laïcs, souvent décrits comme ayant un faible niveau d'éducation, notamment des chauffeurs de taxi-moto, des mères au marché, des agriculteurs et des mineurs. Certains cas abordent des questions d'hésitation chez des groupes plus riches ou plus éduqués, comme des professionnels de la santé, des enseignants, des étudiants universitaires et des directeurs d'école. Dans ces cas, les Scholars font souvent part de leur surprise en observant des niveaux d'acceptation aussi faibles malgré le niveau d'éducation plus élevé des personnes concernées.

De nombreuses études de cas (41 %, n = 303) portent sur des interventions impliquant les parents, les responsables d'enfants et les membres de la famille des enfants. Dans ces cas, la faible acceptation du vaccin concerne la vaccination de routine et les campagnes de vaccination des enfants. Les faibles niveaux d'acceptation du vaccin s'étendent au-delà de la cellule familiale immédiate et apparaissent également au sein de sous-groupes de la communauté et au niveau de la communauté dans son ensemble (23 % des cas, n = 170). Les interventions visent donc à accroître l'acceptation de la vaccination pour les familles individuellement ou mettent en œuvre des stratégies d'engagement communautaire plus larges. Les dirigeants communautaires ne sont mentionnés que dans un petit nombre de cas (7 %, n = 52), mais dans ces cas, ils sont positionnés comme des acteurs influents.

Certains Scholars ont identifié des groupes spécifiques au sein de la communauté au sens large qui doivent être sollicités par des techniques de communication alternatives, des messages adaptés et des interventions plus ciblées que celles utilisées pour la population générale. De faibles niveaux d'acceptation des vaccins sont particulièrement signalés parmi les communautés nomades et agricoles, dont le manque de sensibilisation et d'information sur les vaccins est attribué à leur mode de vie transitoire, à l'inaccessibilité de leurs campements et à leur difficulté à accéder aux services de santé. D'autres groupes de population, tels que les communautés de migrants, les minorités marginalisées, les travailleurs « illégaux » (économie informelle), les minorités ethniques, les jeunes et les adolescents, font également l'objet d'interventions. Les enseignants sont identifiés comme un groupe puissant d'influenceurs dans la communauté. Bien qu'aucune intervention n'ait ciblé des groupes d'enseignants en tant que tels, des cas de non-acceptation dans les écoles ont été signalés et certains enseignants et directeurs d'école ont été identifiés

comme des propagateurs de la désinformation. Dans une minorité de cas, les Scholars se sont engagés auprès de personnes qui étaient réticentes à se faire vacciner. Dans ces cas, le manque d'acceptation est justifié par des raisons personnelles et philosophiques.

La religion influence souvent les décisions relatives à la vaccination et les groupes religieux sont fréquemment au centre des interventions des Scholars. Indépendamment de l'origine religieuse ou de l'emplacement géographique, il est évident que les chefs religieux jouent un rôle important pour favoriser l'acceptation des vaccins parmi leurs fidèles et leurs congrégations. Dans 20 % des cas (n = 70) de l'ensemble des données anglophones, les raisons citées pour le manque d'acceptation des vaccins par la communauté sont liées à un conflit entre la vaccination et les croyances religieuses ou coutumières. Cette raison est citée comme facteur d'hésitation dans un peu moins de 6 % (n = 23) des cas de l'ensemble des données francophones.

L'influence considérable des personnes occupant des postes de pouvoir au sein de la communauté est également fréquemment mentionnée dans les études de cas. Dans certaines situations, on constate que les chefs traditionnels exercent une influence importante sur l'acceptation du vaccin au sein des groupes ethniques. Cette influence est notamment la plus forte au sein des groupes qui sont déjà « sceptiques » à l'égard des programmes de santé ou parmi ceux qui ont tendance à utiliser des formes traditionnelles de médecine et de guérison.

La façon dont les Scholars ont identifié les cas d'hésitation abordés dans leurs études de cas varie considérablement. Pour certains, l'interaction initiale est née d'activités de vaccination spécifiques (par exemple, à la suite d'une campagne de sensibilisation au vaccin, par le biais d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) ou en réponse à la baisse des taux de vaccination de routine constatée dans un établissement de santé). D'autres ont documenté des interventions qui sont en réponse directe à un cas signalé d'hésitation à se faire vacciner.

Un certain nombre d'échanges ont eu lieu spontanément au cours de conversations entre amis ou voisins, lorsque des Scholars ont agi de manière opportuniste pour faire tomber les barrières à l'acceptation du vaccin. Dans un cas, au Vietnam, un Scholar travaillant au niveau national a expliqué :

*« J'ai découvert qu'un groupe d'amis ne voulaient pas faire vacciner leurs enfants. J'ai donc décidé de faire une petite recherche. J'ai appris quelles étaient les sources d'information qui avaient influencé leur décision... Mes amis étaient diplômés universitaires. »*

Dans l'ensemble des études de cas, les mères sont principalement en charge quand il s'agit d'amener les enfants sur les sites de vaccination. Les tâches liées à l'éducation des enfants, aux soins et à la recherche de la santé ont été systématiquement décrites comme étant le rôle de la mère. Cependant, dans les études de cas provenant de sociétés traditionnellement patriarcales, la capacité d'auto-efficacité et de responsabilité des femmes pour accepter la vaccination de leurs enfants peut être limitée si l'homme chef de famille n'autorise pas la vaccination.

Les Scholars indiquent qu'ils ont essayé de s'intéresser aux dynamiques de genre et de pouvoir de différentes manières, notamment en sensibilisant les mères, individuellement ou en groupe, afin d'augmenter leur niveau d'acceptation. Certains Scholars déclarent avoir impliqué les hommes directement en rencontrant en personne un père ou en contactant par téléphone un chef de famille masculin absent pour fournir des informations ou organiser une rencontre en face à face afin de traiter les causes de l'hésitation.

## Obstacles à l'acceptation des vaccins

Les obstacles à l'acceptation des vaccins présentés dans les études de cas sont multiformes, hiérarchisés et rarement dus à un seul facteur. Les facteurs sont plutôt superposés et la peur, la méfiance, les idées fausses, les rumeurs et la désinformation semblent être intrinsèquement liées, chacune contribuant et perpétuant l'autre. L'exemple d'une étude de cas d'un Scholar basé dans un établissement de santé en Inde est révélateur :

*« Leurs proches vivant à l'étranger ont commencé à alimenter une nouvelle vague de messages anti-vaccins en leur demandant de refuser tout vaccin pendant cette période, en particulier les vaccins proposés gratuitement pendant les campagnes. De plus, cette hésitation a été aggravée au niveau de l'établissement de santé, en raison d'une mauvaise communication avec le district qui a conduit les agents de santé à refuser de vacciner dans ces locaux. »*

Les théories du complot et la désinformation relatives à la vaccination sont les principaux obstacles au manque d'acceptation des vaccins dans les communautés et sont signalées dans 33 % (n = 244) de toutes les études de cas (39 %, n = 132, des études de cas anglophones, et 28 %, n = 112, des études de cas francophones). Les théories du complot sont nuancées et, bien que les spécificités varient d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre, les thèmes principaux sont cohérents et concernent les effets secondaires de la vaccination, les dissimulations gouvernementales et le contrôle de la population. Ces questions dominent les rumeurs et la désinformation et, lorsqu'elles apparaissent, elles se propagent rapidement et de manière généralisée dans les communautés.

La désinformation est étroitement liée à un niveau élevé de méfiance générale à l'égard des justifications fournies pour la vaccination. Nombreux sont ceux qui pensent que la « vraie » raison de la vaccination est la planification familiale ou la stérilisation plutôt que la prévention des maladies. Ce phénomène est rapporté dans tous les contextes et pour tous les antigènes et, dans la majorité des cas, il est supposé que les vaccins sont administrés par les gouvernements et les institutions internationales pour stériliser la population. Dans les études de cas réalisées en Afrique, il est souvent suggéré que la stérilisation par la vaccination est une tentative de la communauté internationale de réduire et de contrôler la population africaine.

Le manque d'information en tant qu'obstacle à l'acceptation est explicitement signalé dans 8 % (n = 59) de toutes les études de cas et est mentionné plus fréquemment dans les cas survenus pendant la pandémie de COVID-19 (64 %) qu'avant (36 %). Le manque d'information est principalement lié à une connaissance insuffisante ou inadéquate de la campagne de vaccination, du vaccin lui-même et/ou du système de santé. Par exemple, dans deux cas en Côte d'Ivoire, les mères ne savaient pas que les hôpitaux fournissaient des soins gratuits en cas de manifestation postvaccinale indésirable (MAPI) et avaient l'intention de ne pas vacciner leurs jeunes enfants par crainte d'un éventuel MAPI et de la nécessité d'une dépense financière ultérieure.

Les rumeurs et les idées fausses sont plus répandues dans les cas signalés pendant la pandémie de COVID-19 (46 % (n = 342) du total des études de cas, dont 65 % (n = 222) sont des études de cas anglophones et 35 % (n = 120) sont des études de cas francophones) par rapport à ceux survenus avant l'apparition de la pandémie (41 % (n = 301) du total des études de cas, dont 49 % (n = 148) sont des études de cas anglophones et 51 % (n = 153) sont des études de cas francophones). Les Scholars suggèrent que la vitesse à laquelle les idées fausses, les informations erronées et la désinformation ont circulé et se sont intensifiées sur les réseaux sociaux a augmenté pendant la pandémie, ce qui a été noté comme un facteur important du manque d'acceptation de la vaccination dans les communautés dans le contexte COVID-19.



Dans 25 % de toutes les études de cas, la méfiance générale est mentionnée comme un facteur clé du faible niveau d'acceptation du vaccin. Un certain nombre de ces études de cas fait état d'une méfiance de longue date envers les institutions sanitaires et gouvernementales. Les communautés se demandent si leurs gouvernements et les institutions internationales répondent réellement à leurs besoins et à leurs priorités. Lorsque les communautés ne sont pas suffisamment prises en compte pour des initiatives, des aides gouvernementales, des subventions et d'autres prestations sociales, les niveaux de méfiance sont plus élevés et contribuent de manière significative à une acceptation réduite. Six études de cas indiquent que l'incapacité du gouvernement à fournir des moustiquaires imprégnées a contribué à des niveaux élevés de méfiance. L'étude de cas d'un Scholar travaillant au niveau national au Libéria a rapporté que :

*« La raison de leur hésitation est qu'ils ne font pas confiance au gouvernement actuel... ils ont demandé pourquoi le gouvernement fournit toujours le vaccin gratuitement et pourquoi pas de la nourriture, des moustiquaires ou des médicaments ? »*

D'autres études de cas rapportent que des membres de la communauté ont refusé la vaccination « en signe de protestation » contre l'action ou l'inaction du gouvernement.

L'héritage de la méfiance dans les communautés marginalisées alimente aussi la méfiance et ajoute des couches supplémentaires de complexité. Cela a été bien illustré dans un cas décrit par un Scholar exerçant niveau infranational au Cameroun qui rapporte :

*« Ces personnes, en raison de la crise sociopolitique (parce qu'elles se croient marginalisées), pensent que le gouvernement ne peut rien leur apporter de bon et n'accepteront aucun vaccin, qu'il s'agisse d'un vaccin de routine, d'une campagne particulière ou d'un nouveau vaccin. »*

Le coût des vaccins a également alimenté la méfiance générale. Dans un petit nombre de cas, les membres de la communauté remettent en question la capacité de leur gouvernement à fournir gratuitement des vaccins aux enfants. Ce point est souligné dans des scénarios où d'autres services et soutiens gouvernementaux sont limités en raison du manque de moyens financiers. Une étude de cas réalisée par un Scholar travaillant au niveau infranational au Nigéria note que la communauté

*« s'inquiétait de savoir comment [le gouvernement] pouvait faire en sorte que les vaccins contre la polio et d'autres vaccins leur parviennent gratuitement chaque saison, alors qu'ils ne disposaient d'aucune infrastructure minimale, comme un forage pour l'eau. »*

D'autres études de cas montrent que l'expérience antérieure d'une manifestation post-vaccinale indésirable (MAPI) et les coûts associés au fait d'emmener un enfant dans un centre de santé à la suite d'une MAPI constituent des obstacles à l'adoption du vaccin. Des études de cas réalisées en Inde mettent en évidence des coûts indirects supplémentaires liés à la fréquentation des centres de vaccination et à l'accès au traitement d'une MAPI, parce que les parents subissent une « perte de salaire » quand ils doivent s'absenter de leur travail. Si les coûts directs et indirects associés à la vaccination sont clairement établis, ils ne sont jamais apparus comme un obstacle isolé à la vaccination, mais ont plutôt aggravé les préoccupations existantes et ont été signalés dans les études de cas comme des facteurs supplémentaires contribuant à la faible acceptation du vaccin.

Les situations de MAPI, qu'elles soient réelles ou perçues, de première main ou basées sur des anecdotes communautaires, sont courantes. Des études de cas réalisées dans des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est font état d'un « boycott » de la vaccination en raison de

ces situations. Dans les cas où une MAPI s'est produite, la nouvelle des symptômes et des effets secondaires s'est rapidement répandue dans les communautés avec, parfois, un effet dévastateur. Plusieurs Scholars expriment leur frustration lorsqu'un cas de MAPI n'a pas fait l'objet d'une enquête adéquate et, dans une poignée d'études de cas, les Scholars notent qu'ils sont limités dans le conseil qu'ils peuvent fournir aux familles en raison du manque d'informations précises sur ces cas suspects. Cela souligne la nécessité de renforcer les liens entre les soins de santé primaires et les services de vaccination.

Dans certains cas, on constate également que les agents de santé contribuent aux sentiments d'incertitude et de méfiance. Un comportement négatif, une formation inadéquate (conduisant à une administration incorrecte des vaccins), un manque de connaissances techniques et des soupçons de « conspiration » avec le gouvernement et les acteurs internationaux sont les raisons citées par les membres de la communauté pour expliquer leur méfiance envers les agents de santé. Il semble que les niveaux de méfiance envers les agents de santé aient augmenté pendant la pandémie de COVID-19.

En ce qui concerne les antigènes spécifiques, les études de cas mettent en évidence un niveau de méfiance particulier à l'égard de la vaccination contre la polio, notamment dans les pays ayant une longue histoire de campagnes de vaccination contre la polio (Nigéria, Inde). Le nombre de vaccins nécessaires pour une immunisation complète est une source de grande inquiétude pour les parents qui pensent que le dosage est « trop important ». En outre, de nombreuses personnes ne connaissent pas les multiples formes d'administration du vaccin contre la polio (orale et injectable), ce qui a renforcé la méfiance. (Les stratégies utilisées pour remédier à ce niveau de méfiance sont abordées plus loin.) Cette préoccupation s'est intensifiée lors des campagnes contre la polio dans les pays qui avaient déjà été déclarés sans polio ». Un Scholar travaillant au niveau infranational au Nigéria a rapporté dans son étude de cas que le père qu'il rencontrait :

*« était préoccupé par la campagne de vaccination pour le VPO, bien que le pays soit certifié exempt de polio. L'enfant avait déjà été vacciné contre la polio lors de campagnes de vaccination antérieures. Le père a donc décidé que puisque la polio n'était plus un problème dans le pays, ses enfants ne recevraient plus le VPO. »*

Les études de cas de toutes les zones géographiques indiquent que les effets secondaires perçus de la vaccination contribuent de manière significative à l'hésitation à la vaccination, bien que les effets secondaires ne sont explicitement considérés comme un obstacle que dans 8 % (n = 31) des études de cas francophones, contre 23 % (n = 80) des études de cas anglophones. Les preuves circonstancielles liées aux effets secondaires des antigènes vaccinaux suscitent des rumeurs et des théories du complot, des informations erronées et de la désinformation et contribuent à la méfiance et à la peur au sein des communautés.

Les craintes liées aux vaccins, les informations erronées et la désinformation sur les effets secondaires, ainsi que les théories de conspiration concernant les gouvernements et les programmes alternatifs entretiennent l'anxiété au sein des communautés. La peur liée aux vaccins en général est signalée dans 9 % (n = 68) des études de cas. Cependant, dans les 53 % (n = 342) des études de cas portant sur l'engagement qui a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, on signale des craintes directement liées à la pandémie dans 16 % des cas (n = 56), ces craintes constituant un obstacle majeur à l'acceptation des vaccinations de routine et aux campagnes de vaccination. La peur est exprimée de diverses manières dans le contexte du COVID-19. Les craintes concernant la propagation du virus COVID-19 sont aggravées par le manque de compréhension ou la mise en œuvre limitée des protocoles de protection liés au COVID-19.

Les préoccupations en matière de sécurité sont exacerbées par la désinformation et les fausses informations sur les effets secondaires des vaccins. Outre les inquiétudes concernant la sécurité du vaccin lui-même, des préoccupations concernant l'approvisionnement, la chaîne du froid et la qualité des vaccins sont également enregistrées. Au cours de la pandémie de

COVID-19, les préoccupations en matière de sécurité se sont intensifiées dans toutes les régions. Des études de cas anglophones et francophones ont démontré le laisser-aller des communautés à l'égard de la vaccination. Les Scholars (n = 60) ont documenté les points de vue individuels et communautaires selon lesquels la vaccination n'était « tout simplement pas nécessaire ». Dans dix de ces cas, le refus de vacciner un enfant était justifié par le fait que les parents et/ou les autres enfants de la famille n'étaient pas vaccinés et semblaient toujours être en « bonne santé », « forts » et « biens ».

## Soutien aux interventions et actions

Les interventions ont rarement été menées par le Scholar seul, mais ont plutôt impliqué un certain nombre d'autres intervenants. Dans toutes les régions, les Scholars décrivent leur travail au sein d'équipes multipartites, et les études de cas comprennent des exemples d'équipes de vaccination, d'agents de santé communautaires et de chefs communautaires, traditionnels et religieux impliqués à divers titres. Dans la plupart des cas documentant un Scholar agissant seul, l'engagement était opportuniste en ce sens que le Scholar a identifié une occasion inattendue ou non planifiée de s'engager avec une personne ou une communauté hésitante.

Les dirigeants communautaires, religieux et traditionnels ainsi que les personnes influentes ont souvent été impliqués dans les interventions documentées dans les études de cas et ont été considérés comme jouant un rôle important dans la réussite de la vaccination. Dans certains cas, les représentants des communautés ont été impliqués en raison de pratiques culturelles acceptées et leur permission a été sollicitée avant de s'engager auprès de la communauté. Les représentants de la communauté ont été approchés comme une porte d'entrée dans la communauté parce qu'ils avaient besoin d'être sensibilisés et/ou de servir de médiateurs entre l'équipe d'intervention et la communauté.

Dans toutes les études de cas, l'inclusion des représentants de la communauté est soulignée à plusieurs reprises comme l'un des moyens les plus fiables de gagner la confiance de la communauté et comme un facteur clé de la réussite des activités. De nombreuses études de cas décrivent la valeur attachée à l'emploi de représentants de la communauté en tant que médiateurs entre les Scholars, les autres agents de vaccination et la communauté. Dans un petit nombre de cas, cependant, les informations délivrées à la communauté par leurs représentants n'étaient pas conformes aux informations proposées ou aux standards de promotion de la vaccination utilisés par les équipes; au contraire, les messages délivrés par les représentants de la communauté ont pu être parfois perçus comme coercitifs ou menaçants. Ces représentants ne sont pas toujours réceptifs aux messages promouvant l'acceptation du vaccin. Dans certains cas, s'assurer de leur adhésion positive aux interventions a demandé un effort important de la part des Scholars. Souvent, les activités de sensibilisation ont intégré des messages de la Bible ou du Coran afin d'aligner les écritures religieuses sur les messages de santé publique. Un Scholar évoluant au niveau du district qu Nigéria fait remarquer :

*« La discussion a été menée à l'aide d'Ayats du Saint Coran, de Hadiths et de références d'érudits islamiques et de leur point de vue sur la vaccination, à savoir que la prévention vaut mieux que la guérison. »*

Les études de cas décrivent différents types d'engagement qui peuvent être regroupés en quatre approches d'intervention clés: conseils individuels ciblés au niveau des individus ou des ménages; sensibilisation de la communauté pour les groupes plus importants; réunions formelles (généralement destinées aux dirigeants communautaires et religieux); et sessions de formation organisées au cours desquelles des sous-groupes particuliers sont impliqués (par exemple, les enseignants religieux, les agents de santé, les groupes de jeunes, les groupes de femmes). Les interventions ont utilisé plusieurs activités pour briser les barrières à l'acceptation. Ces activités se sont rarement déroulées de manière isolée, mais ont plutôt

fait partie d'une stratégie plus large à plusieurs volets visant à accroître l'acceptation dans un contexte donné.

Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19, les Scholars ont identifié de nouveaux défis liés à la désinformation, aux mouvements anti-vaccination en ligne et à l'évolution des craintes. Les équipes ont été contraintes d'adapter les stratégies de communication et de sensibilisation existantes pour les aligner sur les mesures de sécurité nationales de la COVID-19. Les études de cas qui font état d'interventions durant la pandémie de COVID-19 soulignent souvent la nécessité d'une action rapide et innovante de la part de l'équipe d'intervention. Il s'agit principalement pour les Scholars de réagir rapidement ou de manière adéquate aux opportunités de sensibilisation, de rassurer les communautés quant à leur sécurité si elles respectent les mesures sociales et de santé publique lors de l'accès aux services de vaccination pendant les périodes de confinement et de restrictions, d'inclure les messages de sécurité COVID-19 dans les interventions de promotion des vaccins et de profiter des opportunités pour démystifier les théories de conspiration et de désinformation liées à la pandémie. Une adaptation notable pendant la pandémie a été l'utilisation accrue des télécommunications et des approches en ligne en faveur de l'engagement communautaire. Au Liban, une étude de cas fait état de « réunions » de sensibilisation en tête-à-tête avec des mères réfugiées syriennes et les responsables de leur communauté, qui se sont déroulées par téléphone.

Les questions de genre ont été prises en compte dans plusieurs études de cas. Les Scholars ont discuté de l'importance d'adopter une approche sensible au genre lors de la sélection des équipes à déployer dans des contextes spécifiques. Un Scholar ghanéen travaillant au niveau du district constate :

*« Notre équipe s'est divisée en deux groupes, un pour les hommes et un pour les femmes, et a mobilisé les membres de la communauté pour qu'ils viennent au darbâr. »*

Un Scholar exerçant au niveau du district en République démocratique du Congo explique :

*« Nous étions deux (homme et femme) en plus des deux vaccinateurs... Cela a dû créer un climat de confiance. »*

En outre, certaines interventions mettent en avant une approche genrée, avec des stratégies différentes conçues pour les hommes et les femmes.

La collaboration avec l'armée et/ou les forces de sécurité et de police est évoquée dans un petit nombre d'études de cas (3 %, n = 22), mais seules quelques études de cas détaillent leur implication réelle. En général, les Scholars s'accordent à dire que le recours à la force est une solution de dernier ressort à adopter uniquement « lorsque la sensibilisation échoue ». Les études de cas suggèrent une corrélation entre les cas d'hésitation à se faire vacciner qui ont été traités par des services de sécurité ou de police dans le passé et les niveaux plus élevés de réticence de la communauté à s'engager avec les Scholars et leurs équipes. Cependant, certaines études de cas peuvent avoir utilisé la menace de l'implication du personnel de sécurité comme moyen d'« encourager » les communautés à accepter la vaccination.

## **Vers l'acceptation des vaccins : messages et déroulement des interventions**

Le style et le déroulement des interventions sont aussi importants pour la réussite de la vaccination que les activités elles-mêmes. Dans la grande majorité des cas, les Scholars ont participé directement à la diffusion des informations et des messages de promotion de la vaccination, bien que leurs actions aient rarement été menées de manière isolée (comme indiqué ci-dessus). Les agents de santé locaux, les équipes de vaccination et les chefs

communautaires et religieux accompagnent souvent les Scholars sur les sites d'intervention et les aident à sensibiliser les populations cibles.

Dans toutes les études de cas, les Scholars font preuve d'un haut niveau d'implication personnelle dans la diffusion de messages visant à promouvoir l'acceptation du vaccin. Les anecdotes personnelles des Scholars et de ceux qui les soutiennent dans l'intervention (agents de santé, influenceurs, représentants des communautés, etc.) s'avèrent particulièrement efficaces pour communiquer les messages visant à promouvoir l'acceptation du vaccin. Un Scholar travaillant au niveau national en Inde explique :

*« Le chef religieux musulman a rendu visite à la famille avec l'équipe de soins primaires. Il a convaincu la mère en lui disant que le bébé de sa propre famille avait été également vacciné dans le même centre de santé publique. »*

De nombreux Scholars partagent similairement des récits de leurs propres expériences de vaccination et des histoires de leurs familles et communautés. Dans une étude de cas du Nigéria, un Scholar exerçant au niveau infranational déclare :

*« J'en ai même rajouté en lui montrant ma cicatrice de BCG, juste pour le rassurer sur le fait que j'avais été vacciné et qu'il pouvait voir que j'allais bien. »*

Des photos et des vidéos personnelles sont également couramment utilisées pour gagner la confiance des populations locales et favoriser un sentiment de fiabilité envers le processus de vaccination.

Les « séances publiques » de vaccination sont courantes. Les auteurs des études de cas et leurs collègues travaillant dans des équipes de vaccination ont fait vacciner leurs propres enfants devant des personnes hésitantes afin de les encourager à accepter le vaccin. En outre, de nombreux témoignages font état de Scholars communiquant leurs coordonnées personnelles, y compris leur numéro de téléphone, afin d'instaurer un climat de confiance, d'assurer un suivi et de répondre à toute autre question. Le niveau élevé d'implication personnelle semble résulter de l'engagement des Scholars envers les communautés et les interventions qu'ils mettent en œuvre. Ces échanges personnels ont aidé les Scholars à instaurer un climat de confiance et à développer des relations honnêtes afin de favoriser l'acceptation du vaccin. Les résultats des entretiens de suivi menés avec un petit sous-ensemble de Scholars suggèrent également que le faible degré d'implication personnelle peut découler du manque de soutien et de directives nationales pour les équipes de vaccination travaillant dans les communautés.

Le style et le langage utilisés dans les messages de promotion de la vaccination varient selon les Scholars et les contextes. En réfléchissant à ce qui a bien fonctionné dans leurs études de cas, les Scholars soulignent systématiquement l'avantage d'avoir un membre de l'équipe d'intervention (eux-mêmes ou un autre) qui parle la langue locale. Il paraît évident que la communication dans la (les) langue(s) locale(s) est essentielle à l'engagement positif de la communauté, et que l'utilisation de mots appropriés et de termes pertinents est essentielle à la compréhension locale. Parler la (les) langue(s) locale(s) permet aux Scholars d'adapter les messages au contexte immédiat d'une manière pertinente et appropriée. Cela a non seulement permis d'accroître la sensibilisation et la compréhension, mais aussi de renforcer le sentiment de confiance et d'aider les communautés à intégrer le(s) membre(s) de l'équipe comme étant « des leurs » (Scholar basé dans un établissement de santé, Cameroun).

Bien que le style ne soit pas explicitement discuté par les Scholars, de nombreuses études de cas font référence à l'importance de faire preuve de compassion, de gentillesse et d'empathie et d'adopter une « approche douce ». Dans une petite minorité d'études de cas, cependant, les Scholars rapportent que des messages ont été transmis par eux-mêmes ou par des équipes de vaccination en utilisant un langage explicitement menaçant ou coercitif.

Il est reconnu que, pour favoriser la sensibilisation communautaire à grande échelle, les ressources visuelles et le matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont particulièrement utiles. 6 % (n = 44) des études de cas mentionnent la distribution de dépliants, de brochures et/ou de posters utilisant des images, des phrases et des slogans, souvent imprimés dans les langues locales, pour appuyer les messages verbaux délivrés par les équipes de vaccination. Outre le matériel d'IEC, certaines études de cas ont également utilisé des supports de masse pour diffuser des informations appropriées, notamment des messages radio, des annonces publiques et des émissions de télévision.

Les images et les vidéos s'avèrent particulièrement utiles dans les interventions visant à soutenir l'adoption de la vaccination contre la polio. Les médias visuels permettent de rendre compte efficacement de l'impact du handicap et des conséquences de la non-vaccination sur les enfants. Dans une étude de cas en Guinée, le Scholar évoluant au niveau infranational raconte :

*« Nous leur avons montré des images de la maladie tout en leur expliquant point par point la définition, les symptômes, la gestion et la prévention, et aussi ce qui peut arriver en cas d'effets indésirables dus à la vaccination. »*

Les téléphones portables, en particulier les smartphones, ont facilité l'accès aux vidéos et aux informations en ligne. Dans des scénarios de sensibilisation plus modestes ou en tête-à-tête, les Scholars déclarent utiliser leurs téléphones portables personnels pour montrer des photos et des vidéos. Certains Scholars indiquent avoir téléchargé des vidéos et/ou des photos d'Internet sur leurs smartphones pour les utiliser dans des activités de sensibilisation. L'accès à la connectivité Internet via les téléphones portables permet aux Scholars de fournir des informations factuelles en temps réel, et l'accès à YouTube et à d'autres sites d'information est considéré comme un avantage immédiat.

Les restrictions en réponse à la pandémie de COVID-19 ont affecté de nombreuses activités de sensibilisation au niveau communautaire. Pendant cette période, les médias de masse se sont avérés utiles pour soutenir la diffusion des messages tout en respectant les protocoles de sécurité locaux.

Les réseaux sociaux sont considérés comme un outil important pour le partage d'informations exactes, même si on peut noter que les rumeurs, les informations erronées et la désinformation se propagent rapidement sur les réseaux sociaux et les canaux médiatiques. La plupart des études de cas mentionnent que la désinformation et les « théories du complot » sur la vaccination sont répandues sur les réseaux sociaux et qu'elles contribuent à diminuer la confiance du public et la confiance générale dans les vaccins. De nombreux Scholars commentent la vitesse à laquelle les rumeurs se propagent en ligne. Cela est particulièrement évident dans les études de cas qui documentent une intervention après l'apparition de la pandémie de COVID-19 et dans lesquelles une augmentation notable de l'utilisation des réseaux sociaux est signalée.

Dans toutes les études de cas, les messages visant à encourager l'adoption de la vaccination se sont concentrés sur la promotion des avantages de vaccins spécifiques et sur le démenti des rumeurs et des idées fausses. Les messages destinés aux parents et aux responsables d'enfants étaient axés sur les thèmes de l'amour, de la protection et de l'absence de danger. Dans une étude de cas réalisée au Pakistan, un Scholar exerçant au niveau du district a utilisé cet argument :

*« Nous leur disons que tous les parents aiment leurs enfants et qu'ils ne veulent à aucun prix leur faire du mal. »*

L'importance de la vaccination est souvent présentée non seulement en termes de bénéfices pour la santé d'un individu, mais aussi en termes d'atténuation de la propagation des

maladies, de renforcement de l'immunité collective et de promotion de la bonne santé de la population.

Dans de nombreux cas, les informations visant à promouvoir les avantages de la vaccination sont renforcées par des déclarations sur les conséquences de la non-vaccination. Ces messages mettent l'accent sur les risques associés à la non-vaccination d'un enfant, dont les conséquences ont été discutées : risques face à la maladie, risques d'être malade, d'être handicapé et éventuellement de mourir. Certains Scholars indiquent qu'ils soulignent auprès des parents le « fardeau » d'un enfant handicapé et l'impact que ce handicap aurait sur leur vie. Dans le cadre des efforts visant à démystifier les idées fausses, les Scholars ont souvent discuté des effets secondaires potentiels de la vaccination afin d'aider les communautés à comprendre les MAPI. Les Scholars suggèrent que cela est particulièrement important dans les cas où le manque d'acceptation des vaccins est lié soit à une expérience négative antérieure, soit à un cas de MAPI (perçu ou réel).

Dans leurs études de cas, plusieurs Scholars indiquent avoir utilisé un argument coût-bénéfice pour promouvoir la vaccination, en soulignant les efforts du gouvernement et des acteurs internationaux pour fournir gratuitement des vaccins à la population. Comme nous l'avons vu plus haut, la fourniture de vaccins gratuits contribue, dans certains contextes, au scepticisme, alimentant les rumeurs et ajoutant aux niveaux de méfiance envers le gouvernement et les acteurs internationaux. Pour certaines personnes, cependant, les coûts associés à la vaccination ne sont pas liés à la vaccination elle-même, mais à des dépenses qui s'accumuleraient si un enfant avait besoin de soins supplémentaires (par exemple, à la suite d'une MAPI).

Dans les études de cas qui documentent une intervention pendant la pandémie de COVID-19, les Scholars mentionnent fréquemment leurs tentatives de démystifier les informations erronées et la désinformation sur la vaccination COVID-19 avec des messages continus de promotion du vaccin. Les informations relatives au COVID-19 consistent notamment à confirmer l'existence et la propagation de la COVID-19 dans le monde, à souligner l'importance des mesures de sécurité gouvernementales et à clarifier le processus de réglementation rigoureux pour l'approbation des vaccins chez l'homme. Ils constatent souvent que la diffusion d'informations sur la COVID-19 constitue une plate-forme pour des messages de promotion d'autres vaccins.

## Risque, contexte et reproductibilité

Dans leurs études de cas, les Scholars devaient réfléchir aux risques et aux considérations éthiques associés à leurs interventions, aux facteurs contextuels en jeu et à la reproductibilité globale de leur intervention.

Il arrive que des risques accompagnent les interventions et les actions documentées par les Scholars dans leurs études de cas. Le plus souvent, les Scholars rapportent les risques associés aux réactions négatives potentielles de la communauté envers les équipes de vaccination ou leurs messages ou envers l'intervention elle-même. Pour atténuer ces risques, les Scholars déclarent prendre en compte les considérations contextuelles appropriées avant de mettre en œuvre toute activité. Le recrutement de dirigeants locaux, de personnes influentes dans la communauté et d'agents de santé respectés pour soutenir les interventions au niveau communautaire est la stratégie la plus fréquemment citée pour s'assurer que les Scholars et les équipes de vaccination seront acceptés sans être en danger.

Les activités menées au niveau des ménages et des communautés comportent des risques tangibles pour la sécurité des équipes. En ce qui concerne les activités en tête-à-tête avec les individus, certains Scholars mentionnent des craintes liées à l'accueil qu'ils peuvent recevoir à leur arrivée dans une propriété ou une habitation au « potentiel de danger » (Scholar infranational, Éthiopie). La sécurité des équipes d'intervention est toujours considérée comme prioritaire et plusieurs facteurs contribuent à la perception des niveaux

de risque soulignés par les Scholars. Dans de nombreuses études de cas, la collaboration avec les parties prenantes concernées est pointée comme essentielle pour le succès des activités d'engagement, une attention particulière doit néanmoins être accordée à chaque situation spécifique.

La probabilité qu'un professionnel de la vaccination soit rejeté par une communauté semble plus grande si la communauté a été touchée par une MAPI, en particulier si elle a entraîné une maladie grave ou un décès. Dans de telles situations, les Scholars perçoivent le risque de violence comme étant plus élevé. Cependant, il s'avère souvent que le fait d'impliquer les personnes influentes de la communauté permet de désamorcer la situation. Lorsque des niveaux élevés de méfiance à l'égard du gouvernement sont signalés, les risques pour la mise en œuvre réussie des interventions sont considérés comme plus grands. Certains Scholars évoquent les difficultés rencontrées lorsque des représentants des administrations locales sont incorporés dans les activités de sensibilisation de la communauté, notamment pour la gestion des cas de refus de vaccins dus à la méfiance à l'égard du gouvernement. Les études de cas de la République démocratique du Congo mettent en évidence des niveaux accrus d'insécurité et de violence ressenties, que les Scholars attribuent aux tensions politiques et aux troubles sociaux résultant des épidémies d'Ebola de 2018-2020. Les idées fausses largement répandues sur les vaccins contre Ebola et la méfiance accrue envers les agents de santé et le gouvernement dans le contexte d'Ebola aggravent les sentiments de malaise.

Dans plusieurs des études de cas documentant une intervention durant la pandémie de COVID-19, le risque perçu pour l'intervention est axé sur la capacité du Scholar/de l'équipe à gérer les mesures de sécurité propres à la COVID-19. Certains Scholars soulignent que des actions supplémentaires ont été nécessaires pour s'assurer que les équipes respectent les protocoles de sécurité afin de minimiser le risque de transmission tout en menant leurs activités de promotion du vaccin.

Dans 40 % des études de cas, les Scholars estiment que leurs interventions pourraient être reproduites dans d'autres contextes géographiques et culturels. De nombreux Scholars soulignent qu'il est fondamental d'adapter l'approche aux besoins de l'individu ou de la communauté. Les Scholars s'accordent généralement à dire qu'il est possible et pratique de reproduire les interventions et qu'elles peuvent être adaptées de manière appropriée pour assurer une mise à l'échelle à condition d'être conformes aux approches approuvées (par le gouvernement et/ou les ONG).

En revanche, une minorité de Scholars estime que leurs actions ne sont pas transposables dans d'autres contextes. Dans la plupart des études de cas où cela est mentionné, des actions spécifiques et parfois inhabituelles ont été déployées. Dans une étude de cas du Tchad, par exemple, un Scholar travaillant dans un établissement de santé conclut :

*« Si nous adoptons cette même technique dans un autre contexte, des risques potentiels ou des problèmes éthiques probables peuvent survenir, ce qui entraînerait une perte de confiance de la population, une perte de crédibilité de votre engagement professionnel vis-à-vis de votre hiérarchie, et cela aboutirait à un risque d'augmentation des refus de vaccination. »*

## Surmonter les obstacles à l'acceptation – leçons et recommandations

Les membres des communautés qui sont impliqués dans les études de cas expriment des points de vue différents sur la vaccination. Les appels aux interventions d'acceptation du vaccin pour « rencontrer les gens là où ils sont » et pour adapter les activités aux besoins de la population sont clairement formulés. Dans 28 % des études de cas (n = 206), les Scholars indiquent explicitement que l'engagement de la communauté – établir la confiance



et développer la sensibilisation – est un facteur déterminant pour l'acceptation du vaccin, mais cela est déjà plus ou moins implicite dans la majorité des études de cas. De nombreux Scholars insistent sur le fait que la communauté doit être incluse, et même être « au cœur » des campagnes de vaccination, pour que celles-ci soient couronnées de succès. L'étude de cas d'un Scholar nigérian travaillant au niveau infranational est représentative à cet égard :

*« L'approche de l'engagement communautaire (auparavant un engagement individuel) a beaucoup aidé à résoudre le problème de l'hésitation à se faire vacciner dans la communauté que j'ai visitée. C'est une méthode que l'on utilise habituellement pour résoudre ce genre de problèmes. »*

De nombreux cas mettent en avant la nécessité d'un engagement continu de la communauté avant, pendant et après les campagnes de vaccination. Il s'agit d'être à l'écoute des préoccupations de la communauté avant de mettre en place et de diffuser des stratégies de communication adaptées, de reconnaître leurs inquiétudes et de les rassurer. Il est suggéré que l'intégration d'activités répondant directement aux préoccupations et aux besoins de la communauté permet d'obtenir de bons résultats. En adoptant cette approche, les Scholars sont mieux préparés à répondre directement à la désinformation anti-vaccins. Les Scholars soulignent constamment que l'écoute, la compréhension, la réassurance et la compassion sont des outils clés pour établir des relations et accroître l'engagement et la participation de la communauté. Les craintes et les problèmes de méfiance doivent être abordés directement plutôt qu'évités, mais il est nécessaire d'établir des niveaux de confiance suffisants pour créer des espaces sécurisants où les membres de la communauté peuvent discuter honnêtement et librement de questions sensibles et de leurs sentiments d'anxiété.

Les recommandations des Scholars, fondées sur les expériences spécifiques qu'ils ont documentées, portent également sur un engagement communautaire soutenu. On note que les efforts pour établir et maintenir des relations avec la communauté doivent être proactifs (plutôt qu'en réaction ou en réponse à des problèmes émergents). Un certain nombre de Scholars appellent également à des efforts accrus pour mener des recherches et des analyses situationnelles afin de mieux comprendre et de répondre correctement aux besoins et aux priorités des communautés. Encore une fois, dans de nombreuses études de cas, la coopération, la collaboration et la communication sont soulignées comme des conditions préalables au succès.

Dans 25 % des études de cas (n = 184), les Scholars signalent l'importance de l'implication des parties prenantes et des figures communautaires de confiance comme les dirigeants communautaires et religieux, les influenceurs et les groupes de femmes et de jeunes, pour obtenir des résultats positifs, bien qu'une fois encore, le rôle de ces acteurs soit déjà implicite dans de nombreuses études de cas. Forger des partenariats avec les chefs traditionnels et religieux et promouvoir leur implication dans les stratégies d'engagement communautaire est l'un des facteurs les plus cités pour la réussite des interventions d'acceptation du vaccin. On constate que l'inclusion des responsables communautaires dans les interventions augmente les niveaux de participation au sein des communautés et des congrégations et favorise ainsi des niveaux d'engagement plus élevés, ce qui contribue en retour à des résultats positifs en matière de santé.

De nombreux Scholars considèrent les chefs traditionnels et religieux comme des membres de la société hautement estimés et faisant autorité, qui ont le pouvoir de convaincre les membres de leur communauté d'accepter ou de rejeter les programmes de vaccination. Par conséquent, les efforts visant à les impliquer dans toutes les situations possibles ont été encouragés et il apparaît que leur implication réelle est plus importante que le niveau auquel ils sont prévus lors de l'intervention. Dans leurs réflexions sur les actions futures, les Scholars insistent toujours sur le fait que les principaux responsables doivent être impliqués dans les efforts visant à accroître l'acceptation des vaccins dans leurs communautés. Bien que le rôle spécifique des dirigeants communautaires dans les activités de sensibilisation, les moyens par lesquels ils doivent être impliqués et les niveaux d'engagement suggérés

varient d'un cas à l'autre, leur implication (dans une forme pertinente) est une constante dans toutes les études de cas.

Les agents de santé jouent également un rôle important dans les interventions. Sur le plan pratique, les agents de santé et les agents de santé communautaires administrent les vaccins, dispensent l'éducation sanitaire et la promotion des vaccins et se révèlent être « un élément important du suivi et de l'utilisation continue des services de soins de santé par les communautés et les ménages hésitants » (Scholar au niveau du district, Kenya). Ils assument également un rôle de soutien important : ils accompagnent les Scholars et les équipes de vaccination dans des communautés peu connues, les protègent et fournissent aux équipes des informations spécifiques au contexte sur les cas d'hésitation, les normes culturelles et les attentes. Lors de l'examen des recommandations pour les activités futures, le rôle des agents de santé a été souligné, notamment pour aider à dissiper les idées fausses et fournir des informations précises sur la vaccination. Il est fortement suggéré que des structures plus cohérentes pour les soutenir dans la sensibilisation régulière et le démenti des théories conspirationnistes sont primordiales pour garantir l'acceptation du vaccin. Dans plusieurs cas, on remarque que l'éducation sanitaire, y compris la promotion des vaccins, doit être permanente et que les agents de santé et les agents de santé communautaires doivent être intégrés dans les mécanismes de suivi des vaccins. À cette fin, améliorer la formation de tous les cadres des agents de santé est une recommandation courante.

Dans de nombreux cas, les représentants gouvernementaux des administrations locales et de district ont été impliqués en tant que parties prenantes ; cependant, le rôle plus large du gouvernement dans le soutien des interventions a rarement été discuté. Plus fréquemment, les recommandations des Scholars soulignent la nécessité d'un plus grand investissement de la part des gouvernements et des agences internationales pour soutenir l'acceptation des vaccins en augmentant les efforts pour diffuser des informations exactes aux communautés, en s'attaquant activement aux rumeurs et aux théories de conspiration et en soutenant la formation et le financement des agents de santé.

Dans seulement quatre études de cas (0,5 %), les Scholars suggèrent explicitement que les campagnes de vaccination doivent cibler les pères. De fait, les Scholars constatent que l'implication des pères est particulièrement pertinente dans les sociétés patriarcales ou dans les environnements où les hommes prennent généralement les décisions concernant la santé de leurs enfants. Cela se reflète dans plusieurs autres études de cas, où les mères se voient obligées de « refuser » de vacciner leurs enfants à cause des décisions de leurs maris.

Alors que la plupart des études de cas soulignent que les Scholars ont travaillé en collaboration avec d'autres parties prenantes, dans un petit nombre de cas seulement, les Scholars expriment explicitement la nécessité de partenariats solides pour identifier et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour répondre aux besoins de vaccination. Dans une étude de cas du Burkina Faso, un Scholar travaillant au niveau du district suggère que la « synergie » entre les acteurs aux niveaux central, régional et du district renforce la confiance de la communauté dans l'intervention. Un autre Scholar travaillant dans un établissement de santé au Bénin explique comment le fait de rassembler les partenaires bénéficie aux activités de communication :

*« Le rassemblement des responsables communautaires aux côtés des autorités politico-administratives, sanitaires et religieuses, avec la présence des animateurs de la radio locale, a été l'occasion d'intégrer dans notre démarche la meilleure stratégie pour mettre en place un mécanisme de communication multisectoriel concerté, où chacun des acteurs a un élément de pouvoir et un peu d'autorité. »*

En réfléchissant aux travaux futurs et aux recommandations pour les collègues, plusieurs Scholars suggèrent que les collaborations aillent au-delà du travail avec les chefs religieux et communautaires locaux et incluent des partenariats plus complets avec des professionnels

de la santé, des scientifiques, des agences mondiales et d'autres organisations qui soutiennent la vaccination. Une collaboration continue peut permettre d'économiser du temps et des ressources et d'ajouter des voix plus positives et fiables au débat public sur l'acceptation des vaccins.

Dans un peu moins de 30 % des études de cas (n = 220), les Scholars soulignent la nécessité d'améliorer les stratégies de communication. Il s'agit notamment d'écouter les craintes des gens, de comprendre la source de l'hésitation, d'améliorer les compétences interpersonnelles du personnel local et d'impliquer les équipes locales qui parlent les langues locales. La communication est largement identifiée comme un déterminant spécifique du succès dans la réduction des obstacles à l'acceptation des vaccins. Une communication inadéquate et insuffisante sur les vaccins est considérée comme contribuant aux faibles niveaux d'acceptation. En outre, les Scholars ont discuté de l'importance des stratégies de communication à volets multiples pour lutter contre la désinformation et de la nécessité d'intégrer la communication aux structures existantes d'engagement communautaire. Les Scholars indiquent qu'une communication adéquate, opportune et efficace augmente le taux d'acceptation et qu'en utilisant plusieurs canaux de communication, les messages peuvent être plus largement diffusés. La nécessité d'un message clair est soulignée, en particulier pour démentir les rumeurs et les théories du complot, et également que de plus grands efforts doivent être réalisés pour assurer des stratégies de communication cohérentes et continues. La nécessité d'une discussion et d'une transparence accrues sur les effets secondaires et les MAPI est également soulignée dans plusieurs études de cas. Dans une étude de cas réalisée au Ghana, Le Scholar travaillant au niveau des établissements de santé affirme :

*« Il est important d'avoir une bonne compréhension de la sécurité des vaccins et des systèmes mis en place pour faire face aux MAPI. Ces systèmes montrent qu'il y a de la transparence autour des questions de sécurité des vaccins et peuvent nous aider à accroître la confiance des gens dans les vaccins. »*

Il est également important de développer une boucle de communication pour promouvoir un dialogue fluide entre les dirigeants et les membres de la communauté et les équipes de vaccination. Plusieurs Scholars notent que les moyens permettant de faciliter le dialogue font défaut et reconnaissent l'avantage d'établir des mécanismes de communication plus solides. La nécessité d'intensifier la communication dans le contexte de la pandémie de COVID-19 a été soulignée. Les Scholars indiquent que l'augmentation de la désinformation et des théories du complot dans le sillage de la pandémie (comme nous l'avons vu plus haut) nécessite une sensibilisation et des messages plus nuancés, à la fois sur la vaccination et sur les mesures de prévention face à la COVID-19 lors de l'accès aux services.

La communication interpersonnelle est identifiée comme un outil essentiel pour un engagement positif. L'analyse quantitative révèle une cohérence entre les études de cas anglophones et francophones, 16 % (n = 56) des études de cas anglophones et 15 % (n = 58) des études de cas francophones soulignant que la communication interpersonnelle est un élément clé de la réussite des interventions. Dans une étude de cas de la Sierra Leone, un Scholar travaillant au niveau du district confirme :

*« La communication interpersonnelle avec les parents permet de connaître les principaux problèmes liés à l'hésitation à se faire vacciner dans les communautés, ce qui permet d'instaurer la confiance de la population dans le PEV et d'augmenter ainsi l'utilisation du vaccin. »*

En réfléchissant à leurs propres expériences, plusieurs Scholars expliquent que la formation en communication interpersonnelle leur a permis d'adopter une approche plus douce et plus sensible, de développer de meilleures capacités d'écoute et de faire preuve de plus

d'empathie, ce qui a contribué à améliorer leurs relations avec les communautés qu'ils desservent. Dans une étude de cas en Argentine, un Scholar travaillant dans un centre de santé fait cette réflexion :

*« Vous devez vous assurer que votre approche est douce, sans accusation ni reproche, et que vous présentez clairement les faits et l'importance de la vaccination. »*

## Conclusion

Les données présentées dans le rapport proviennent de récits à la première personne élaborés dans le cadre d'un exercice d'apprentissage du Réseau Scholar COVID-19 de la Fondation Apprendre Genève visant à aider les Scholars à partager leurs expériences en matière de lutte contre l'hésitation à se faire vacciner dans leurs communautés. Bien que l'objectif principal de l'exercice ait été de favoriser l'apprentissage par les pairs avant l'introduction du vaccin COVID-19, les récits des études de cas présentent un riche ensemble factuel et détaillent comment les professionnels de la vaccination locaux abordent de manière créative les questions liées aux faibles niveaux d'acceptation du vaccin dans leurs contextes locaux respectifs. Les situations décrites sont d'une valeur remarquable car elles abordent des dynamiques contextuelles, sociales et comportementales qui ne sont pas toujours prises en compte et présentent des stratégies concrètes utilisées par les Scholars pour renforcer la confiance dans les vaccins et la vaccination au sein des communautés qu'ils desservent. Bien que certaines généralisations soient formulées dans le rapport, il est clair que la réduction des obstacles à l'hésitation vaccinale n'est pas un modèle unique. Ces études de cas donnent plutôt un aperçu des expériences locales du personnel de vaccination et des stratégies qu'il invente, adapte et déploie pour faire accepter le vaccin et accroître la confiance. Elles soulignent l'importance de ces perspectives contextualisées et individuelles et l'urgence d'entendre leurs voix et leurs expériences.

# INTRODUCTION

## Contexte

Le Réseau Scholar COVID-19 est un réseau digital hébergé par la Fondation Apprendre Genève (The Geneva Learning Foundation, TGLF). En avril 2020, pendant la pandémie de COVID-19, un groupe de plus de 600 membres des personnels nationaux et infranationaux de la vaccination, ayant participé avec succès à au moins un des programmes de formation ayant trait à la vaccination proposés par la Fondation Apprendre Genève (dans lequel les apprenants sont appelés « Scholars »), s'est mobilisé pour co-concevoir le Réseau Scholar COVID-19 (en anglais, COVID-19 Peer Hub). Le projet a fait appel à des collègues travaillant sur la vaccination aux niveaux infranational et national, dont les activités avaient été affectées par la pandémie. Après trois mois de développement, le Réseau Scholar COVID-19 a été lancé en juillet 2020. Il met en relation plus de 6000 professionnels de la santé de 86 pays, transcendant les niveaux du système de santé et les frontières nationales et organisationnelles, pour contribuer au renforcement des compétences et soutenir la mise en œuvre des plans d'action COVID-19 dans les pays.

Après le lancement de la plate-forme, un premier exercice d'évaluation par les pairs a été organisé, en se concentrant sur la reprise de la vaccination suite à une perturbation des services. En octobre 2020, la Fondation Apprendre Genève a constaté que l'introduction du vaccin COVID-19 allait devenir un axe d'action essentiel pour la communauté des Scholars. Pour s'y préparer, les participants au Réseau Scholar COVID-19, en étroite collaboration avec la Fondation Apprendre Genève et ses partenaires mondiaux, ont mis au point un deuxième exercice d'évaluation par les pairs afin de développer des études de cas basées sur l'expérience pratique des Scholars dans leurs interventions pour dépasser les obstacles à l'acceptation du vaccin.

Le Réseau Scholar COVID-19 a accepté 5114 candidatures provenant de 96 pays. Parmi celles-ci, 1438 Scholars (28 %) ont identifié la réticence des parents à venir dans les établissements de santé comme leur défi le plus critique, tandis que 720 (14 %) des participants ont mentionné le manque de confiance de la communauté dans la vaccination, et 678 (13 %) ont invoqué une communication et un engagement communautaire inadéquats. Pendant quatre semaines, en novembre 2020, 734 participants du Réseau Scholar COVID-19 ont ainsi développé des études de cas et les ont soumises à une revue par les pairs, ce qui leur a permis de les réviser et de les améliorer. Chacune de ces études de cas décrit et analyse une situation dans laquelle ils ont aidé un individu ou un groupe à surmonter une hésitation initiale ou une peur de la vaccination, conduisant à une meilleure acceptation du vaccin. L'objectif principal de ces études de cas était de favoriser l'apprentissage par la réflexion entre pairs, la plupart d'entre eux étant susceptibles de s'impliquer dans l'introduction du vaccin COVID-19.

## Développement des études de cas

Pendant l'élaboration des études de cas, le Dr François Gasse (Unicef/OMS et ancien membre du Groupe consultatif technique stratégique d'experts sur la vaccination) et Charlotte Mbu (membre du personnel de la Fondation Apprendre Genève) ont animé des sessions quotidiennes axées sur l'élaboration des études de cas des Scholars. Ils ont utilisé la méthodologie du hackathon ITCH de la Fondation Apprendre Genève pour faciliter la résolution de problèmes, le partage d'expériences et la pratique réflexive tout au long du processus.

Pour élaborer leurs études de cas, les Scholars ont été invités à se référer à une grille critériée combinant des instructions et des conseils, des questions de réflexion et des listes de contrôle pour guider l'exercice (voir annexe 1). La grille critériée a été conçue pour encourager l'apprenant à raconter son histoire de manière à ce qu'« un parfait inconnu puisse comprendre votre situation, ce que vous avez fait, quand et où, comment et pourquoi » (comme indiqué dans l'introduction). Chaque étude de cas a permis d'enregistrer des informations démographiques spécifiques, notamment le pays de l'apprenant, son affiliation organisationnelle, son niveau d'intervention dans le système de santé et, si possible, les coordonnées SIG de la localité décrite dans l'étude de cas. Guidés par la grille critériée, les apprenants devaient analyser de manière critique les aspects de l'expérience qu'ils décrivaient, notamment le contexte, l'aspect innovateur de leur approche, les limites et les risques, la généralisation et les idées. Chaque étude de cas a été évaluée par trois autres Scholars. Dans la pratique de revue par les pairs, il a été demandé aux Scholars de fournir un retour constructif, en soulignant les domaines dans lesquels l'étude de cas pouvait être améliorée. Les participants ont ensuite finalisé leurs études de cas, en tenant compte des commentaires fournis lors de la revue par les pairs et en les incorporant. Les apprenants qui ont réussi à finaliser leur propre étude de cas et à évaluer trois autres études de cas ont reçu un certificat de participation de niveau 1 du Réseau Scholar COVID-19 délivré par la Fondation Apprendre Genève. Les participants ont donné leur accord pour que les études de cas puissent être utilisées à l'occasion d'autres recherches et analyses.

## Analyse des études de cas

Bien que les études de cas aient été avant tout un outil pour favoriser l'apprentissage par les pairs, les récits à la première personne qu'elles contiennent constituent un ensemble de références précieuses, illustrant de quelles façons les professionnels de la santé locaux parviennent à faire accepter les vaccins et la vaccination aux individus et aux groupes des communautés qu'ils desservent. C'est pourquoi Anthrologica a été chargée par la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF) d'entreprendre une analyse des études de cas générées dans le cadre du Réseau Scholar COVID-19 de novembre 2020. Le projet a eu trois résultats principaux: (1) un rapport de fond documentant les résultats de l'analyse des études de cas; (2) un rapport de synthèse et une présentation PowerPoint pour la Fondation Bill et Melinda Gates; et (3) un rapport pour la Fondation Apprendre Genève résumant l'approche méthodologique de l'analyse des études de cas et présentant des recommandations pour de futures analyses.

## Les questions de la recherche

Les questions clés de la recherche pour guider l'analyse ont été définies par la Fondation Apprendre Genève en collaboration avec des collègues de la Fondation Bill et Melinda Gates:

1. Quels sont les modèles ou les thèmes liés aux stratégies de communication sur les vaccins et l'engagement communautaire?
  - a. Quels thèmes sont pertinents pour l'introduction du vaccin COVID-19?
  - b. Les modèles étaient-ils différents avant et après l'introduction de la pandémie de COVID-19?

2. Quels sont les enseignements sous-jacents qui ressortent de ces études de cas ?
3. Que nous apprennent les modèles ou les thèmes sur les comportements liés aux motivations et aux facilitateurs de la vaccination ?
  - a. Quels sont les obstacles et les défis pour la vaccination ?
  - b. Quels sont les facteurs qui contribuent à l'hésitation à se faire vacciner ?
4. Quels sont les domaines les plus problématiques pour les participants ?
5. Quels sont les domaines qui se dégagent comme points d'intervention à travers ces modèles ou options thématiques ?

## Structure du rapport

Ce rapport documente les résultats de l'analyse des études de cas et constitue le premier des trois produits issus du projet. Après l'introduction, le premier chapitre du rapport présente l'approche méthodologique utilisée dans l'étude, détaille le processus de codage et d'extraction des données, et décrit le cadre d'analyse. Le deuxième chapitre fournit des informations démographiques de base sur les Scholars impliqués dans l'exercice d'étude de cas, y compris leur genre, le pays dans lequel l'intervention a eu lieu, et leur position/rôle dans le système de santé. Les six chapitres suivants se concentrent sur les résultats de la recherche. Ceux-ci ont été structurés en fonction de la grille critériée de l'activité d'apprentissage par les pairs : populations impliquées dans les études de cas ; obstacles à l'acceptation des vaccins ; interventions et actions menées ; évolution vers une plus grande acceptation par le biais de messages et de prestations ; risque, contexte et reproductibilité ; enseignements et recommandations. Le dernier chapitre résume les conclusions de l'étude. Avant la finalisation de l'étude, des collègues de la Fondation Apprendre Genève et des représentants de la Fondation Bill et Melinda Gates ont eu l'occasion de fournir des commentaires écrits et oraux, qui ont été intégrés comme il se doit.

# MÉTHODOLOGIE

Une analyse qualitative a été menée sur une série de 734 études de cas d'apprentissage par les pairs documentant des stratégies efficaces pour atténuer l'hésitation à se faire vacciner, qui ont été recueillies par le biais du Réseau Scholar COVID-19. La méthodologie de l'étude est résumée ci-dessous. Un rapport détaillant le processus d'analyse a été produit et soumis en tant que résultat distinct du projet.

## Conception de l'étude

Une approche mixte a été adoptée pour analyser les études de cas. L'accent a été mis sur l'analyse qualitative des récits des études de cas, étayée par l'analyse quantitative des informations démographiques sur les Scholars qui ont produit les études de cas.

Cette recherche a utilisé un modèle d'étude qualitative pour aboutir à une analyse thématique des données des études de cas, dans le but de fournir un aperçu détaillé de tendances qui se dégagent des données. Les thèmes clés concernaient la communication sur le vaccin et les stratégies d'engagement communautaire, les idées qui se sont dégagées concernant l'introduction du vaccin COVID-19 et les comportements sous-jacents liés aux éléments incitatifs et aux obstacles en matière de vaccination. Chaque étude de cas a respecté la structure décrite dans la grille critériée de l'activité et l'approche thématique a facilité l'établissement de comparaisons sur l'ensemble des données.

## La recherche a été réalisée en quatre étapes :

### ÉTAPE 1: CODAGE DES DONNÉES

Une matrice a été développée pour guider le codage des données présentées dans les récits des études de cas. L'approche a adopté un équilibre entre le codage déductif (utilisation de codes prédéfinis dérivés des questions de recherche) et le codage inductif (ajout de nouveaux codes en réponse aux thèmes émergents des récits). Une équipe de trois personnes a effectué le codage à la main. Dans un premier temps, tous les membres de l'équipe ont codé indépendamment le même sous-ensemble d'études de cas. Cela a permis de comparer le codage. Les incohérences ont été discutées et résolues. La matrice de codage a été révisée pour inclure des informations démographiques standardisées et pour faciliter les comparaisons et les analyses entre les ensembles de données francophone et anglophone. La matrice de codage a été revue par la Fondation Apprendre Genève et adaptée en fonction des commentaires reçus. L'équipe de recherche a systématiquement trié les données, étiquetant les idées et les mécanismes au fur et à mesure qu'ils apparaissaient et réapparaissaient, et a continué à développer la matrice de manière itérative : les codes et les thèmes ont été affinés tout au long du processus et examinés lors de réunions d'information régulières par l'équipe pour en assurer la cohérence.

### ÉTAPE 2: ANALYSE DES DONNÉES

Les données codées des récits des études de cas ont été analysées à l'aide d'une méthode thématique. Les thèmes dominants ont été dégagés et les tendances qui ont émergé ont fait l'objet d'une analyse critique. La combinaison d'approches analytiques déductives et itératives a permis de répondre pleinement aux questions posées par la recherche, tout en permettant l'identification de nouveaux thèmes ou domaines d'investigation qui n'avaient peut-être pas été prévus au début de l'analyse. Les chercheurs ont pu considérer les



données sous différents angles et passer de l'analyse microéconomique des études de cas individuelles à une vision macroéconomique plus large de l'ensemble des données.

L'ensemble complet de données quantitatives a fusionné deux séries d'informations. La première était constituée des données démographiques de chaque Scholar fournies par la Fondation Apprendre Genève. À cela s'ajoutent des données relatives à l'étude de cas du Scholar, extrapolées à partir de l'analyse qualitative. Les données démographiques des Scholars fournies par la Fondation Apprendre Genève comprenaient les variables suivantes: identité, pays, niveau d'intervention dans le système de santé, genre, nombre d'années d'expérience dans la réponse à la vaccination, nombre d'années d'expérience dans la réponse aux épidémies, implication dans la réponse à la pandémie de COVID-19 et services de vaccination sur le lieu de travail du Scholar affectés par la pandémie de COVID-19. Une colonne pour la région a été ajoutée et les données disponibles sur les pays ont été classées selon les définitions régionales de l'Unicef. Les données des études de cas extrapolées à partir de l'analyse qualitative et ajoutées à l'ensemble des données quantitatives comprenaient les variables suivantes: zone d'intervention (rurale ou urbaine), type de vaccin/antigène, moment de l'intervention (avant ou pendant la pandémie de COVID-19), type d'intervention (au niveau individuel, communautaire ou national), si le Scholar recommanderait son approche (oui/non), si elle est nouvelle et innovante (oui/non) et la qualité de l'étude de cas (standard/bonne). Les données ont ensuite été saisies dans le logiciel d'analyse statistique SPSS. Des statistiques descriptives ont été élaborées à partir des variables démographiques des Scholars afin d'identifier la distribution de leurs antécédents et de leurs contextes de travail et également à partir des variables provenant des études de cas afin d'évaluer la répartition des approches adoptées par les Scholars pour leurs interventions et les types de vaccins/antigènes impliqués.

Après l'analyse, les données ont été triangulées afin de valider les conclusions, d'intégrer les résultats quantitatifs et qualitatifs et de dresser un tableau complet de chaque intervention en fonction de son contexte et des données démographiques des Scholars. En croisant les statistiques descriptives, l'équipe de recherche a regroupé les variables pour identifier des relations et des tendances supplémentaires qui n'étaient peut-être pas apparues lors de l'analyse de l'ensemble des données. Le recoupement de deux variables ou plus a permis à l'équipe de recherche d'explorer d'autres modèles, tels que la proportion de Scholars ayant abordé l'hésitation à se faire vacciner pour différents antigènes dans différents contextes (zones rurales ou urbaines). Après l'évaluation des modèles par le biais d'un tableau croisé, les chercheurs ont utilisé le test statistique du khi carré pour déterminer si les différences entre les groupes étaient significatives. Les schémas mis en évidence par la tabulation croisée et le test du khi carré ont ensuite été triangulés par rapport aux riches données qualitatives. Ce processus a été mené manuellement dans Excel en utilisant des filtres pour examiner si les différences quantitatives observées dans les données démographiques et celles des études de cas reflétaient des différences et des nuances dans chaque cas individuel. Grâce à cette approche, l'équipe a pu évaluer l'importance de divers scénarios.

### **ÉTAPE 3: ENTRETIENS DE SUIVI**

Une série de courts entretiens de suivi a été menée avec un petit sous-ensemble de Scholars ayant réalisé les études de cas ( $n = 4$ ). Ils ont été sélectionnés à dessein en fonction de la qualité et de la diversité de leur expérience en matière d'études de cas. Bien que les études de cas décrivent chacune un scénario spécifique, il est apparu qu'il ne s'agissait pas d'événements isolés mais plutôt d'une indication des défis auxquels les Scholars sont confrontés et des actions qu'ils entreprennent dans le cadre de leur travail de routine. Les entretiens ont donc permis (i) de recueillir des informations supplémentaires sur la situation décrite dans l'étude de cas et dans le contexte du travail en cours du participant; et (ii) de réfléchir à l'expérience d'apprentissage que représente la documentation de l'événement et à la manière dont cela a pu soutenir les actions du participant au fil du temps, en particulier dans le contexte de la pandémie de COVID-19 (à la fois le déploiement de la vaccination COVID-19 et son impact sur la vaccination de routine). Les entretiens se sont appuyés sur le modèle d'apprentissage par les pairs et ont fourni une occasion importante

de valider les principaux résultats de l'analyse des études de cas avec les Scholars, en se concentrant particulièrement sur les solutions potentielles et les interventions positives pour surmonter les obstacles et les défis en matière de vaccination identifiés dans l'analyse.

#### ÉTAPE 4: RAPPORTS

Le projet a donné lieu à trois rapports principaux. Tous ont fait l'objet d'une révision rigoureuse de la part des partenaires de la Fondation Apprendre Genève et de la Fondation Bill et Melinda Gates et leurs commentaires et réactions ont été incorporés, le cas échéant, dans les résultats finaux.

## Limites

L'analyse a été aussi complète que possible, étant donné le grand nombre d'études de cas et le délai limité. En raison de la manière dont les informations ont été collectées et stockées dans le cadre du Réseau Scholar COVID-19, le principal défi méthodologique a été de s'assurer que chaque étude de cas était correctement liée aux données démographiques du Scholar, et un temps considérable a été nécessaire pour nettoyer l'ensemble des données et résoudre ou supprimer les anomalies. Ce projet a permis de relier pour la première fois les données démographiques et les données des études de cas, mais il y a des avantages considérables à rendre ce lien permanent et systématique.

L'absence de variables continues prédéterminées n'a pas permis de déterminer les relations entre les variables, mais seulement les différences entre les groupes, et la présence de variables catégorielles déduites des études de cas n'a pas non plus facilité cette tâche. Si des variables continues et standardisées étaient systématiquement recueillies (comme souligné ci-dessous), les analyses futures pourraient être plus complexes et évaluer, par exemple, si et comment les variations peuvent être prédites par les approches des Scholars, les pays, les types de vaccins, etc.

Les données présentées dans le rapport sont des récits à la première personne générés dans le cadre de l'exercice d'apprentissage du Réseau Scholar COVID-19 de la Fondation Apprendre Genève. L'objectif principal de la production de ces études de cas était d'aider les Scholars à partager leurs expériences pour vaincre l'hésitation à se faire vacciner dans leurs communautés afin d'encourager un apprentissage réfléchi avant l'introduction du vaccin COVID-19. Bien qu'il ne s'agisse pas de limitations en termes de méthodologie en soi, il convient de souligner que dans l'interprétation des résultats, plusieurs questions ont dû être soigneusement négociées.

Prises dans leur ensemble, les études de cas constituent un ensemble d'informations qualitatives riches, mais n'ont jamais été destinées à constituer un échantillon représentatif en termes de recherche. Les récits décrivent un événement de manière isolée, il est donc impossible d'évaluer dans quelle mesure chaque étude de cas est représentative des activités du Scholar. De même, comme chaque étude de cas reflète l'expérience d'un Scholar en particulier, il n'est pas évident de déterminer si ces approches sont représentatives de celles d'autres agents de vaccination opérant dans des contextes similaires. En outre, l'absence d'informations sur l'utilisation de directives nationales ou régionales pour traiter les cas d'hésitation à se faire vacciner a limité la portée des comparaisons contextuelles au sein des pays et des régions géographiques. Certaines généralisations, indicatives et extensives, ont été émises, et le risque de fausses généralisations est reconnu. Cependant, le fait que les données ne constituent pas un échantillon représentatif n'enlève rien à leur valeur. Les études de cas ont fourni aux Scholars une plate-forme rigoureuse pour partager leurs expériences et réfléchir aux résultats fructueux de la lutte contre le manque d'acceptation des vaccins et de la fourniture de vaccins dans leurs contextes spécifiques, et le fait de se concentrer sur les études de cas individuelles est un point fort de cette étude.

Bien que toutes les études de cas aient été élaborées conformément à la grille critériée et aient fait l'objet d'un examen par les pairs effectué par d'autres Scholar du réseau, la qualité

du matériel a varié. Les études de cas ont été rédigées dans les propres mots des Scholars et, par conséquent, les thèmes, les concepts et les comparaisons significatives ont dû être extraits et interprétés par le chercheur.

En outre, de nombreux cas sont des réflexions rétrospectives sur des événements survenus dans un passé récent, avant la rédaction de l'étude de cas. Dans certains cas, cependant, les Scholars se sont souvenus d'événements survenus dans un passé plus lointain, jusqu'à plus de dix ans auparavant.

La grille critériée de l'activité comprend également une mesure du niveau d'« innovation » de l'intervention. Cependant, cette mesure était autodéclarée et interprétée différemment par les Scholars dans l'ensemble des données. Le concept d'innovation n'est pas ancré dans un exemple spécifique. Par conséquent, de nombreux Scholars ont déclaré qu'ils ne savaient pas si leur approche était innovante ou non.

## **Désagrégation des données entre l'anglais et le français**

Les données présentées dans ce rapport ont été ventilées entre les études de cas anglophones et les études de cas francophones, plutôt que par pays ou Scholars anglophones et francophones. Cela est dû au fait que les Scholars de certains pays francophones ont soumis des études de cas en anglais, tandis que des Scholars de pays anglophones ont soumis leurs études de cas en français. Certains ont écrit dans leur langue maternelle, ou dans la langue dans laquelle ils étaient le plus à l'aise, et d'autres ont présenté des cas qu'ils avaient vécus sur le terrain ou en dehors de leur pays d'origine. Par exemple, sur les 48 Scholars du Cameroun, 9 ont écrit en anglais et 39 l'ont fait en français. Dans les cas de l'Argentine, du Bhoutan et de la Grèce, les Scholars ont soumis leur étude de cas en anglais. Aux fins du présent rapport, les analyses sont donc présentées en regroupant les données selon la langue dans laquelle elles ont été soumises.

## « Les chefs de famille doivent être conscients de l'importance de la vaccination. »

*Je suis épidémiologiste, assistant universitaire et très engagé dans les activités de santé publique. Avant de raconter mon histoire, je dois dire qu'il n'a pas été facile d'identifier un cas. La raison en est que, n'étant pas directement impliquée dans les activités quotidiennes de vaccination, il m'était difficile de rencontrer une personne qui hésitait à faire vacciner son enfant. Le cas que je vais présenter me concerne. Il s'agit d'une situation familiale bien antérieure à l'apparition de la COVID-19.*

*Il y a quatre ans, j'ai été confrontée à une réticence à la vaccination au sein de mon foyer. L'enfant avait trois ans et n'avait pas reçu ses vaccins depuis l'âge de six mois. J'avais observé une récurrence des symptômes de la grippe chez lui depuis qu'il avait un an : écoulement nasal, éternuements et toux. Si cela avait eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, les symptômes auraient été ceux du coronavirus. Lors d'une séance de vaccination, nous avons été sensibilisés à l'importance de faire vacciner les enfants contre la grippe. Il faut savoir que le vaccin Vaxigripp est administré dès l'âge de 6 mois et fait partie du calendrier vaccinal bien qu'il soit payant. Cependant, le service de vaccination auquel je suis rattachée conseille de l'administrer. Il se trouve que l'enfant n'avait pas reçu ce vaccin, bien qu'il ait été éligible à plusieurs reprises. C'est le personnel du service de vaccination qui a attiré mon attention sur son importance, ils nous ont expliqué lors d'une séance l'avantage d'avoir la grippe au regard du changement constant du virus, et que la vaccination était le seul moyen de réduire la fréquence des symptômes.*

*La mère de l'enfant désirait le faire vacciner, son père s'opposait à cette idée. Pour lui, le Vaxigripp n'a aucune valeur ajoutée et ne contribue pas à l'immunité de l'enfant. En bref, son utilité n'était pas fondée. Le père éprouvait de la crainte à l'égard du*

*Vaxigripp. Il ne croyait pas à ses avantages ainsi qu'à d'autres vaccins payants comme le DPT4 et le vaccin contre la typhoïde. Sa réaction a été la même lorsque l'enfant, atteignant ses deux ans, s'est trouvé éligible pour recevoir la quatrième dose du vaccin pentavalent communément appelé DPT booster.*

*Il m'a dit que seuls les vaccins recommandés par le programme PEV jusqu'à l'âge de 11 mois sont utiles chez l'enfant. Face à cette opposition, et compte tenu des symptômes que l'enfant présentait constamment, je me suis retrouvée à devoir convaincre le père, à insister sur la vaccination sur la base de ce que j'avais appris. Il n'a pas été facile de le convaincre car plusieurs jours se sont écoulés durant lesquels je revenais toujours sur le sujet. Voyant mon engagement et mon insistance à faire vacciner l'enfant, et surtout parce qu'il y avait eu plusieurs reports de dates, il a décidé de nous accompagner au service de vaccination et l'enfant a reçu son vaccin. J'ai insisté sur le fait que l'enfant ne devait pas manquer une nouvelle fois l'occasion d'être vacciné. Le père de l'enfant me connaît comme quelqu'un de très engagée dans les activités de santé, et quelqu'un qui cherche toujours à détecter les principaux facteurs qui affectent négativement la santé de l'être humain. Ce sont quelques-unes des raisons qui l'ont poussé à changer sa décision.*

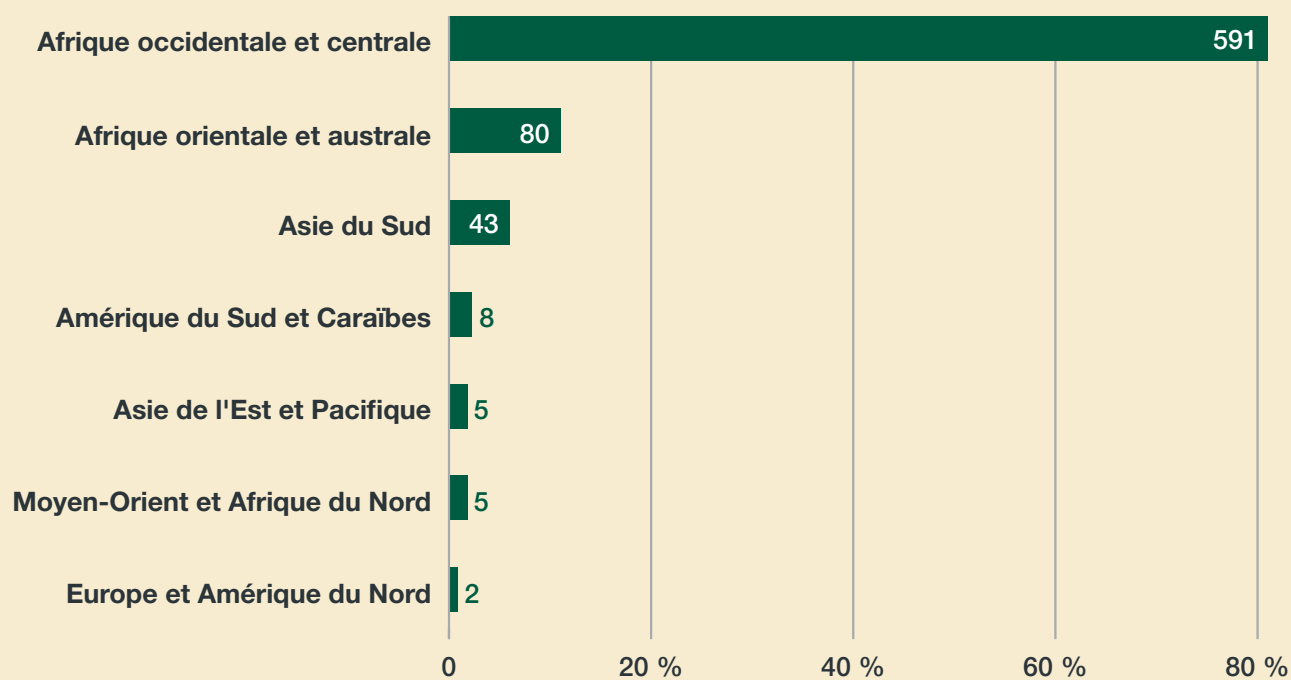
*C'était très surprenant de le voir prendre cette décision, car, dans le passé, il n'avait pas été disposé à le faire. Je dois avouer que, bien que le père ait laissé l'enfant se faire vacciner, il restait convaincu que ce vaccin n'était pas efficace. Malheureusement, il n'a pas eu la chance d'assister à la séance de conseil en vaccination. Cependant, depuis lors, la fréquence à laquelle l'enfant a contracté la grippe a diminué.*

*Femme, niveau national, Cameroun*

# DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTE DES SCHOLARS

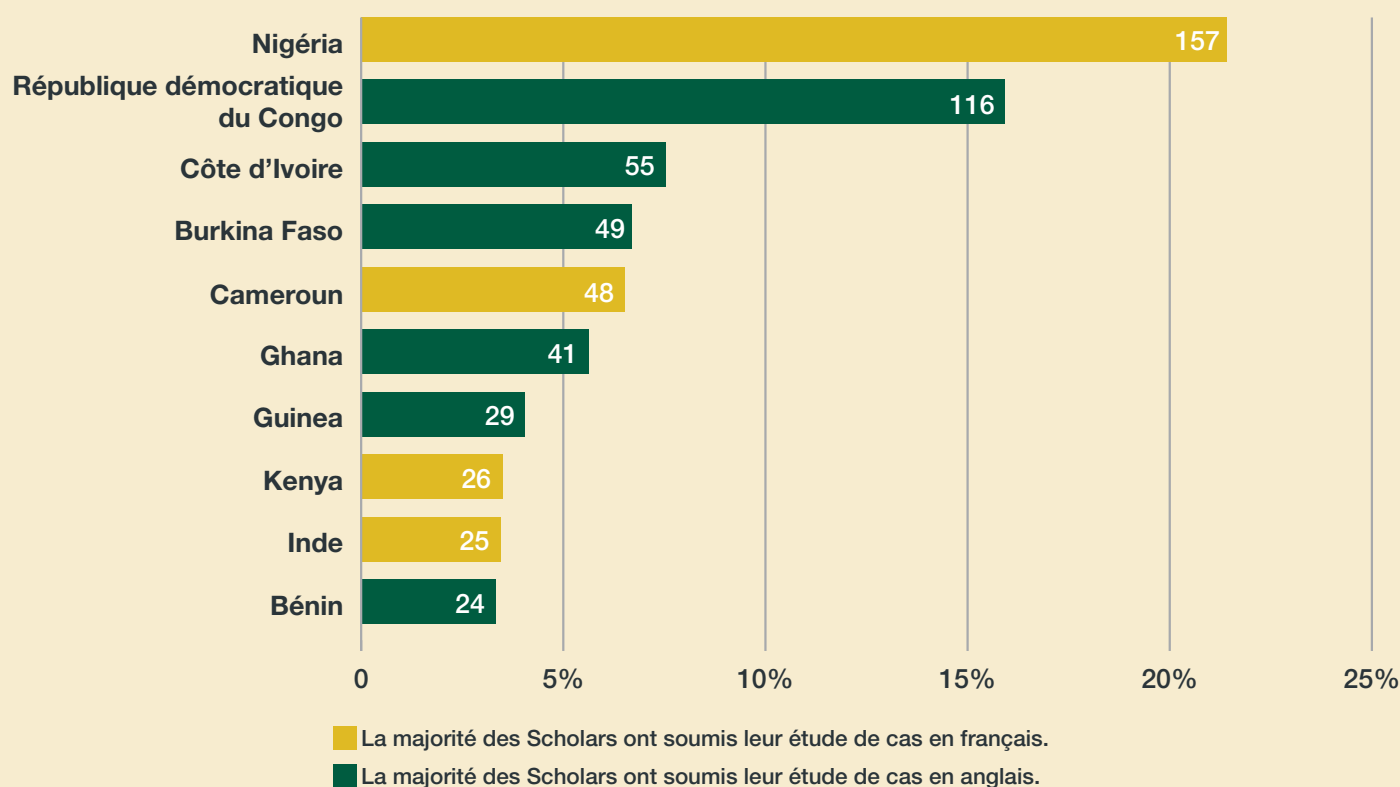
Un total de 734 Scholars ont participé à l'exercice. Comme le montre la figure 1, une grande majorité (81 %, n = 591) était établie en Afrique occidentale et centrale, suivie de l'Afrique orientale et australe et de l'Asie du Sud. Très peu de Scholars (2 %) provenaient d'autres régions.

Figure 1. Pourcentage de Scholars par régions.



Les Scholars étaient originaires de 55 pays différents, dont 20 pays d'Afrique occidentale et centrale et 16 d'Afrique orientale et australe. Les études de cas ont été soumises en anglais (46 % n = 355) ou en français (54 % n = 399). La figure 2 donne un aperçu des dix pays les plus représentés, dans lesquels 78 % des Scholars ont mené leur intervention. La plus grande proportion de tous les Scholars, 21 % (n = 157) du total, provient du Nigéria, où les études de cas ont été rédigées en anglais. La deuxième plus grande proportion provient de la République démocratique du Congo (16 % n = 116) où les études de cas ont été rédigées en français. Les autres pays les mieux représentés sont la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana, la Guinée, le Kenya, l'Inde et le Bénin. Les contributions des 45 autres pays, dont cinq pays qui n'avaient qu'un seul Scholar, ont représenté 22 % du total des études de cas (n = 164).

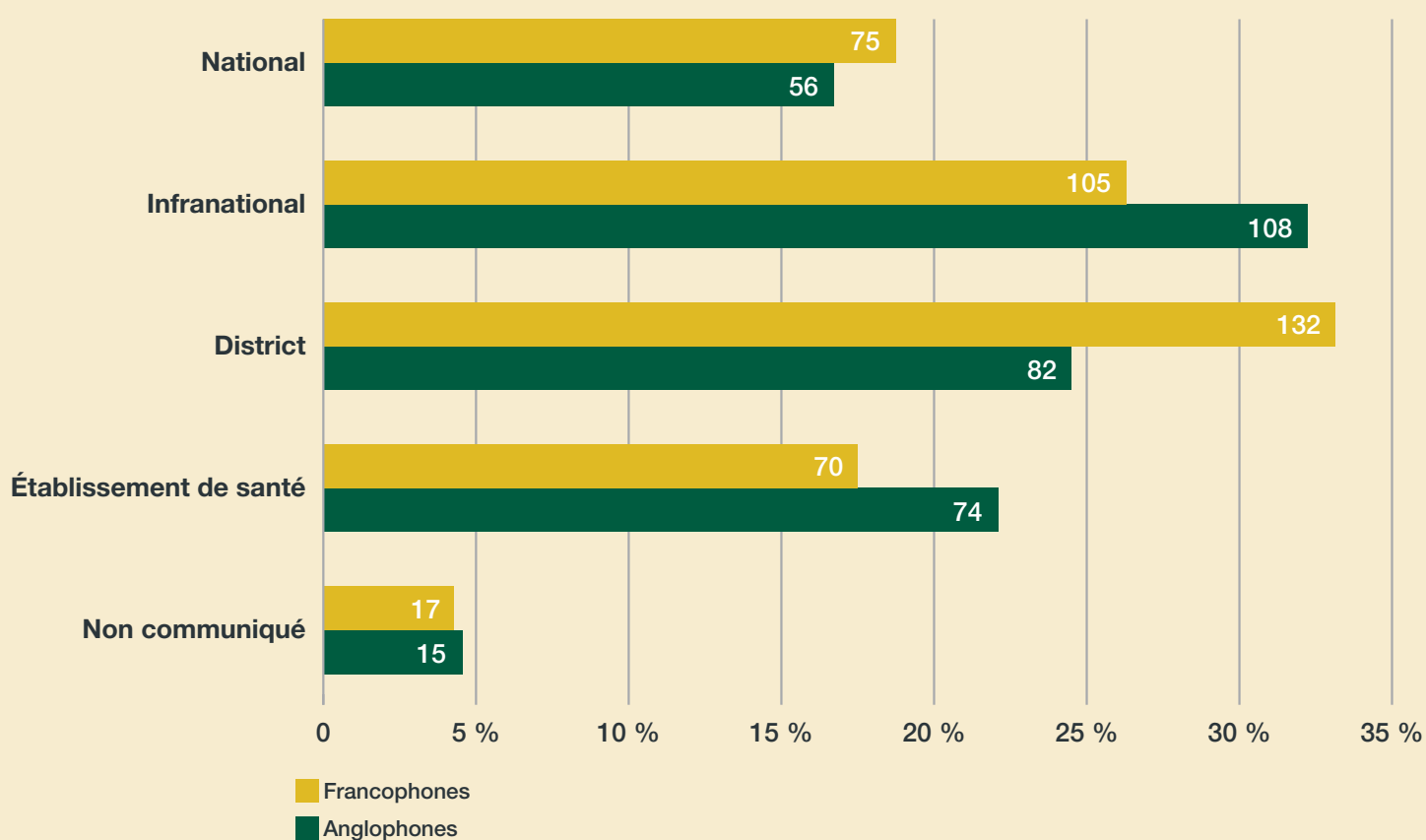
**Figure 2. Pourcentage de Scholars (78% du total) dans les 10 pays les plus représentés.**



Les Scholars ont fourni des informations sur la zone dans laquelle leur intervention a eu lieu dans 28 % (n = 206) des études de cas. Parmi celles-ci, 73 % (n = 150) se situent dans des zones rurales, y compris des communautés éloignées, des communautés nomades et agricoles, et des communautés religieuses isolées ; 27 % (n = 56) se situent dans des zones urbaines, y compris des capitales, des districts urbains et des quartiers informels des centres-villes.

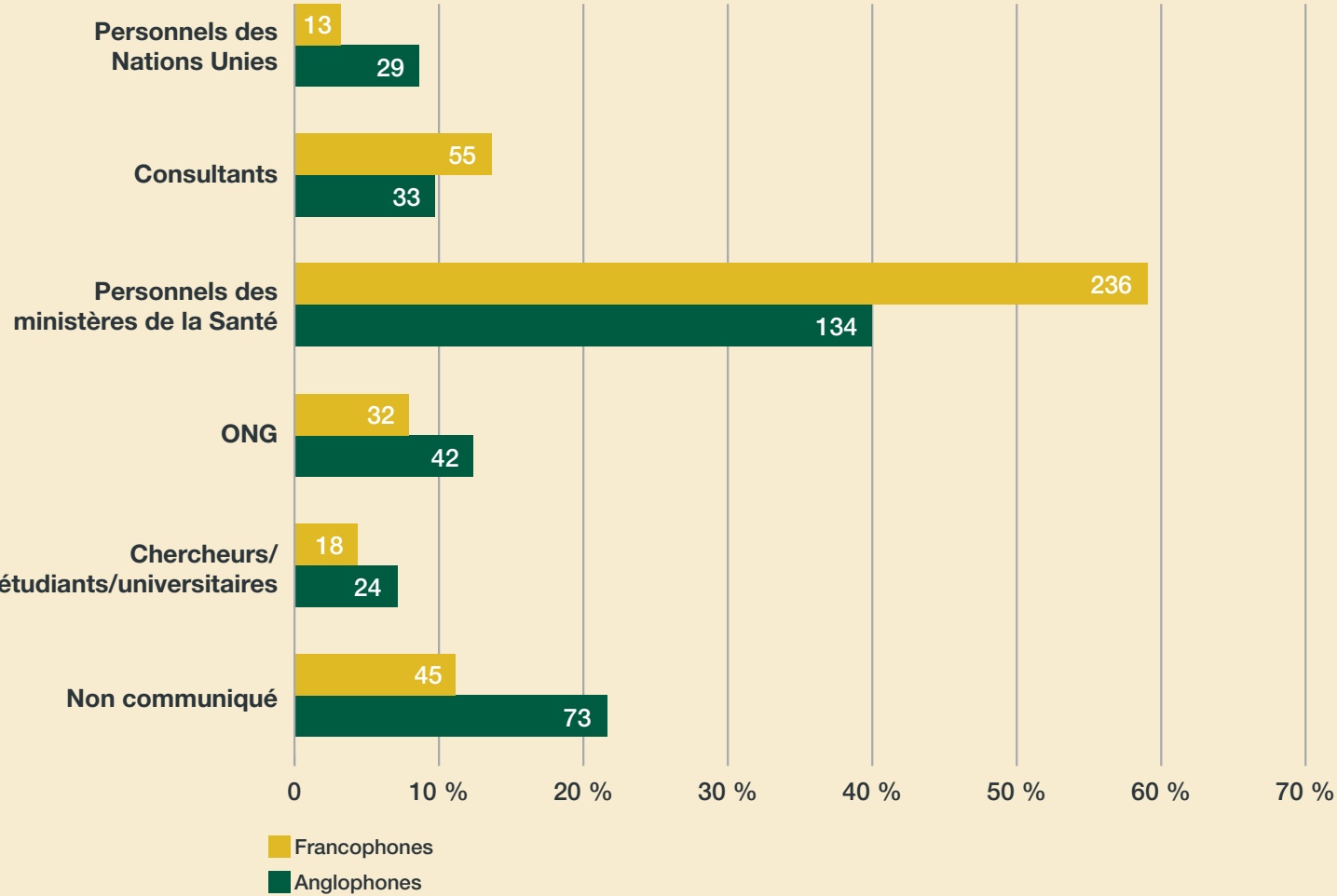
La figure 3 montre le niveau du système de santé dans lequel les Scholars sont engagés, en comparant les ensembles de données anglophone et francophone. Dans l'ensemble, la plus grande proportion de Scholars travaille au niveau infranational et du district, soit 58 % (n = 427). Parmi les Scholars ayant rédigé leur étude de cas en français (n = 399), la plus grande proportion (33 % n = 132) est impliquée au niveau du district, suivie de 26 % (n = 105) au niveau infranational. Parmi les Scholars ayant rédigé leur étude de cas en anglais (n = 335), la plus grande proportion (32 % n = 108) est impliquée au niveau infranational, suivie de 25 % (n = 82) au niveau du district.

**Figure 3. Pourcentage de Scholars par niveau dans le système de santé**



Les Scholars sont employés par différentes organisations. La figure 4 présente l'affiliation organisationnelle des Scholars, en comparant les ensembles de données anglophone et francophone. La plus grande proportion des Scholars (50 % n = 370) sont des employés travaillant à différents niveaux dans des ministères de la Santé, bien que ce soit plus souvent le cas chez les francophones (59 % n = 236) que chez les anglophones (40 % n = 134). D'autres ont déclaré travailler pour des ONG, des agences des Nations Unies, des instituts de recherche ou en tant que consultants; 22 % (n = 73).

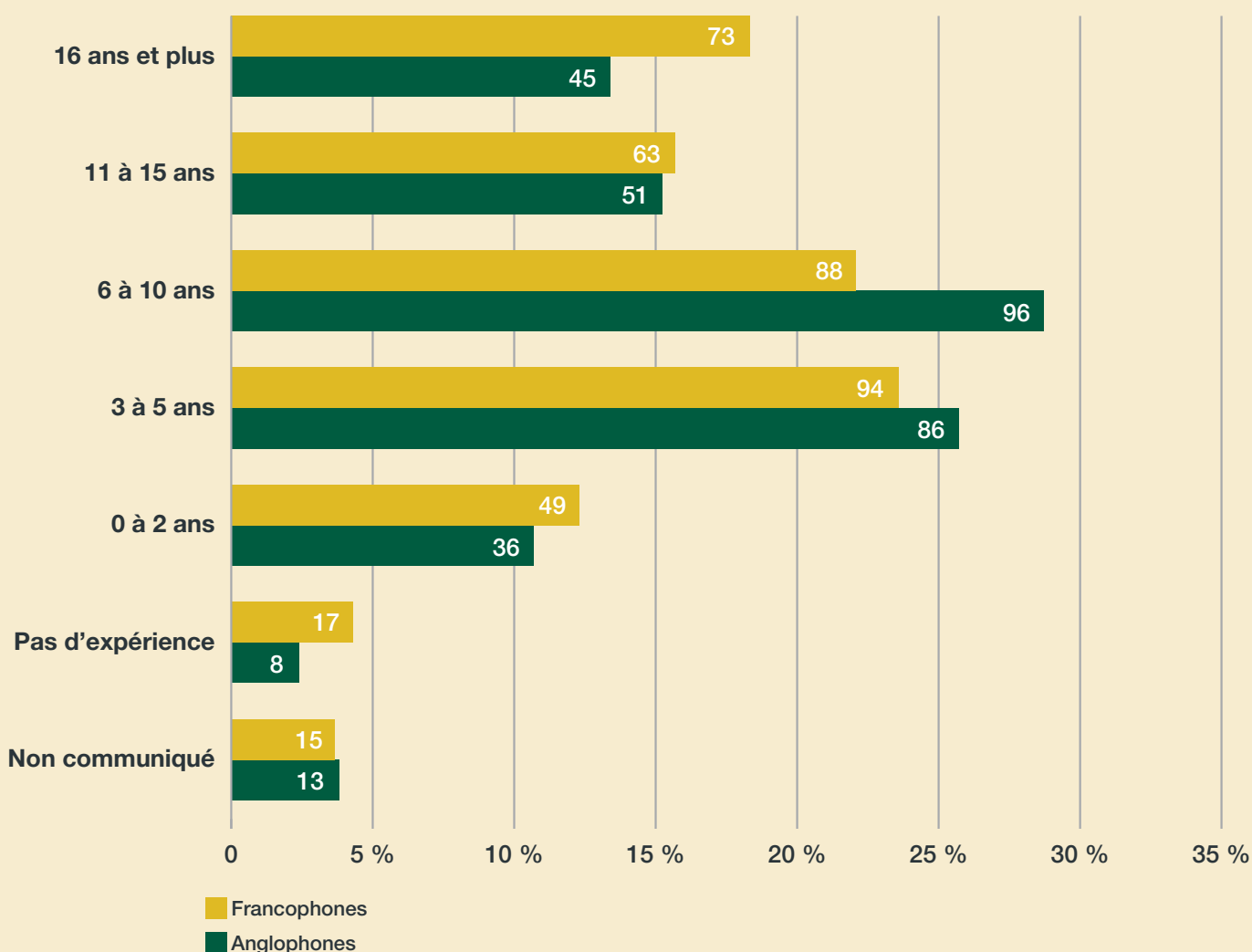
**Figure 4. Pourcentage de Scholars par affiliation organisationnelle**





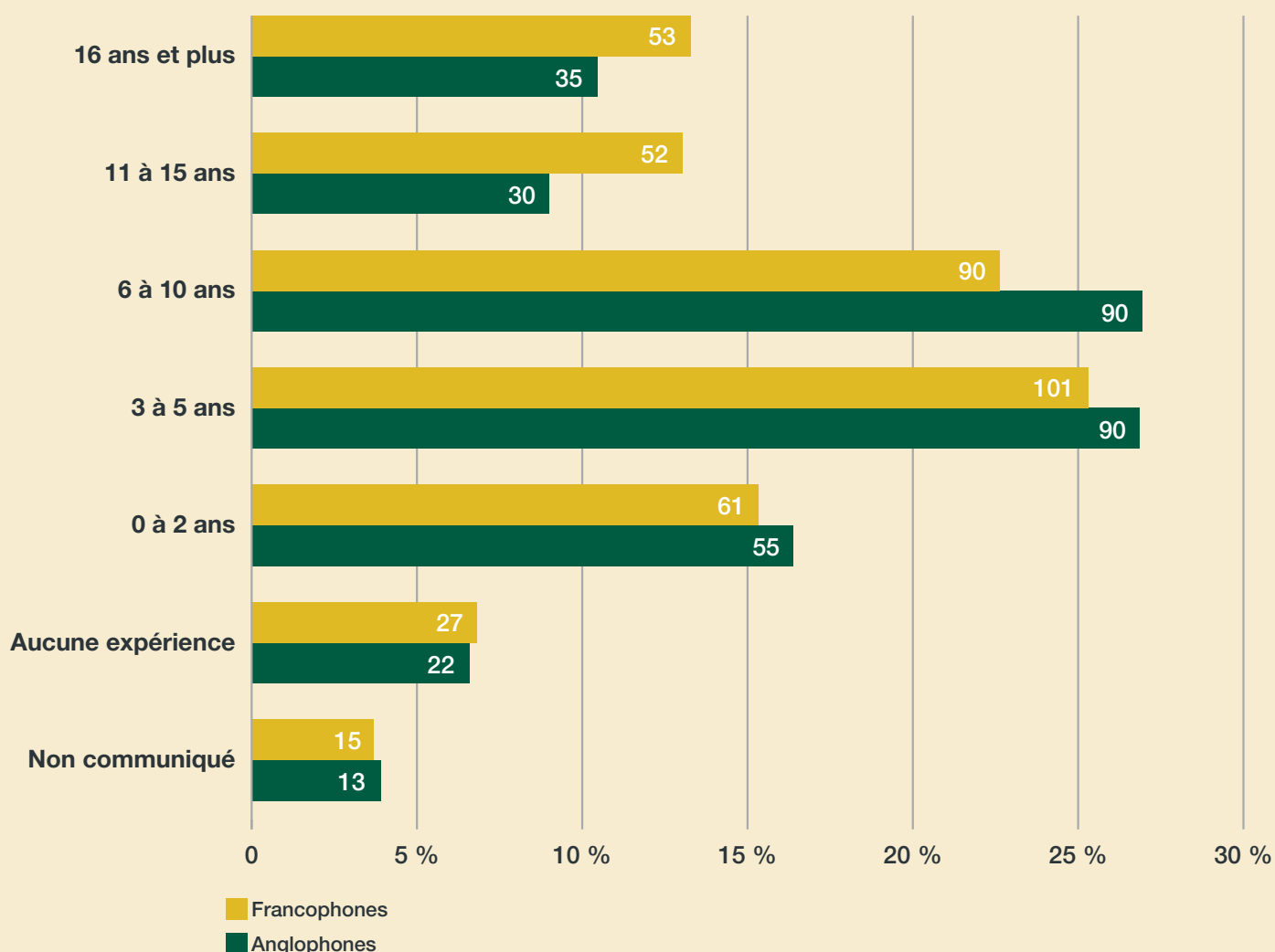
Les Scholars ont indiqué leur nombre moyen d'années d'expérience en matière de réponse vaccinale. Une proportion non négligeable de Scholars a une expérience de plus de 10 ans (32 % n = 232), bien que cela soit plus fréquent dans les études de cas francophones. La moitié des Scholars (50 % n = 364) a entre trois et dix ans d'expérience et une petite proportion a déclaré ne pas avoir d'expérience du tout ou n'a pas précisé. Ces données sont ventilées en fonction des ensembles de données anglophone et francophone dans la figure 5.

**Figure 5. Pourcentage de Scholars par années d'expérience en matière de réponse vaccinale**



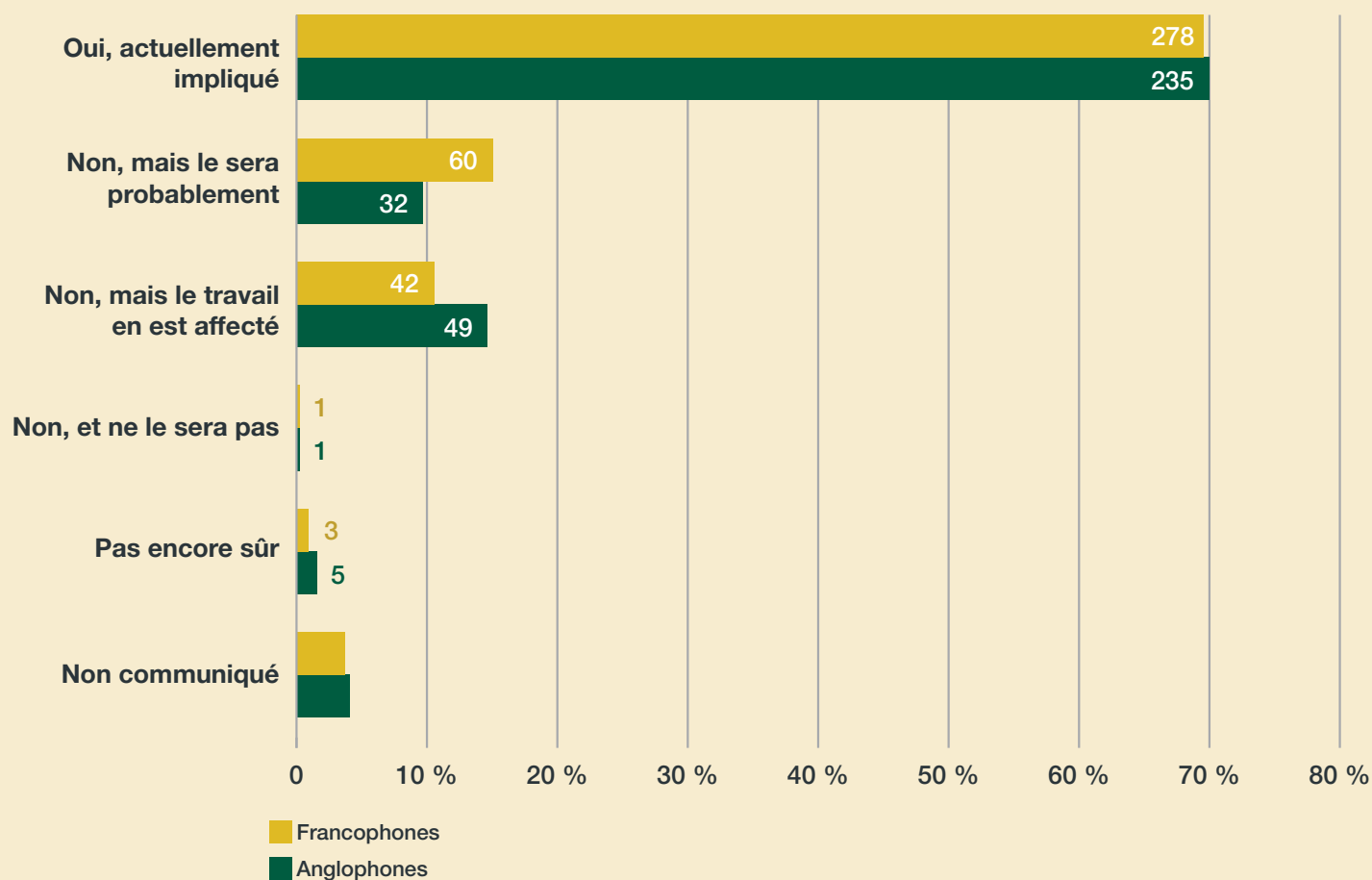
Les Scholars ont également indiqué leurs années d'expérience en matière d'intervention d'urgence. Les données suivent un schéma similaire à celui de l'expérience des Scholars en matière de vaccination, la plus grande partie d'entre eux étant engagés dans ce travail depuis 3 à 10 ans. Une expérience plus longue est proportionnellement plus courante chez les Scholars francophones que chez les anglophones. Comparativement à l'expérience en matière de vaccination, un plus grand nombre de Scholars n'a aucune expérience en matière d'intervention d'urgence (7 % n = 49) ou n'ont pas indiqué leur niveau d'expérience (4 % n = 15). La figure 6 met en évidence les différences entre les ensembles de données francophone et anglophone.

**Figure 6. Pourcentage de Scholars par années d'expérience en matière d'intervention d'urgence**



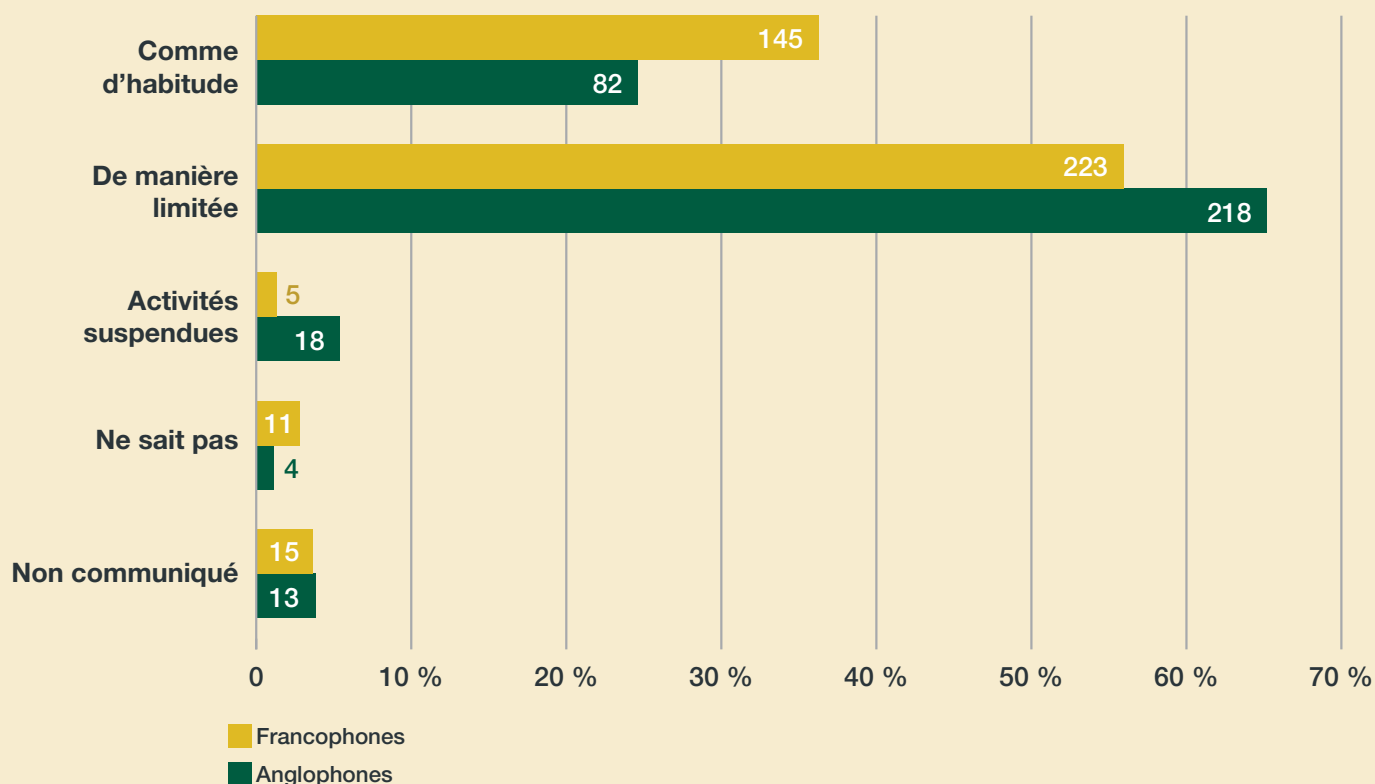
87 % des Scholars (n = 641) ont indiqué si l'intervention qu'ils ont documentée dans leur étude de cas a eu lieu avant ou pendant la pandémie de COVID-19. Parmi ceux-ci, près de la moitié (47 % n = 299) ont indiqué que l'intervention avait eu lieu avant la pandémie et un peu plus de la moitié (53 % n = 342) pendant la pandémie. Les études de cas ont été rédigées trois à quatre mois avant l'introduction la plus précoce du vaccin COVID-19 via COVAX. Dans l'ensemble, la majorité des Scholars anglophones et francophones (70 %, n = 513) étaient impliqués dans la réponse à la COVID-19 au moment où ils ont produit leur étude de cas. Presque tous les autres ont déclaré qu'ils étaient susceptibles d'être impliqués prochainement ou qu'ils n'étaient pas impliqués mais que leur travail était affecté par l'urgence COVID-19. La figure 7 montre la proportion de Scholars impliqués dans l'intervention COVID-19 au moment de l'exercice.

**Figure 7. Pourcentage de Scholars impliqués dans la réponse à la COVID-19 au moment de la rédaction de leur étude de cas**



Il a été demandé aux Scholars si les services de vaccination sur leur lieu de travail ont été affectés par l'urgence COVID-19. Dans l'ensemble, beaucoup déclarent que les services de vaccination ont été maintenus, mais de manière limitée (60 % n = 441); cependant, cela est plus prononcé dans les études de cas anglophones (65 % n = 218). 31 % (n = 227) des Scholars déclarent que les services de vaccination sur leur lieu de travail ont continué comme d'habitude, ce qui est plus fréquent dans les études de cas francophones (36 % n = 145). Au moment de la déclaration, la suspension des services de vaccination était assez rare, en particulier dans les milieux francophones. Ces différences sont illustrées dans la figure 8.

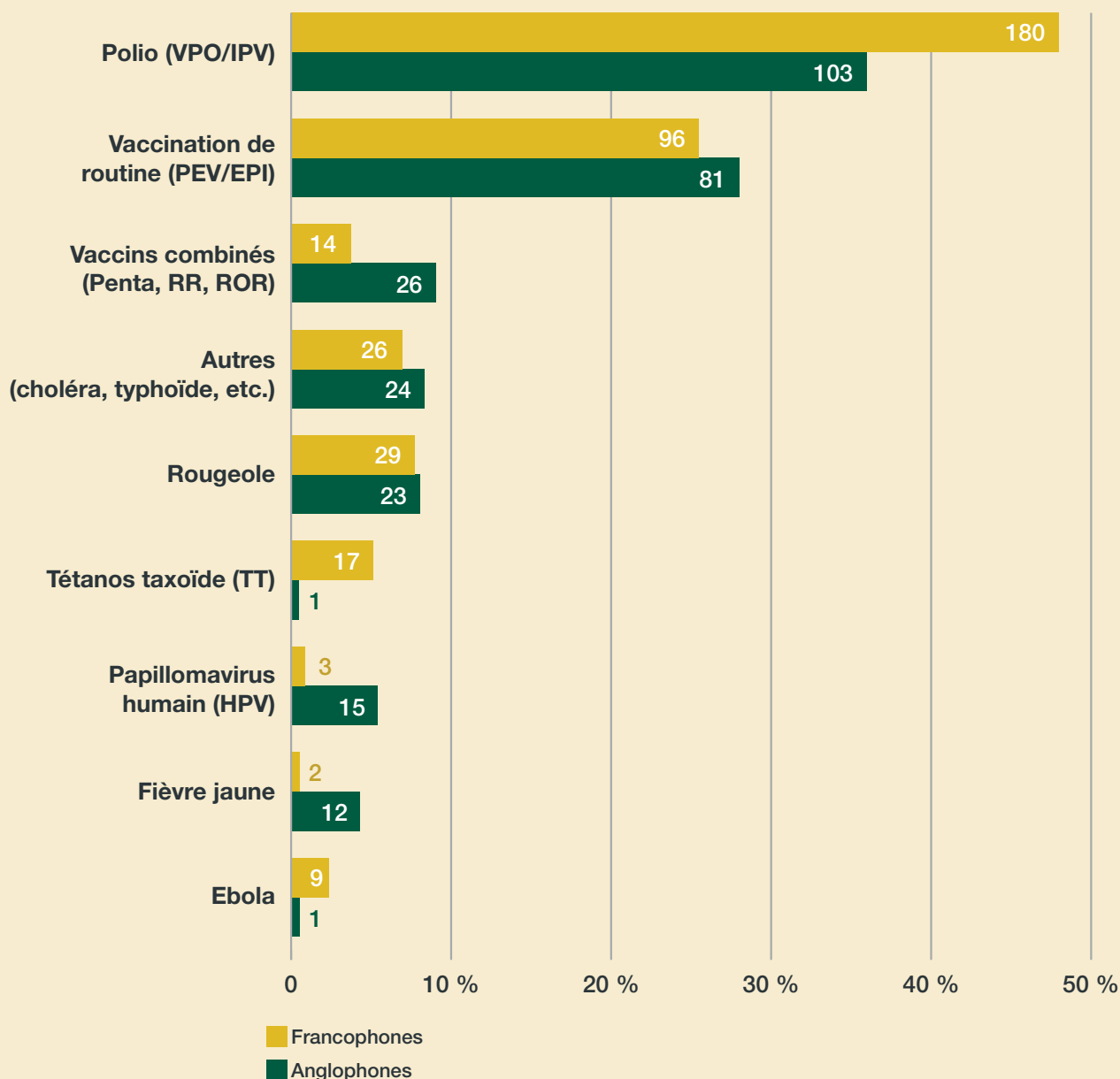
**Figure 8. Pourcentage de Scholars indiquant comment les services de vaccination sur leur lieu de travail ont été affectés par la COVID-19-19**



Dans 90 % des études de cas (n = 661), le Scholar indique le vaccin ou l'antigène sur lequel portait son étude de cas. Parmi celles-ci, 43 % (n = 285) sont en anglais et 57 % (n = 376) en français (voir Figure 9). La polio est le vaccin sur lequel portent le plus grand nombre d'études de cas (43 % n = 283, parmi lesquelles 25 études de cas font spécifiquement référence au vaccin oral contre la polio). Lors de la triangulation avec les données qualitatives, on constate qu'une plus grande proportion d'études de cas francophones (48 %, n = 180), par rapport aux études de cas anglophones (36 %, n = 103), documentent des cas d'hésitation associés au vaccin contre la polio, même si un plus grand nombre de Scholars dans l'ensemble de données anglophones (n = 23) que dans l'ensemble de données francophones (n = 2) spécifient que la faible acceptation du vaccin décrite dans leur cas est liée au vaccin oral contre la polio (VPO).

Après la polio, la plus grande proportion d'études de cas (27 % n = 177) concerne la vaccination de routine offerte par le système national (Programme élargi de vaccination (PEV) en français et Expanded programme for immunisation (EPI) en anglais). Les proportions d'études de cas relatives aux programmes de vaccination de routine sont comparables dans l'ensemble des données francophones (26 %, n = 96) et anglophones (28 %, n = 81), tandis que les vaccins combinés sont plus fréquemment signalés dans les études de cas anglophones (9 %, n = 26) que francophones (4 %, n = 14). Une petite proportion d'études de cas concerne d'autres vaccins et des vaccins combinés. Le petit nombre d'études de cas portant sur le VPH et la fièvre jaune reste plus fréquent dans l'ensemble de données anglophone que dans l'ensemble de données francophone. Il convient également de noter qu'au moment où les études de cas ont été rédigées, le vaccin contre le virus Ebola n'avait été déployé qu'en République démocratique du Congo et en Guinée (deux pays francophones).

**Figure 9. Pourcentage des vaccins/antigènes les plus fréquemment documentés dans les études de cas ayant renseigné cette information (90 % du total des études de cas, n=661).**



La triangulation avec les données des études de cas a également révélé que l'hésitation à l'égard du vaccin contre la polio est plus répandue dans les communautés rurales incluses dans cet échantillon. Soixante-quinze études de cas axées sur l'acceptation du vaccin contre la polio comprennent des informations sur la zone d'intervention. Parmi celles-ci, 52 (69 %) se situaient dans des zones rurales et 23 (31 %) dans des zones urbaines. L'acceptation des vaccinations de routine est également plus faible dans les zones rurales de cet échantillon. Parmi les études de cas documentant le PEV (EPI en anglais) (n = 177), 33 % (n = 58) ont précisé si l'intervention avait eu lieu dans une zone rurale ou urbaine. Parmi elles, 46 (79 %) se sont déroulées en zone rurale et 12 (21 %) en zone urbaine. Des tendances similaires ont été observées pour d'autres vaccins tels que la rougeole et les vaccins combinés tels que les vaccins contre les oreillons, la rougeole et la rubéole (ROR), la rougeole et la rubéole (RR) et le penta vaccin. Aucune différence n'a été observée pour le VPH, le tétanos et la fièvre jaune.

## « Gestion d'un refus de vaccination dans un établissement de santé »

*La confirmation de foyers de poliovirus de type-2 en circulation reflète la faiblesse de la couverture vaccinale de la population, accentuée par l'insuffisance de l'offre de services de vaccination dans les zones d'accès difficile et l'utilisation imparfaite des sites de vaccination. Il est donc très important de continuer à renforcer la vaccination des populations cibles contre le poliovirus afin de consolider les acquis liés à l'interruption de sa circulation.*

*Pour consolider tous ces acquis dans le processus de l'initiative d'éradication de la poliomyélite, des campagnes de vaccination sont encore organisées chaque année par le ministère de la Santé à travers le Programme élargi de vaccination (PEV) avec l'appui technique et le financement des partenaires impliqués dans la vaccination. C'est dans cette optique que des journées nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite couplées à l'administration de vitamine A ont été organisées sur l'ensemble du territoire national du 4 au 7 juin 2019 au profit des enfants cibles âgés de 0 à 5 ans.*

*Au cours de cette activité de vaccination, les équipes ont rencontré un cas de refus, dans le foyer d'une famille voilée (musulmane) à Conakry. Pour mémoire, il s'agissait d'une famille réticente connue. C'est une famille où le père a donné des instructions pour que les équipes de vaccination ne soient pas reçues.*

*Je me suis donc mobilisé avec le chef de secteur et nous sommes allés chez le chef de quartier. Quand nous sommes arrivés chez le chef de quartier, nous lui avons expliqué la situation. Directement, il nous a accompagnés à la maison de la famille en question, avec l'agent de santé du secteur concerné.*

*J'ai utilisé l'écoute active, le dialogue et la sensibilisation à la polio pour rejeter les raisons évoquées.*

*Dès notre arrivée au domicile de la famille, j'ai demandé à voir le responsable et il était absent. J'ai demandé à la femme d'appeler son mari au téléphone. J'ai commencé par me présenter... Je lui ai fait entendre que j'avais tout mon temps pour l'écouter et que nous avons le même but, celui d'avoir des enfants en bonne santé. J'ai expliqué les conséquences de la non-vaccination et j'ai fourni les bonnes informations sur le vaccin.*

*Les messages clés ont été transmis. J'ai demandé au responsable de la famille s'il savait que son enfant non vacciné représentait un danger pour la communauté. Je lui ai expliqué que non vacciné, il peut contracter le virus de la Polio et s'il le contracte, il est très probable qu'il infecte tout le quartier, tout Conakry et toute la Guinée. J'ai demandé: « Vous pensez que si ce vaccin était ce que vous pensez, nous le défendrions tous ? » Ce vaccin n'est rien de tout cela.*

*En termes de résultats, après que le père ait été convaincu par mes arguments, il a demandé à sa femme de laisser les équipes de vaccination vacciner l'enfant. Nous avons vacciné quatre enfants. Et le père nous a assuré de son engagement à ne manquer aucune vaccination pour la survie de ses enfants.*

*Ce qui m'a beaucoup plus surpris, c'est la détermination des autorités concernées à résoudre le cas, mais aussi, j'ai compris qu'à chaque nouvelle situation, une nouvelle stratégie peut être utilisée. Car, au cours de toutes mes expériences sur le terrain, je n'avais jamais été témoin d'une telle gestion des cas de refus.*

*Homme, niveau national, Guinée*

# COMPRENDRE LES COMMUNAUTÉS AUPRÈS DESQUELLES LES SCHOLARS SONT ENGAGÉS

Ce chapitre présente une vue d'ensemble des individus et des groupes qui sont impliqués dans les activités décrites par les Scholars dans leurs études de cas, la manière dont ces populations sont abordées, et les aspects de genre pris en compte lorsque les Scholars ont sollicité des personnes dans certains contextes. Les thèmes présentés sont généralisés à l'ensemble des données et des exemples spécifiques sont rapportés lorsque cela est pertinent.

## Les personnes impliquées dans les interventions décrites dans les études de cas

Lorsqu'ils décrivent les personnes et les communautés concernées par leurs interventions, les Scholars fournissent des informations démographiques ponctuelles. Le plus souvent, les données sont anecdotiques et descriptives et portent sur le niveau d'éducation, l'alphabétisation, l'ethnicité et le statut socio-économique. Par exemple, un Scholar travaillant dans un établissement de santé au Ghana dit de la population desservie :

*« Ils étaient d'âge moyen et sans éducation. »*

Un Scholar infranational en Inde observe :

*« Les mères sont jeunes, mal formées et presque toutes analphabètes. »*

De même, un Scholar travaillant dans un établissement de santé au Nigéria conclut que :

*« les mères et les pères, en particulier les citadins pauvres, avaient peu ou pas d'éducation scolaire. »*

Les membres de la communauté impliqués dans les interventions des Scholars étaient principalement des laïcs, souvent décrits comme ayant un faible niveau d'éducation, notamment des chauffeurs de moto-taxi, des mères au marché, des agriculteurs et des mineurs. Certaines études de cas ont abordé les questions d'hésitation de la part de groupes plus riches ou plus instruits comme les professionnels de la santé, les enseignants, les étudiants universitaires et les directeurs d'école. Dans ces cas, les Scholars ont souvent fait part de leur surprise d'observer des niveaux d'acceptation aussi faibles malgré le niveau d'éducation plus élevé des personnes concernées.

Comme le montre la figure 10 ci-dessous, de nombreuses études de cas (41 %, n = 303) se concentrent sur des interventions impliquant les parents, les responsables d'enfants et les membres de la famille des enfants. Dans ces cas, la faible acceptation du vaccin est liée à la vaccination systématique et aux campagnes de vaccination des enfants. Les faibles niveaux d'acceptation du vaccin s'étendent au-delà de l'unité familiale immédiate ; ils existent également au sein de sous-groupes de la communauté et au niveau de la communauté dans son ensemble (23 % des études de cas, n = 170). Les interventions visaient donc à accroître l'acceptation de la vaccination pour les familles individuellement ou étaient conçues dans le cadre de stratégies d'engagement communautaire plus larges. Les dirigeants communautaires ne sont mentionnés que dans un petit nombre de cas (7 %, n = 52), mais, dans ces cas,



ils sont présentés comme des acteurs influents. Dans plusieurs cas, le faible niveau d'acceptation est considéré comme résultant de l'influence des chefs communautaires qui recommandent de ne pas vacciner.

Certains Scholars ont identifié des groupes spécifiques au sein de la communauté au sens large qui doivent être sensibilisés par des techniques de communication alternatives, des messages adaptés et des interventions plus ciblées que celles utilisées pour la population générale. De faibles niveaux d'acceptation des vaccins ont été constatés parmi les communautés nomades et agricoles, dont le manque de conscientisation et l'information limitée sur les vaccins ont été attribués à leur mode de vie transitoire, à l'inaccessibilité de leurs campements et à leur difficulté à accéder aux services de santé. D'autres groupes de population tels que les communautés de migrants, les minorités marginalisées, les travailleurs « illégaux » (économie informelle), les minorités ethniques, les groupes de jeunes et d'adolescents et les groupes de femmes sont également ciblés par les interventions. Dans certains cas, l'hésitation à se faire vacciner signalée au sein de ces groupes est permanente ou à plus long terme, en raison, par exemple, de croyances religieuses (voir plus loin). Un Scholar exerçant au niveau du district au Kenya observe :

*« Il s'agissait d'une hésitation à se faire vacciner pour des raisons religieuses... Ces communautés ne croient pas à la pertinence des services de santé. »*

D'autres Scholars rencontrent des hésitations dans les groupes pour la première fois, en raison de la diffusion de fausses informations ou en réponse à des allégations d'événements indésirables suite à la vaccination (MAPI) dans la communauté.

Les enseignants sont identifiés comme un groupe puissant d'influenceurs dans la communauté. Bien qu'aucune intervention n'ait ciblé des groupes d'enseignants en tant que tels, des cas de non-acceptation dans les écoles ont été signalés, et certains enseignants et directeurs d'école ont été identifiés comme des propagateurs de la désinformation. Un exemple de ce phénomène a été illustré dans une étude de cas élaborée par un Scholar intervenant au niveau infranational en Tanzanie :

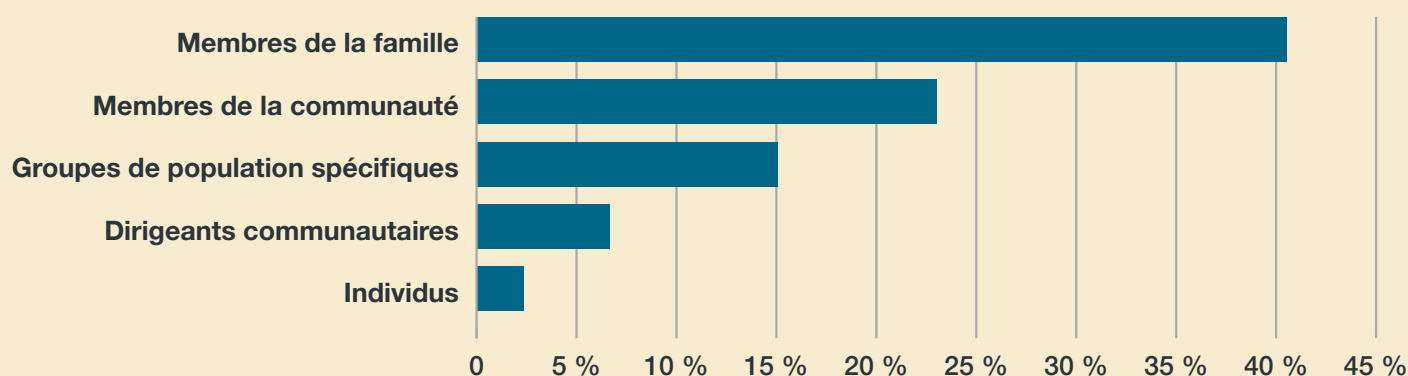
*« Ce groupe anti-campagne a été identifié comme étant un petit groupe d'enseignants qui ont la possibilité de suivre les réseaux sociaux et qui sont critiques sur le plan politique. Ils disposent d'un espace commun qui leur permet de se rencontrer, de discuter des problèmes et facilite la diffusion de leurs idées dans la communauté. »*

Les données révèlent une plus grande réticence des enseignants à l'égard du vaccin contre le papillomavirus que des autres antigènes vaccinaux. Cela pourrait être attribué au fait qu'il est fréquemment rapporté que les stratégies de déploiement du VPH impliquent l'administration du vaccin à l'école, et que les enseignants sont donc indirectement impliqués dans le processus. Par ailleurs, le vaccin anti-papillomavirus est souvent considéré comme favorisant la promiscuité chez les jeunes femmes célibataires et des études antérieures soulignent la réticence des enseignants à soutenir sa promotion et son administration dans les écoles. Au Kenya, l'introduction du vaccin anti-papillomavirus dans le programme de vaccination systématique des filles scolarisées a commencé en 2020 et les études de cas mettent en évidence les difficultés rencontrées. Plusieurs interventions ont donc intégré les enseignants dans les activités de sensibilisation, soit sur une base individuelle, soit dans le cadre d'un engagement communautaire plus large. En outre, dans un certain nombre d'études de cas, les enseignants des écoles islamiques et coraniques ont été ciblés à dessein car, comme l'a fait remarquer un Scholar indonésien intervenant au niveau national :

*« ils contrôlent l'accès physique aux enfants dans les sites où la vaccination peut être effectuée le plus efficacement possible. »*

Dans un petit nombre de cas, les Scholars sont entrés en contact avec des personnes qui sont réticentes à se faire vacciner. Dans ces cas, le manque d'acceptation est justifié par des raisons personnelles et philosophiques. Cette hésitation au niveau individuel semble apparaître au sein de groupes de population spécifiques et, dans certains cas, peut être liée à des antigènes spécifiques. Par exemple, les études de cas du Pérou, de l'Inde et du Mali font état d'expériences de faible acceptation parmi les personnes âgées, et au Pérou et en Inde, ces expériences concernaient spécifiquement le vaccin contre la pneumonie. Au Nigéria et au Cameroun, les études de cas se sont concentrées sur les moins de 25 ans qui sont réticents à se faire vacciner contre la méningite, et les Scholars du Tchad et du Cameroun évoquent le manque d'acceptation des femmes enceintes pour la vaccination contre le tétanos maternel. Dans un cas au Burundi, un Scholar décrit le manque d'acceptation de la vaccination ROR parmi une cohorte d'étudiantes.

**FIGURE 10. Cibles des interventions documentées par les Scholars dans leurs études de cas (pourcentage)**



## Minorités religieuses et sectes

On a souvent constaté que la religion influence les décisions en matière de vaccination et les groupes religieux sont souvent au centre des interventions des Scholars. Indépendamment de l'origine religieuse ou de l'emplacement géographique, il est évident que les chefs religieux jouent un rôle important dans la promotion de l'acceptation du vaccin parmi leurs fidèles et leurs congrégations. Dans 20 % (n = 70) des cas anglophones de l'ensemble de données (n = 336 au total), les raisons invoquées pour expliquer le manque d'acceptation des vaccins par la communauté étaient liées à un conflit avec les croyances religieuses ou coutumières. Cette raison a été citée comme facteur d'hésitation dans un peu moins de 6 % (n = 23) des études de cas francophones. Dans l'ensemble de données anglophone, 53 % (n = 37) des cas indiquant des liens entre les faibles niveaux d'acceptation et les croyances religieuses et coutumières provenaient du Nigéria (représentant 24 % des cas du Nigéria et 5 % de toutes les études de cas). Les autres cas étaient répartis dans 13 pays, le Kenya, le Ghana et l'Inde étant largement représentés avec respectivement 14 % (n = 10), 10 % (n = 7) et 10 % (n = 7).

Les membres des communautés religieuses ont souvent justifié leur refus des vaccins par une objection religieuse. Cependant, de nombreux cas ont révélé que leur réticence résultait en fait d'une désinformation ou d'un ordre direct de leur chef religieux s'opposant à la vaccination, plutôt que de croyances théologiques spécifiques. Les détails fournis dans une

étude de cas rédigée par un Scholar intervenant au niveau infranational en Côte d'Ivoire sont représentatifs :

*« Le problème était que toute la communauté religieuse, avec à sa tête le pasteur, refusait de faire vacciner ses enfants... Le pasteur... a affirmé que les vaccins rendaient les gens malades. Pour cette raison, l'ensemble de cette communauté religieuse a refusé les vaccinations de routine et de campagne. »*

L'influence considérable des personnes occupant des postes de pouvoir dans la communauté est également fréquemment signalée dans les études de cas. Dans certains contextes, on constate que les chefs traditionnels influencent l'acceptation ou non du vaccin au sein des groupes ethniques. Leur influence est notamment la plus forte au sein des groupes qui sont déjà « sceptiques » à l'égard des programmes de santé ou parmi ceux qui ont tendance à utiliser des formes traditionnelles de médecine et de guérison. Une étude de cas réalisée par un Scholar exerçant au niveau infranational au Kenya met en évidence la vulnérabilité de ces groupes :

*« Le chef de la secte a fait subir un lavage de cerveau à ses adeptes en leur demandant de ne pas se faire soigner et de ne pas faire vacciner leurs enfants dans les hôpitaux. Il a menacé de bannir de l'église quiconque irait à l'encontre de cet ordre. Beaucoup des membres de la secte étaient économiquement défavorisés et respectaient le dirigeant. »*

## Identifier les communautés pour les interventions

La façon dont les Scholars identifient les cas d'hésitation auxquels ils se sont attaqués dans leurs études de cas varie considérablement. Pour certains, les interactions initiales ont résulté d'activités de vaccination spécifiques (par exemple, à la suite d'une campagne de sensibilisation au vaccin, par le biais d'activités de vaccination supplémentaires (AVS), ou en réponse à la baisse des taux de vaccination systématique constatée dans l'établissement de santé). D'autres ont documenté des interventions qui étaient en réponse directe à un cas signalé d'hésitation à se faire vacciner.

Un certain nombre d'échanges ont pris forme spontanément lors de conversations entre amis ou voisins, lorsque des Scholars ont agi de manière fort opportune pour faire tomber les barrières à l'acceptation des vaccins. Dans un cas au Vietnam, ce Scholar travaillant au niveau national a expliqué :

*« J'ai découvert qu'un groupe d'amis ne voulaient pas faire vacciner leurs enfants. J'ai donc décidé de faire une petite recherche. J'ai appris quelles étaient les sources d'information qui avaient influencé leur décision... Mes amis étaient diplômés universitaires. »*

Un autre exemple tiré d'une étude de cas au Cameroun illustre comment la proximité de la relation entre le Scholar du district et le bénéficiaire a favorisé une approche plus facile et plus détendue de la sensibilisation :

*« C'est au cours d'une discussion avec mon voisin que j'ai pris conscience de la situation vaccinale de son enfant. Le bébé n'avait reçu aucun vaccin depuis sa naissance et n'avait donc pas de carnet de vaccination. J'ai donc décidé de sensibiliser mon voisin. Nous avons de très bonnes relations, ce qui me permet*

*de la sensibiliser plus facilement, en tant qu'amie, en tant qu'agent de santé et en tant que parent. »*

Ce constat a été partagé par un Scholar de district lors de l'entretien de suivi, qui a souligné l'importance des approches informelles pour impliquer les populations et a noté que les obstacles à l'acceptation du vaccin n'ont pas toujours besoin d'être abordés de manière structurée. Il a conclu que :

*« pour améliorer l'acceptation, vous pouvez impliquer votre famille, vos amis et vos voisins, parler ouvertement et poser des questions vous aidera à répondre à leurs préoccupations. »*

## **Considérations sur le genre et la prise de décision lors des interventions**

Dans l'ensemble des études de cas, les mères sont principalement en charge quand il s'agit d'amener les enfants sur les sites de vaccination. Les tâches liées à l'éducation des enfants, aux soins et à la recherche de la santé ont été systématiquement décrites comme étant le rôle de la mère. Cependant, dans les études de cas provenant de sociétés traditionnellement patriarcales, la capacité d'auto-efficacité et de responsabilité des femmes pour accepter la vaccination de leurs enfants peut être limitée si l'homme chef de famille n'autorise pas la vaccination. De telles situations sont fréquemment rapportées dans des études de cas au Nigéria (en particulier parmi les communautés Hausa du nord du pays) et dans les communautés Fulani d'Afrique de l'Ouest. Le récit suivant, tiré d'une étude de cas réalisée par une Scholar basé dans un établissement de santé au Nigéria, est significatif :

*« J'ai été informée par la mère de l'enfant, une jeune femme au foyer à plein temps, que le père avait refusé de manière flagrante de faire vacciner ses enfants. Malgré mes questions, elle n'a pas été en mesure de donner les raisons de l'hésitation de son mari envers la vaccination. Son incapacité à expliquer les raisons de son mari pourrait s'expliquer par le fait que le Nigéria est fortement patriarcal. »*

Dans certains cas où un père a explicitement interdit la vaccination de ses enfants, le soutien de la mère à sa décision a probablement été obtenu sous la contrainte, sous la menace de violence ou de divorce.

Les Scholars déclarent avoir essayé d'aborder les dynamiques de genre et de pouvoir de différentes manières, notamment en sensibilisant les mères individuellement ou en groupe afin d'augmenter leur niveau d'acceptation. Certains Scholars déclarent avoir sollicité les hommes directement en rencontrant en personne un père ou en contactant par téléphone un chef de famille masculin absent pour fournir des informations ou organiser une rencontre en face à face afin de traiter les causes de l'hésitation. Dans un cas aberrant, la vaccination a été effectuée en secret avec l'autorisation de la mère de l'enfant, sans le consentement du père.

## « L'hésitation à se faire vacciner à cause des effets secondaires »

*Il était une fois, à l'occasion d'un service de vaccination de routine dans un site fixe, un vaccinateur ayant vacciné l'enfant d'un soldat qui se trouvait dans la baraque militaire. Ce jour-là, l'enfant a développé un gonflement au point d'injection. Ils ont alors appelé le vaccinateur et l'ont sommé de dire qu'il était la cause du gonflement de l'enfant. Ils ont décidé que l'enfant devait être emmené dans le centre de santé le plus proche pour un traitement supplémentaire. Le vaccinateur leur a conseillé de ne pas emmener l'enfant dans un établissement de santé et leur a dit que c'était le vaccin qui fonctionnait. Au bout de trois jours, l'enfant s'est bien rétabli et les parents ont cru que c'était ainsi que le vaccin agissait lorsqu'un enfant recevait la dose prévue.*

*Mais avant que l'enfant ne se rétablisse, la nouvelle s'est répandue que le vaccin avait causé des complications à l'enfant et la plupart des parents des environs ont décidé de ne pas emmener leurs enfants au centre de santé, même si l'enfant n'avait développé que des effets secondaires mineurs. Pour cette raison, de nombreux enfants n'ont pas reçu les doses de vaccin prévues.*

*J'ai découvert cette histoire lorsque je suis allé faire de la supervision de soutien dans cette zone particulière. Après avoir recueilli des informations auprès des agents de santé et du parent de l'enfant qui avait développé l'effet secondaire mineur, je suis immédiatement intervenu en organisant une réunion communautaire à laquelle ont participé les généraux de l'armée responsables de la région. Le résultat a été très fructueux.*

*L'hésitation à se faire vacciner est la principale cause des faibles taux de couverture vaccinale dans la plupart des pays d'Afrique, y compris au Soudan du*

*Sud. La réalité est que les parents ne sont pas conscients de l'importance de la vaccination et la majorité fait confiance aux guérisseurs traditionnels. J'en veux pour preuve mon expérience lorsque nous avons mis en œuvre la campagne contre la méningite en 2016. L'enfant a développé des effets secondaires mineurs et la famille a décidé d'emmener son enfant chez un guérisseur traditionnel, ce qui, selon elle, était l'aspect le plus important pour obtenir un traitement approprié. Les diversités culturelles, le manque de sensibilisation des communautés et l'absence de stimulation de la demande sont les facteurs qui contribuent au refus du vaccin. Une intervention politique à un niveau supérieur est nécessaire, ainsi qu'une planification des activités de plaidoyer pour faire comprendre l'importance de la protection des enfants par la vaccination avec des vaccins qui sauvent des vies. Une communication efficace et l'adaptation de la politique sont nécessaires. Le programme PEV doit utiliser tous les types de canaux de communication, notamment la communication interpersonnelle, communautaire et médiatique. La communication directe et indirecte avec les groupes cibles tels que les parents et les enseignants qui sont influents sur les attitudes, les perceptions et finalement contribuent au processus de décision car ils jouent un rôle important dans la perception de la population. La stratégie pour réduire cette hésitation consiste à impliquer tout le monde, y compris les organisations de la société civile, les groupes et acteurs confessionnels, pour qu'ils participent à la communication des messages au nom de leurs communautés.*

*- Homme, Scholar de niveau national, Soudan du Sud*

# OBSTACLES À L'ACCEPTATION DES VACCINS

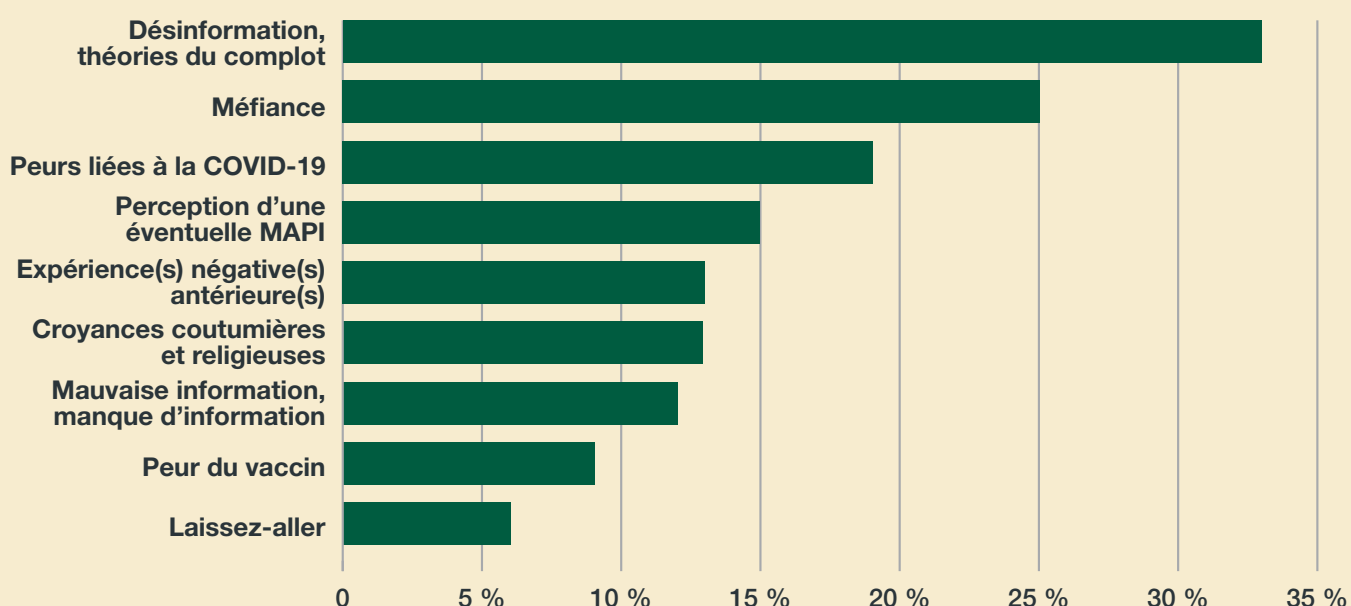
Ce chapitre présente un aperçu des nombreux obstacles à l'acceptation des vaccins qui ont été signalés par les Scholars dans leurs études de cas. On y présente des exemples de théories de la conspiration, de désinformation, de méfiance et d'effets secondaires perçus de la vaccination qui ont contribué aux faibles niveaux d'acceptation des vaccins, ainsi que des questions liées à la peur, à la sécurité et au laisser-aller qui ont également contribué à l'hésitation à se faire vacciner.

Les obstacles à l'acceptation des vaccins présentés dans les études de cas sont multiformes, hiérarchisés et rarement motivés par un seul facteur. Les facteurs sont plutôt superposés et la peur, la méfiance, les idées fausses, les rumeurs, les informations erronées et la désinformation semblent, dans tous les cas, être intrinsèquement liées, chacune contribuant et perpétuant l'autre. L'exemple d'une étude de cas d'un Scholar basé dans un établissement de santé en Inde est révélateur :

*« Leurs proches vivant à l'étranger ont commencé à alimenter une nouvelle vague de messages anti-vaccins en leur demandant de refuser tout vaccin pendant cette période, en particulier les vaccins proposés gratuitement pendant les campagnes. De plus, cette hésitation a été aggravée au niveau de l'établissement de santé, en raison d'une mauvaise communication avec le district qui a conduit les agents de santé à refuser de vacciner dans ces locaux. Les personnes hésitantes étaient pour la plupart des adultes... l'hésitation était multifactorielle, allant de la peur à une sensibilisation inadéquate et enfin à la désinformation. »*

La figure 11 donne un aperçu des obstacles à l'acceptation documentés dans les études de cas.

**Figure 11. Obstacles à l'acceptation documentés, en pourcentage des études de cas**



## Accès à l'information et ses modes de diffusion

La façon dont les personnes et les communautés hésitantes reçoivent des informations sur le vaccin ou l'antigène semble jouer un rôle clé et l'analyse a tenté de distinguer la façon dont la désinformation et la mauvaise information sont rapportées dans les récits des études de cas. La désinformation désigne les fausses informations qui sont diffusées indépendamment de l'intention d'induire en erreur; elle comprend le manque d'information découlant de faibles niveaux d'éducation et des sources d'information de mauvaise qualité. La désinformation désigne les informations délibérément trompeuses et les récits manipulés qui sont diffusés intentionnellement, comme les théories du complot et les « fake news », ces dernières étant définies comme des informations intentionnellement élaborées et chargées d'émotion.

### DÉSINFORMATION ET THÉORIES DU COMLOT

Les théories du complot et la désinformation liées à la vaccination sont des obstacles dominants liés au manque d'acceptation des vaccins dans la communauté et sont signalées dans 33 % (n = 244) de toutes les études de cas (39 %, n = 132, des études de cas anglophones et 28 %, n = 112, des études de cas francophones). Les théories du complot sont nuancées et, bien que les spécificités varient d'une communauté à l'autre et d'un pays à l'autre, les thèmes principaux sont cohérents et sont liés aux effets secondaires de la vaccination, aux dissimulations gouvernementales et au contrôle de la population. Ces questions dominent les rumeurs et la désinformation et, lorsqu'elles apparaissent, elles se propagent rapidement et de manière généralisée dans les communautés.

La désinformation est étroitement liée à un niveau élevé de méfiance générale à l'égard des justifications fournies pour la vaccination. Nombreux sont ceux qui pensent que la « vraie » raison de la vaccination est la planification familiale ou la stérilisation plutôt que la prévention des maladies. Cela a été rapporté dans tous les contextes et, dans la majorité des cas, il est présumé que les vaccins sont administrés par les gouvernements et les acteurs internationaux pour stériliser la population. Dans les études de cas réalisées en Afrique, il a souvent été suggéré que la stérilisation par la vaccination était une tentative de la communauté internationale de réduire et de contrôler la population africaine. L'utilisation supposée des vaccinations pour stériliser les populations a été rapportée pour un certain nombre d'antigènes: MR (Burundi), ROR (Ouganda), Ebola (RDC), polio (RDC, Cameroun, Tchad, Burkina Faso, Nigéria, Kenya), tétanos et diphtérie (Guinée, République centrafricaine, Bangladesh) et fièvre jaune (Cameroun). Les théories de conspiration liées au vaccin contre le VPH se sont concentrées sur le fait qu'il était utilisé pour limiter la fertilité des femmes. Comme l'a rapporté un Scholar travaillant au niveau national de Gambie :

*« J'ai un voisin qui a juré que sa fille ne serait jamais vaccinée contre le papillomavirus parce qu'il pense que le vaccin contient des médicaments anti-fécondité pour rendre nos filles stériles. »*

L'administration du VPH aux filles et non aux garçons a alimenté la désinformation sur ses propriétés contraceptives. Une étude de cas d'une Scholar évoluant au niveau infranational au Kenya rapporte :

*« Les leaders d'opinion ont également demandé pourquoi le vaccin était administré uniquement aux filles et non aux garçons comme tout autre vaccin. Ils ont affirmé que le vaccin contre le papillomavirus contenait des éléments de planification familiale visant à réduire la population puisque leurs filles ne concevraient plus. »*

## MÉSINFORMATION ET MANQUE D'INFORMATION

Le manque d'information en tant qu'obstacle à l'acceptation est explicitement signalé dans 8 % (n = 59) de toutes les études de cas et est mentionné plus fréquemment dans les cas survenus pendant la pandémie de COVID-19 (64 %) qu'avant (36 %). Le manque d'information était principalement lié à une connaissance insuffisante ou inadéquate de la campagne de vaccination, du vaccin lui-même et/ou du système de santé. Par exemple, dans deux cas survenus en Côte d'Ivoire, les mères ne savaient pas que les hôpitaux fourniraient des soins gratuits en cas de MAPI et avaient l'intention de ne pas vacciner leurs jeunes enfants par crainte d'une éventuelle MAPI et de la contrainte financière qui en découlerait.

## IMPACT DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 SUR LES RUMEURS ET LA DÉSINFORMATION

Les rumeurs et les idées fausses étaient plus répandues dans les cas signalés pendant la pandémie de COVID-19 (46 % (n = 342) du total des études de cas, dont 65 % (n = 222) sont des études de cas anglophones et 355 (n = 120) sont des études de cas francophones) par rapport à ceux survenus avant le déclenchement de la pandémie (41 % (n = 301) du total des études de cas, dont 49 % (n = 148) sont des études de cas anglophones et 51 % (n = 153) sont des études de cas francophones). Les chercheurs suggèrent que la vitesse à laquelle les idées fausses et les informations erronées et désinformées circulent et s'intensifient sur les réseaux sociaux a augmenté pendant la pandémie, et cela est considéré comme un facteur important du manque d'acceptation de la vaccination dans les communautés dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Le scepticisme quant à l'existence de la COVID-19 est apparu dans les études de cas de toutes les régions. Les perceptions sur les origines et la transmission du COVID-19 mettent également en évidence les thèmes de la méfiance envers les autorités et les acteurs de la réponse vaccinale. La nouvelle de l'émergence d'un vaccin contre la COVID-19 a ajouté une couche supplémentaire de complexité aux rumeurs existantes sur les vaccins « testés » sur les populations africaines par des acteurs internationaux. Les Scholars rapportent des cas où les communautés ont refusé les vaccinations de routine, croyant qu'elles étaient utilisées comme « cobayes » pour tester le vaccin COVID-19.

## Une méfiance généralisée

Dans 25 % de toutes les études de cas, une méfiance généralisée est observée comme un facteur clé du faible niveau d'acceptation des vaccins. Un certain nombre de ces cas font état d'une méfiance de longue date envers les institutions sanitaires et gouvernementales. Les communautés se demandent si leurs gouvernements et les acteurs internationaux tiennent réellement compte de leurs besoins et de leurs priorités. Lorsque les communautés n'ont pas bénéficié d'initiatives, de soutien gouvernemental, de subventions et d'autres avantages sociaux, les niveaux de méfiance sont plus élevés et contribuent de manière significative à une acceptation réduite. Six études de cas indiquent que l'incapacité du gouvernement à fournir des moustiquaires imprégnées a contribué à des niveaux élevés de méfiance. Cela prouve la nécessité de renforcer les liens entre les systèmes de soins de santé primaires et les services de vaccination de routine. Dans une étude de cas, un Scholar travaillant au niveau national au Libéria signale que :

*« La raison de leur hésitation est qu'ils ne font pas confiance au gouvernement actuel... ils ont demandé pourquoi le gouvernement fournit le vaccin gratuitement à chaque fois et pourquoi pas de la nourriture, des moustiquaires ou des médicaments ? »*

D'autres études de cas rapportent que des membres de la communauté refusent la vaccination « en signe de protestation » contre l'action ou l'inaction du gouvernement. Plusieurs études de



cas du Nigéria (5 % de l'ensemble des données (n = 36)) décrivent des scénarios dans lesquels le programme de soutien gouvernemental mis en place pendant la pandémie de COVID-19, familièrement appelé « palliatif », n'a pas réussi à atteindre certaines communautés et a été un facteur supplémentaire de refus de la vaccination. Un Scholar exerçant au niveau infranational au Nigéria suggère l'explication suivante dans son étude de cas :

*« L'hésitation est le résultat d'un grief envers le gouvernement, en particulier l'administration locale, qui a refusé de tendre la main à la communauté lors de la distribution de nourriture et de ressources pendant la période de confinement due à la COVID-19 – ce que l'on appelle les palliatifs. En creusant davantage, ... d'autres communautés proches ont bénéficié de la distribution alors qu'eux n'en ont pas bénéficié quand c'était leur tour. Il semble qu'il s'agisse d'une réaction des membres de la communauté consistant à rejeter tout ce qui vient du gouvernement jusqu'à ce que leur voix soit entendue, parce que les palliatifs leur ont été refusés lors de la dernière distribution. »*

Les séquelles de la méfiance dans les communautés marginalisées ont encore alimenté la méfiance et ajouté des couches de complexité. Ceci est bien illustré dans une étude de cas réalisée par un Scholar infranational au Cameroun qui conclut :

*« Ces personnes, à cause de la crise sociopolitique (parce qu'elles se croient marginalisées), sont convaincues que rien de bon ne peut venir du gouvernement et n'accepteront aucun vaccin, qu'il s'agisse d'un vaccin de routine, d'une campagne ou d'un nouveau vaccin. »*

## COÛT ET ACCESSIBILITÉ

Le coût des vaccins alimente également la méfiance générale. Dans un petit nombre de cas, les membres de la communauté remettent en question la capacité de leur gouvernement à fournir gratuitement des vaccins aux enfants. Ce point est souligné dans des scénarios où d'autres services et soutiens gouvernementaux sont limités en raison du manque de moyens financiers. Une étude de cas réalisée par un Scholar intervenant au niveau infranational au Nigéria souligne que la communauté :

*« s'inquiète de savoir comment [le gouvernement] peut faire en sorte que les vaccins contre la polio et d'autres vaccins leur parviennent chaque saison, alors qu'elle ne dispose pas d'un minimum d'infrastructures, comme un forage pour l'eau. »*

D'autres études de cas documentent que l'expérience antérieure de MAPI, et les coûts associés au fait d'emmener un enfant dans un établissement de santé suite à une MAPI, sont des obstacles à l'adoption du vaccin. Les Scholars font remarquer que les membres de la communauté expriment leur frustration lorsque les enfants souffrent de fièvre et de température sévères après avoir été vaccinés, ce qui oblige les parents à emmener l'enfant dans un établissement de santé. Cela oblige les familles à assumer des dépenses souvent élevées liées au déplacement vers l'établissement de santé et au paiement du traitement et des médicaments. Les études de cas réalisées en Inde mettent en évidence des coûts indirects supplémentaires liés à la fréquentation des centres de vaccination et à l'accès au traitement des MAPI, car les parents subissent également une « perte de salaire » parce qu'ils doivent s'absenter de leur travail. Au Kenya, il a été signalé que :

*« Les parents préfèrent ne pas perdre leur emploi plutôt que d'amener leurs enfants à la vaccination. »*

Si les coûts directs et indirects associés à la vaccination sont clairs, ils n'apparaissent jamais comme un obstacle isolé à la vaccination, mais aggravent plutôt les préoccupations existantes et sont signalés dans les études de cas comme des facteurs supplémentaires contribuant à la faible acceptation du vaccin.

### MÉFIANCE À L'ÉGARD DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Dans certains cas, les agents de santé contribuent aux sentiments d'incertitude et de méfiance. Un comportement négatif, une formation inadéquate (conduisant à une administration incorrecte des vaccins), un manque de connaissances techniques et une « conspiration » avec le gouvernement et les acteurs internationaux sont les raisons citées par les membres de la communauté pour expliquer leur méfiance envers les agents de santé. Il semble que les niveaux de méfiance envers les agents de santé aient augmenté pendant la pandémie de COVID-19. Dans une étude de cas portant sur une campagne de vaccination contre la fièvre jaune au Ghana, un Scholar au niveau du district se souvient :

*« L'homme a mentionné qu'il avait besoin de vérifier d'où venaient les vaccinateurs pour s'assurer qu'on ne lui faisait pas une injection de COVID-19. »*

De même, au Pakistan, un Scholar travaillant au niveau des établissements de santé rapporte dans son étude de cas au sujet d'une campagne de vaccination de routine que :

*« Il y avait beaucoup de rumeurs dans les districts voisins au sujet des équipes de vaccination sur le terrain. Ces rumeurs prétendaient que les fonctionnaires du gouvernement dans les hôpitaux et surtout les équipes de vaccination sur le terrain administraient des injections qui pouvaient causer la mort de l'enfant. »*

### MÉFIANCE À L'ÉGARD DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX ET INJECTABLES

Les études de cas mettent en évidence un niveau particulier de méfiance vis-à-vis de la vaccination contre la polio, notamment dans les pays ayant une longue histoire de campagnes de vaccination contre la polio (Nigéria, Inde). Le nombre de vaccins nécessaires pour une immunisation complète est une source de grande inquiétude pour les parents qui estiment que le dosage est « trop important ». C'est ce qui ressort de l'étude de cas d'une Scholar de niveau infranational en République démocratique du Congo :

*« Le père était réticent et hésitait à faire vacciner son enfant contre la polio. Sa principale préoccupation était le nombre des doses de vaccin VPO déjà reçues par l'enfant de manière routinière et lors de la dernière campagne de lutte contre la polio organisée deux mois auparavant dans la localité. En effet, le père considérait que les doses déjà reçues étaient suffisantes et déjà trop importantes. Avec la nouvelle dose proposée, il avait peur que cela nuise à la santé de son enfant. »*

En outre, de nombreuses personnes ne connaissent pas les multiples formes d'administration du vaccin antipoliomyélitique (oral et injectable), ce qui a renforcé la méfiance. Cette préoccupation s'est intensifiée lors des campagnes de vaccination dans les pays qui ont déjà été déclarés « sans polio ». Dans son étude de cas, un Scholar travaillant au niveau infranational au Nigéria rapporte que le père avec lequel il travaillait

*« était préoccupé par la campagne de vaccination par le VPO bien que le pays ait été certifié exempt de polio. L'enfant avait été vacciné contre la polio lors de*

*campagnes de vaccination précédentes. Le père a donc décidé que puisque la polio n'était plus un problème dans le pays, ses enfants ne recevraient plus le VPO. »*

## Effets secondaires perçus et expériences négatives de la vaccination

Les études de cas de toutes les zones géographiques indiquent que les effets secondaires perçus de la vaccination contribuent de manière significative à l'hésitation à la vaccination, bien que les effets secondaires ne soient explicitement considérés comme un obstacle que dans 8 % (n = 31) des études de cas francophones, contre 23 % (n = 80) des études de cas anglophones. Les preuves circonstancielles liées aux effets secondaires des antigènes vaccinaux suscitent des rumeurs et des théories du complot, ainsi que des informations erronées et désinformées et contribuent à la méfiance et à la peur au sein des communautés.

Les expériences de MAPI, qu'elles soient réelles ou perçues, de première main ou reposant sur des anecdotes communautaires, sont courantes. Des pays d'Afrique et d'Asie du Sud-Est ont rapporté avoir « boycotté » la vaccination en raison de ces expériences. Les effets secondaires signalés comprennent « un gonflement local au point d'injection » (DTP, Nigéria), « une paralysie cérébrale » (rougeole, Ghana), « une paralysie » (fièvre jaune, République démocratique du Congo ; méningite, Nigéria), « une fièvre » (polio, Burkina Faso ; Penta, Nigéria), « une irritabilité » (rougeole, Inde), « des diarrhées » (polio, Burkina Faso) et même des décès (rougeole, Philippines ; polio, Côte d'Ivoire ; polio, Guinée ; tétanos maternel, Bénin). Dans les cas où la MAPI s'est produite, la nouvelle des symptômes et des effets secondaires s'est rapidement répandue dans les communautés avec, parfois, un effet dévastateur. C'est ce que démontre une étude de cas en Inde, où le Scholar intervenant au niveau infranational rapporte que :

*« La communauté musulmane était opposée à la vaccination contre la polio en raison d'un cas isolé de MAPI survenu dans le passé, mais la nouvelle s'est répandue dans tout le pays comme un feu de brousse, ce qui a eu un impact considérable sur l'esprit des gens. »*

Dans un certain nombre d'études de cas, les Scholars ont fait de leur mieux pour surmonter les difficultés résultant des expériences directes avec les MAPI et pour encourager la poursuite de l'utilisation du vaccin. Leur engagement a permis d'offrir un soutien émotionnel (en faisant preuve de compassion et de réconfort) et un soutien pratique (en prenant des dispositions financières pour couvrir les coûts associés aux MAPI). Plusieurs Scholars ont exprimé leur frustration lorsque des cas de MAPI n'ont pas fait l'objet d'une enquête adéquate et, dans quelques cas, ils ont été limités dans le conseil qu'ils pouvaient offrir aux familles en raison du manque d'informations définitives sur ces cas suspects. (La MAPI est également abordée plus loin).

## Peur, sécurité et laisser-aller

La peur des vaccins, la désinformation et les fausses informations sur les effets secondaires et les théories de conspiration sur les gouvernements et les programmes alternatifs perpétuent l'anxiété au sein des communautés. La peur liée aux vaccins en général est signalée dans 9 % (n = 68) des études de cas. Cependant, dans les 342 études de cas portant sur l'engagement qui a eu lieu pendant la pandémie de COVID-19, les craintes directement liées à la pandémie sont signalées dans 16 % des cas (n = 56) et constituent un obstacle majeur à l'acceptation des vaccinations de routine et de campagne. Lors d'un entretien de suivi, un Scholar confirme que la peur des vaccins a toujours existé au sein de

la communauté avec laquelle il travaille, mais il conclut que la désinformation sur les vaccins s'est accélérée pendant la pandémie de COVID-19 et que cela a contribué à « accentuer les peurs existantes ».

La peur a été exprimée de diverses manières dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Les craintes concernant la propagation du virus COVID-19 ont été aggravées par le manque de compréhension des mesures de sécurité existante ou la mise en œuvre limitée des protocoles de protection. Au cours d'un entretien de suivi, un Scholar nigérian travaillant au niveau des établissements de santé décrit la situation qui s'est présentée dans son étude de cas :

*« Nous avons rencontré une foule de mères et leurs bébés à l'extérieur du centre. Elles ne voulaient pas entrer car elles avaient remarqué que les agents de santé et les vaccinateurs ne respectaient pas les précautions de sécurité pour la COVID-19. Après avoir fait le trajet jusqu'au centre de santé, je ne pouvais pas rester sans rien faire. Je devais les impliquer, ainsi que les agents de santé, pour m'assurer que tous ces enfants soient vaccinés en toute sécurité – en veillant à ce que les masques soient portés correctement, que des marqueurs de distanciation sociale soient en place et que les protocoles de désinfection soient clairs. »*

Les préoccupations en matière de sécurité ont été exacerbées par la désinformation et les erreurs concernant les effets secondaires des vaccins. Outre les inquiétudes concernant la sécurité du vaccin lui-même, des préoccupations concernant l'approvisionnement, la chaîne du froid et la qualité des vaccins ont également été enregistrées. Au cours de la pandémie de COVID-19, les préoccupations en matière de sécurité se sont accrues dans toutes les régions. Les détails fournis dans l'étude de cas d'un Scholar de niveau national en République démocratique du Congo (RDC) en sont une bonne représentation :

*« Toutes les informations apportées par les agents de santé communautaires et les prestataires pour garantir une demande de services de vaccination pendant la période de la pandémie de Covid-19 n'ont pas donné les résultats escomptés car la communauté n'a pas confiance dans la sécurité et l'efficacité des vaccins, mais aussi dans la qualité et la fiabilité des services de vaccination. »*

Certaines études de cas en anglais et en français démontrent le laisser-aller de la communauté vis-à-vis de la vaccination. Les Scholars (n = 60) documentent les points de vue individuels et communautaires selon lesquels il n'y a « tout simplement pas besoin » de vaccination. Dans dix de ces cas, le refus est justifié par le fait que les parents de l'enfant à vacciner et/ou d'autres enfants de la famille ne sont eux-mêmes pas vaccinés et semblent toujours être en « bonne santé », « forts » et « bien ».

## « Cas de refus pendant la semaine africaine de vaccination »

« Travaillant au niveau infranational, je suis responsable du Programme élargi de vaccination (PEV) et mon rôle principal est le suivi des activités vaccinales dans les différents districts afin d'atteindre nos objectifs de couverture vaccinale et de permettre une bonne immunisation des enfants. Cette situation s'est présentée lors de la semaine africaine de vaccination qui s'est tenue en avril 2020 dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Un cas de refus catégorique a été rapporté dans un ménage où une famille a refusé de faire vacciner 3 enfants avec le vaccin Penta. Le problème était que cette famille croyait qu'il s'agissait du vaccin COVID-19. Comme le chef de famille était absent, la mère a refusé les antigènes du vaccin. Son argument était que les vaccins étaient des tests pour le vaccin COVID-19 et qu'ils pouvaient donc nuire à la santé de ses enfants. Des jeunes hommes d'une vingtaine d'années étaient présents sur les lieux. Selon eux, cette information sur le test COVID-19 a été communiquée sur les réseaux sociaux et de nombreux militants et grandes personnalités s'y sont opposés [au vaccin]. Nous avons été surpris de constater que les mères n'avaient pas le pouvoir de décider de la santé des enfants même en l'absence du chef de famille, ce sont les jeunes hommes présents qui avaient le pouvoir de décider de ce qu'il fallait faire.

En tant que superviseur provincial, mon rôle est de veiller à l'efficacité des activités de vaccination dans les districts et j'ai la responsabilité d'aider l'équipe de communication du district à résoudre les cas de refus. J'ai essayé de raisonner les personnes présentes en expliquant que cette campagne vise à protéger les enfants contre plusieurs maladies telles que le tétanos néonatal, la rougeole et la polio. À l'aide d'images, nous avons montré aux personnes présentes les conséquences des cas de maladies évitables par la vaccination et expliqué que, grâce à la vaccination, il est rare de trouver des enfants handicapés; moins d'enfants contractent ou meurent de la rougeole; la coqueluche a presque

disparu et la méningite cérébro-spinale est devenue rare.

Nous les avons également informés sur la COVID-19 qui est apparue soudainement et pour laquelle il n'existe pas encore de vaccin. Après cette ample information, la situation semblait s'arranger. Nous avons été mis en contact par téléphone avec le chef de famille et grâce à l'intermédiaire présent parmi nous – un dirigeant communautaire recruté pour soutenir la sensibilisation aux vaccins, originaire de la localité, et qui a traduit notre présentation dans la langue locale – nous avons pu convaincre le chef de famille de faire vacciner les enfants.

L'approche utilisée est innovante car nous n'avons pas l'habitude de recruter des dirigeants communautaires comme travailleurs de proximité. Le plus souvent, ce sont les jeunes de la localité qui sont les plus demandés. Les éléments clés qui nous ont aidés par rapport à ce cas de refus sont que nous avons les boîtes à images, et disposant d'un dirigeant respecté dans la localité, nous avons pu profiter de son rang. Sa notoriété publique et sa sagesse ont permis de diffuser le message et de sensibiliser les ménages à la vaccination systématique.

Les dirigeants communautaires sont respectés dans leurs communautés et [nous] étant considérés comme des étrangers, nous n'aurions pas pu empêcher ce cas de rejet par nous-mêmes. Nous pensons que cette approche serait également pertinente ailleurs car nous avons les mêmes réalités partout. Les gens s'identifient davantage à une communauté et respectent les dirigeants qui ont à la fin le plus de pouvoir de décision que le chef de famille. Pour éviter de telles situations à l'avenir, nous suggérons de recruter ces dirigeants ou même les enfants de ces personnes, qui sont plus respectés spirituellement et dont les paroles sont respectées, comme relais pour transmettre les messages à la communauté. »

- Homme, Scholar de niveau national, Soudan du Sud

# ACCOMPAGNER LES INTERVENTIONS ET LES ACTIONS

Ce chapitre présente les facteurs qui ont contribué au succès des interventions de soutien à la vaccination. Il s'agit notamment de l'implication de multiples parties prenantes dans les activités, de l'emploi de stratégies multiphases aux niveaux individuel et communautaire, de l'adaptation des activités de sensibilisation existantes au contexte de la pandémie de COVID-19 et de l'adoption de critères de genre dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions.

## Implication des multiples parties prenantes

Les interventions ont rarement été menées par le Scholar seul, mais ont impliqué plutôt un certain nombre de parties prenantes. Dans toutes les régions, les Scholars décrivent leur travail au sein d'équipes multipartites, et les études de cas comprennent des exemples d'équipes de vaccination, d'agents de santé communautaires et de chefs communautaires, traditionnels et religieux impliqués à divers titres. Les exemples tirés d'études de cas au Kenya et au Sénégal sont révélateurs. Au Kenya, un spécialiste du district fait remarquer :

*« Nous étions une équipe multisectorielle composée d'un médecin, d'un responsable de la promotion de la santé et des vaccinateurs, d'un bénévole communautaire qui dialoguait avec le chef de la région, les facilitateurs, les anciens de la communauté et les chefs religieux. »*

Et un Scholar opérant au niveau du district au Sénégal observe :

*« Les parties prenantes dans cette situation étaient nombreuses et comprenaient les chefs de famille du village, le chef du village, les dirigeants communautaires, l'infirmière en chef, l'équipe de gestion du district, les enseignants, le comité de gestion des refus, le sous-préfet. Des mesures ont été prises pour impliquer toutes les parties prenantes et utiliser les lignes [de communication] les plus appropriées pour convaincre [la communauté]... Notre approche est recommandée, car ce qui a fonctionné, c'est la mobilisation des autorités. »*

Dans la plupart des cas où un Scholar a agi seul, l'engagement était opportuniste dans la mesure où le Scholar a identifié une occasion inattendue ou non planifiée de s'engager avec une personne ou une communauté hésitante. Lorsqu'elles se sont produites, ces interactions ont eu tendance à être organiques, moins structurées et plus informelles. Lors de l'entretien de suivi, un Scholar a expliqué l'importance d'utiliser toutes les opportunités qui se présentent pour aborder les groupes hésitants.

## DIRIGEANTS COMMUNAUTAIRES, RELIGIEUX ET TRADITIONNELS

Les dirigeants communautaires, religieux et traditionnels et les personnes influentes sont souvent impliqués dans les interventions documentées dans les études de cas et sont considérés comme jouant un rôle important dans la réussite de la vaccination. Dans certains cas, les dirigeants ont été impliqués en raison de pratiques culturelles acceptées et leur permission a été sollicitée avant que l'engagement avec la communauté ne puisse commencer. Un Scholar opérant au niveau du de district au Kenya déclare :

*« Les chefs religieux et les facilitateurs sont un point d'entrée clé pour accéder aux communautés lorsque le gouvernement a besoin d'y faire introduire les services de santé. La sensibilisation et la conscientisation devraient les cibler en tant que point d'entrée favorisés. »*

Les dirigeants sont approchés comme une porte d'entrée dans la communauté parce qu'ils peuvent être sensibilisés et/ou agir comme médiateurs entre l'équipe d'intervention et la communauté.

Une étude de cas d'un Scholar opérant au niveau infranational au Nigéria met en évidence la nature complexe de l'engagement des dirigeants et le rôle essentiel qu'ils peuvent jouer dans la diffusion des messages dans les zones les plus éloignées de la communauté :

*« Le but de la réunion était de sensibiliser les dirigeants communautaires et de découvrir les raisons de la non-conformité dans leurs communautés. J'ai ensuite mentionné les noms des familles, leurs compositions et le nombre de familles ainsi que le nombre d'enfants cibles concernés. Nous leur avons expliqué l'importance de la vaccination, non seulement contre la polio mais aussi contre toutes les maladies évitables par la vaccination. Nous avons ensuite sollicité l'aide de leur chef traditionnel pour demander à tous les dirigeants communautaires d'organiser des réunions avec ces familles et de les sensibiliser en profondeur. Nous les avons informés que lorsqu'un enfant est infecté par le virus de la polio, tous les enfants sont en danger. Ce qui fait que tout l'État risque de contracter le virus de la polio. Ensuite, des réunions ont été organisées dans toutes ces communautés, et nous nous sommes partagés (les équipes de la zone de gouvernement local) pour nous assurer que nous étions présents à toutes les réunions afin de soutenir la sensibilisation par les dirigeants communautaires. »*

Les dirigeants ne sont pas toujours réceptifs aux messages promouvant l'acceptation des vaccins. Dans certains cas, les Scholars ont dû déployer des efforts considérables pour obtenir leur adhésion aux interventions. Souvent, les activités de sensibilisation intégraient des messages de la Bible ou du Coran afin d'aligner les écritures religieuses sur les messages de santé publique. Selon un Scholar opérant au niveau du district au Nigéria :

*« La discussion a été étayée par l'utilisation d'Ayats du Saint Coran, de Hadiths et de références d'érudits islamiques, ainsi que de leur point de vue sur la vaccination – à savoir qu'il vaut mieux prévenir que guérir. »*

Dans un petit nombre de cas, les dirigeants perpétuaient la désinformation au sein de la communauté pour servir leurs propres intérêts.

Dans toutes les études de cas, la participation des dirigeants est soulignée à plusieurs reprises comme l'un des moyens les plus fiables de gagner la confiance de la communauté et comme un facteur clé de la réussite des activités. De nombreuses études de cas décrivent la valeur attachée au recours aux dirigeants communautaires comme médiateurs entre les Scholars, le personnel de vaccination et la communauté. Dans une petite minorité de cas, cependant, les informations délivrées à la communauté par leurs dirigeants n'étaient pas conformes aux informations proposées ou aux standards de promotion de la vaccination utilisées par les équipes ; au contraire, les messages des dirigeants ont pu être perçus comme coercitifs ou menaçants.

## Des stratégies à plusieurs volets

Les études de cas décrivent différents types de stratégies qui peuvent être regroupées en quatre approches d'intervention clés : conseils individuels ciblés au niveau des individus ou des ménages ; sensibilisation de la communauté pour les groupes plus importants ; réunions formelles (généralement destinées aux dirigeants communautaires et religieux) ; et sessions de formation organisées au cours desquelles des sous-groupes particuliers sont impliqués (par exemple, formation pour les enseignants religieux, les agents de santé, les groupes de jeunes, les groupes de femmes).

Les interventions ont utilisé plusieurs activités pour briser les barrières à l'acceptation. Ces activités se sont rarement déroulées de manière isolée, mais ont plutôt fait partie d'une stratégie plus large à plusieurs volets visant à accroître l'acceptation dans un contexte donné. Par exemple, un entretien individuel avec une famille à son domicile était souvent accompagné de réunions avec le chef de la communauté et renforcé par des activités de mobilisation sociale plus larges. Le nombre d'approches utilisées au cours des interventions ne semble pas avoir d'impact sur leur réussite ; les Scholars ont plutôt attribué les résultats positifs à l'utilisation d'approches multiples. Les Scholars ont caractérisé ces approches comme suit : cibler directement les populations non vaccinées ou sous-vaccinées et/ou des populations spécifiques ; accroître la sensibilisation à la vaccination ; démystifier les idées fausses et la désinformation ; améliorer la commodité et l'accès à la vaccination ; impliquer les dirigeants religieux, communautaires et influents ; et établir un système de suivi.

La plupart des échanges individuels décrits dans les études de cas révèlent un haut degré de compréhension et de compassion de la part du Scholar. Les Scholars ont indiqué qu'ils ont dû faire face à des dynamiques sensibles, à des familles en deuil et à des problèmes liés à des communautés vulnérables touchées par le déplacement ou la guerre. En République démocratique du Congo, les efforts d'une Scholar opérant au niveau infranational après le décès d'un enfant dans sa famille ont conduit à une interaction positive avec le père hésitant et à la vaccination réussie de ses autres enfants :

*« Une semaine avant la campagne, cette famille a perdu une petite fille de six ans à cause du paludisme, et j'ai saisi cette occasion pour rendre visite à cette famille que je connaissais. En tant que chargée de communication, je devais convaincre le père de famille d'adhérer à la vaccination. J'ai préparé une enveloppe [avec un mot de condoléances] pour la consolation du deuil... le père... il a toujours chassé les vaccinateurs, mais les pratiques de deuil ont continué et m'ont donné l'occasion de le rencontrer et de discuter des avantages de la vaccination. Lorsque nous sommes arrivés sur place, je me suis d'abord présentée avec ces mots : "nous sommes venus vous consoler, nous avons appris avec regret le décès de votre fille ; c'est pourquoi nous vous apportons cette petite enveloppe". »*

## Adaptation des stratégies pendant la réponse à la pandémie de COVID-19

Sur l'ensemble des études de cas, 41 % (n = 299) documentent des initiatives qui ont eu lieu avant la pandémie, 47 % (n = 342) ont eu lieu pendant la pandémie et les 13 % restants (n = 93) n'ont pas fourni cette information. Avec l'apparition de la pandémie de COVID-19, les Scholars ont identifié de nouveaux défis liés à la désinformation, aux mouvements anti-vaccination en ligne et à l'évolution des craintes. Les équipes ont été contraintes d'adapter les stratégies de communication et de sensibilisation existantes pour les aligner sur les mesures de sécurité nationales de la COVID-19. La signalisation d'approches innovantes varie légèrement entre les cas antérieurs à la pandémie de COVID-19 et ceux survenus



pendant. Sur les 299 études de cas qui ont documenté des interventions avant la pandémie, 50 % (n = 150) rapportent des approches innovantes. Sur les 342 cas qui ont documenté des interventions pendant la pandémie, 53 % (n = 181) font état d'approches innovantes.

Les études de cas qui font état d'interventions pendant la pandémie de COVID-19 soulignent souvent la nécessité d'une action rapide et innovante de la part de l'équipe d'intervention. Il s'agit principalement pour les Scholars de réagir rapidement ou de manière spécifique aux opportunités de sensibilisation, de rassurer les communautés sur leur sécurité si elles respectent les mesures de santé publique et les mesures sociales lors de l'accès aux services de vaccination pendant les périodes de confinement et de restrictions, d'inclure les messages de sécurité COVID-19 dans les interventions de promotion des vaccins et de profiter des opportunités pour démystifier les théories de conspiration et de désinformation liées à la pandémie. Un Scholar opérant au niveau du district au Nigéria suggère dans son étude de cas :

*« Après une situation de confinement, il est devenu nécessaire de concevoir rapidement des stratégies qui permettent d'atteindre les enfants manqués pendant la pandémie de COVID-19 et le confinement. »*

Suite à la pandémie, de nombreuses interventions d'acceptation du vaccin ont intégré des éléments d'éducation et d'information sur la COVID-19. Les Scholars rapportent avoir inclus des messages spécifiques liés à la pandémie de COVID-19 dans leurs activités, qu'il s'agisse de réunions d'information avec les administrations gouvernementales locales, de formations formelles pour les agents de santé ou de sensibilisation des communautés. Des exemples de la manière dont les messages COVID-19 ont été intégrés aux activités dans différents contextes sont présentés ci-dessous.

**TANZANIE** *« Dans la communauté, nous avons inclus l'éducation et l'information sur la COVID-19 dans le cadre de la promotion systématique du vaccin... Nous avons décidé de dispenser une éducation sanitaire de sensibilisation sur les modes de transmission de la COVID-19, la possibilité d'infection, la nécessité d'être en première ligne et de respecter toutes les directives de l'OMS, la procédure standard du ministère et les directives pour les agents de santé. L'objectif était d'éliminer la peur parmi les travailleurs de la santé et d'accélérer la pratique de la vaccination sans crainte puisque la communauté n'était pas fortement menacée par la maladie en raison du respect des règles sanitaires, de la réponse immédiate aux rumeurs, de l'éducation sanitaire de la communauté et d'autres mesures préventives. (Scholar opérant au niveau du district)*

**PAKISTAN** *« J'ai organisé des réunions communautaires individuelles (Bethaks) dans les principales localités de mes Union councils (plus petites subdivisions administratives au Pakistan) concernant l'importance de la vaccination de routine dans le contexte de la période COVID-19 et j'ai invité toutes les personnes influentes de la communauté du conseil syndical avec un respect strict des règles de sécurité sanitaire relatives à la COVID-19. Ils se sont adressés à la communauté en faveur de la vaccination. » (Scholar opérant au niveau de l'établissement)*

**ARGENTINE** « Je lui ai expliqué [à la personne responsable du centre de distribution des vaccins de ma ville], en veillant à ne pas l'insulter ou à ne pas compromettre son expertise, que, spécialement pendant la pandémie, les vaccinations de routine étaient censées être encouragées à tout moment et en tout lieu, et que, si les protocoles en place sont suivis, le risque d'infection par la COVID-19 lors d'un acte de vaccination est extrêmement faible. J'ai également mentionné à ce moment-là que je fais partie du Réseau Scholar COVID-19 et que ce comportement [encourager les vaccinations] était la règle dans le monde entier. »  
(Scholar opérant au niveau de l'établissement)

Une adaptation remarquable pendant la pandémie a été l'utilisation accrue des télécommunications et des approches en ligne pour l'engagement communautaire. Une étude de cas réalisée au Liban fait état de « réunions » de sensibilisation individuelles, avec des mères réfugiées syriennes et les responsables de leur communauté, qui se sont déroulées par téléphone. Au Cameroun, des cellules de veille médiatique ont été créées pour désamorcer la désinformation et les messages anti-vaccination (voir la vignette 2 au chapitre suivant) et des études de cas au Nigéria et en Inde documentent l'utilisation des réseaux sociaux pour diffuser des messages de promotion de la vaccination.

## Considérations de genre

Les questions de genre ont été prises en compte dans plusieurs études de cas. Les Scholars ont discuté de l'importance d'adopter une approche sensible au genre lors de la sélection des équipes à déployer dans des contextes spécifiques : « Notre équipe s'est divisée en deux groupes, l'un pour les hommes et l'autre pour les femmes, afin de mobiliser les membres de la communauté pour qu'ils viennent au durbar » (Scholar opérant au niveau du district, Ghana) ; « Nous étions deux (homme et femme) en plus des deux vaccinateurs... Cela a dû créer un climat de confiance » (chercheur au niveau du district, République démocratique du Congo). De plus, certaines interventions mettent en avant une approche genrée, avec des stratégies différentes pour les hommes et les femmes. La vignette 1 ci-contre présente une étude de cas réalisée au Kenya (aucune information sur le Scholar n'est fournie), qui documente une telle approche. Le texte a été extrait de l'étude de cas complète.

## Implication des forces militaires, de sécurité et de police

La collaboration avec l'armée et/ou les forces de sécurité et de police est évoquée dans un petit nombre d'études de cas (3 %, n = 22), mais seules quelques études de cas détaillent leur implication réelle. En général, les Scholars s'accordent à dire que le recours à la force est une solution de dernier ressort qui ne doit être adoptée que « lorsque la sensibilisation a échoué ». Les études de cas suggèrent une corrélation entre les cas d'hésitation à l'égard des vaccins qui ont été traités en faisant appel à des services de sécurité ou de police dans le passé et les niveaux plus élevés de réticence au sein de la communauté à s'engager avec les Scholars et leurs équipes. Cependant, certaines études de cas ont utilisé la menace de l'implication de personnels de sécurité comme moyen d'« encourager » les communautés à accepter la vaccination. Dans une étude de cas au Nigéria, un Scholar opérant au niveau du district propose que « des mesures coercitives soient utilisées en dernier recours pour protéger les gens contre eux-mêmes. » En revanche, dans une autre étude de cas au niveau national, un Scholar nigérian estime que menacer d'utiliser le personnel de sécurité pour imposer la vaccination des enfants « compromet la prévention efficace des maladies infantiles dans l'État. »

## VIGNETTE 1 :

# « Encourager l'implication des hommes dans les interventions, Kenya. »

*Aborder les hommes pour qu'ils viennent donner leur avis a été une sorte de défi, parce que je viens de ce type de communauté où les hommes ont tendance à croire que les questions relatives aux enfants sont plutôt du ressort des femmes, parce que [pour les hommes, leur rôle est] de subvenir aux besoins. Nous avons utilisé des tactiques de persuasion car notre équipe est allée dans la « tanière » des hommes, là où ils regardent ou jouent au football, là où les journaux sont vendus, parce qu'ils ont tendance à aller dans ces endroits pour discuter de la politique et des tendances, des chantiers de construction, etc. Cette action a eu lieu principalement pendant le week-end pour les activités en dehors de l'établissement, mais ceux qui sont venus pour le traitement ont été traités séparément, nous avons des formulaires de questionnaire qui nous guidaient sur ce qu'il fallait demander.*

*Certaines de ces questions étaient les suivantes: (i) Savez-vous ce qu'est la vaccination? (ii) Vos enfants de moins de 5 ans sont-ils tous vaccinés? (iii) Si la réponse à la question « ii » était oui, à quel point en êtes-vous sûr? (iv) Savez-vous pourquoi des vaccins supplémentaires sont administrés pendant les épidémies? (v) Si la réponse à la question « iv » était oui, est-ce que certains de vos enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés? Pour cette cohorte, la taille de l'échantillon était de 200 hommes*

*qui avaient spécifiquement des enfants de moins de 5 ans. Après analyse, nous avons découvert que 55 % étaient sûrs que leurs enfants avaient été vaccinés, 40 % des répondants ont dit qu'ils le pensaient parce qu'ils avaient vu/entendu que leurs mères allaient à la clinique et 5 % n'étaient absolument pas au courant parce qu'ils supposaient que c'était le travail d'une femme.*

*Nous avons demandé à un agent de santé communautaire masculin, qui était l'aîné de la communauté, de faire la plupart des discours, car nous pensions que les hommes le comprendraient mieux ou accepteraient de l'écouter plutôt qu'une femme agent de santé communautaire. Le résultat final a été un succès car nous avons au moins convaincu les hommes que c'est aussi leur devoir d'aider les femmes lorsqu'il s'agit du calendrier de vaccination des enfants. Ils ont accepté de les accompagner pendant la séance, de leur rappeler et de s'assurer qu'elles vérifient la documentation du carnet de vaccination, d'amener eux-mêmes les enfants si les femmes sont retenues (pour ce type d'hommes, lorsque nous les avons vus à l'établissement, nous leur avons donné un laissez-passer express) et ils ont également accepté de s'assurer que leurs enfants reçoivent des suppléments de VPO pendant les épidémies. Croyez-moi, sur les 7 actions que nous avons menées, celle-ci était la plus difficile de toutes, "les hommes sont une espèce difficile". »*

## « De l'hésitation à l'acceptation du VPO »

« Je travaille pour le ministère de la Santé. Cet événement s'est déroulé pendant une campagne contre la polio, avant la pandémie de COVID-19. J'étais en supervision dans un sous-comté lorsque mon attention a été attirée par un rejet en bloc du vaccin par une partie de la communauté dans une circonscription. Il s'agissait des élites du village, principalement des soignants et des anciens du village. Ils refusaient de faire vacciner leurs enfants en raison des rumeurs répandues selon lesquelles les vaccins pourraient être contaminés par des agents anti-fertilité et des substances cancérigènes dans le seul but de réduire leur population.

Mon rôle est celui d'un superviseur qui doit être capable de réfléchir avec l'équipe du sous-comté et, à l'occasion, avec le chef du département de la santé représentant l'équipe de gestion de la santé du comté (CHMT). Il est également important de noter que nous étions accompagnés de la championne de la vaccination du comté (une survivante de la polio) et d'un membre respecté de la communauté désigné comme ancien du village. Leurs responsabilités consistent à résoudre facilement et rapidement les cas d'hésitation à l'égard des vaccins pendant la campagne. Ma première action a été de m'enquérir des efforts de l'équipe de gestion du sous-comté (SCHMT) et d'autres personnes influentes de la communauté pour résoudre le refus. Après une brève discussion avec mon équipe, nous avons décidé de nous rendre dans le village.

Il s'agissait de fournir à chaque groupe (parents et anciens du village) les connaissances et les informations appropriées, afin que, lors des discussions avec les personnes hésitantes, ils puissent contribuer à la discussion et ainsi aider à persuader les personnes d'accepter le vaccin. Afin de surmonter ces hésitations, nous avons donné du temps à la championne de la vaccination, une survivante de la polio et ancienne conseillère désignée à l'assemblée du comté. Elle a raconté comment elle a

survécu à la polio, comment elle a été affectée et comment les gens l'appelaient "Jisay" en somali, ce qui signifie handicapée. Elle a raconté son histoire :

« Je suis née dans la partie rurale du comté. Mes parents sont des bergers. Ils ne connaissaient pas l'importance de la vaccination et je suis tombée malade à l'âge de trois ans. Mes parents ont abattu un animal, m'ont baignée dans le sang et ont recouvert mon corps de la peau de l'animal. » Elle a lu des passages du Coran, et elle était émue et pleurait aussi. Elle leur a raconté comment ses parents ont essayé tous les moyens et toutes les manières de la guérir, mais en vain. Elle a remonté sa robe jusqu'au genou pour montrer les attelles qu'elle portait, et elle vivra avec ces attelles pour le reste de sa vie. Elle a vraiment souffert d'une maladie incurable, mais qui peut être prévenue. Son témoignage a facilité le travail des anciens du village qui ont veillé à ce que les parents acceptent le vaccin contre la polio.

L'élément clé qui a réellement facilité mon travail est l'utilisation des champions de la vaccination du comté qui ont fait la différence par le biais du plaidoyer et d'autres activités pour soutenir la vaccination. Les champions utilisent leurs histoires de vie pour démontrer les défis auxquels ils sont confrontés en raison de leur handicap, afin d'encourager les parents et les communautés à faire vacciner leurs enfants.

Ceci est essentiel pour renforcer la généralisation des interventions actuelles et le développement d'interventions plus ciblées et adaptées au contexte qui peuvent réellement fonctionner pour n'importe quel pays, région et district. Peu d'interventions comme le recours à des survivants de la polio à Wajir se sont avérées aussi efficaces pour réduire l'hésitation à se faire vacciner. Cela permet de faire face au manque de connaissances sur les déterminants de l'hésitation vaccinale et donc d'y remédier. »

- Homme, Scholar opérant au niveau infranational, Kenya

# VERS L'ACCEPTATION DES VACCINS : MESSAGES ET DIFFUSION

Ce chapitre présente une analyse des mécanismes de diffusion, du langage et des techniques de messagerie qui ont été rapportés par les Scholars dans leurs études de cas. Les exemples de stratégies de diffusion réussies, y compris les niveaux élevés d'implication personnelle et l'utilisation des langues locales, les matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) et les réseaux sociaux, sont examinés, et les défis rencontrés par les Scholars sont soulignés. Les informations utilisées pour sensibiliser les communautés aux MAPI, au rapport coût-bénéfice et à la pandémie de COVID-19 sont discutées ainsi que les messages clés que les Scholars ont présentés aux communautés.

## Réalisation des interventions

Le style et la mise en œuvre des interventions étaient aussi importants pour la réussite de la vaccination que les activités elles-mêmes. Dans la grande majorité des cas, les Scholars ont participé directement à la diffusion des informations et des messages de promotion de la vaccination, même s'ils ont rarement agi isolément (comme indiqué ci-dessus). Les agents de santé locaux, les équipes de vaccination et les dirigeants communautaires et religieux ont souvent accompagné les Scholars sur les sites d'intervention et les ont aidés à sensibiliser les populations cibles.

### TRANSMETTRE DES RÉCITS PERSONNELS

Dans toutes les études de cas, les Scholars ont fait preuve d'un haut niveau d'implication personnelle dans la diffusion des messages visant à promouvoir l'acceptation du vaccin. Les récits personnels des Scholars et de ceux qui les soutiennent dans l'intervention (agents de santé, influenceurs, dirigeants, etc.) se sont avérés particulièrement efficaces pour communiquer les messages visant à promouvoir l'acceptation du vaccin. Un Scholar opérant au niveau national en Inde explique :

*« Le chef religieux musulman a rendu visite à la famille avec l'équipe de soins de santé primaires. Il a convaincu la mère en lui disant que le bébé de sa propre famille était déjà vacciné par le même centre de santé publique. »*

De nombreux Scholars ont partagé des récits similaires de leurs propres expériences en matière de vaccination et des histoires de leurs familles et communautés. Dans une étude de cas du Nigéria, le Scholar opérant au niveau infranational note :

*« J'en ai même rajouté en lui montrant ma cicatrice de BCG, juste pour le rassurer sur le fait que j'avais été vacciné et qu'il pouvait voir que j'allais bien. »*

Des photos et des vidéos personnelles ont été également couramment utilisées pour gagner la confiance des populations locales et favoriser un sentiment de confiance dans le processus de vaccination. Dans une étude de cas au Ghana, un Scholar travaillant au niveau du district s'est exprimé comme suit :

*« J'ai décidé d'utiliser les photos de mes enfants lorsqu'ils ont reçu les vaccins pour montrer qu'en tant qu'agents de santé, nous ne vaccinons pas seulement*

*les enfants des autres mais aussi les nôtres. Lorsqu'ils ont vu ces photos, cela les a motivés et a permis de dissiper tout doute ou idée fausse. »*

Les « démonstrations » de vaccination ont couramment eu lieu. Pour certains antigènes (fièvre jaune, poliomyélite orale), les auteurs des études de cas et leurs collègues, travaillant dans des équipes de vaccination, ont été vaccinés lors d'une démonstration publique. D'autres Scholars et membres d'équipes de vaccination ont autorisé la vaccination de leurs propres enfants devant des groupes hésitants afin de les inciter à accepter le vaccin. Des Scholars ont également rapporté des cas où ils ont ingéré des gouttes de vaccin oral contre la polio pour démontrer son innocuité.

En outre, de nombreux Scholars ont partagé leurs coordonnées personnelles, y compris leur numéro de téléphone, afin d'instaurer un climat de confiance, d'assurer un suivi et de répondre à toute autre question. Dans une étude de cas en République démocratique du Congo, un Scholar travaillant au niveau d'un établissement de santé conclut :

*« Pour gagner sa confiance, je lui ai donné mon numéro pour qu'elle me contacte si l'un de ses enfants réagissait encore au vaccin, pour que je paie les soins, ou en cas de problème, n'importe quoi... la dame peut compter sur moi. »*

Le niveau élevé d'implication personnelle semble résulter de l'engagement des Scholars envers les communautés et envers l'intervention qu'ils mettent en œuvre. Ces échanges personnels ont aidé les Scholars à établir un climat de confiance et à développer des relations honnêtes afin de favoriser l'acceptation du vaccin. Les résultats des entrevues de suivi menées auprès d'un petit sous-ensemble de Scholars ont également suggéré que le niveau d'engagement personnel pourrait être lié au manque de soutien et de directives nationales pour les équipes de vaccination travaillant dans les communautés. Une personne interrogée travaillant au niveau infranational a laissé entendre qu'elle devait trouver ses propres moyens pour encourager l'acceptation du vaccin :

*« La formation existe peut-être, mais elle n'est pas répercutée au niveau des personnes travaillant dans la communauté qui en ont vraiment besoin. »*

## Langues locales

Le style et le langage utilisés dans les messages de promotion de la vaccination varient selon les Scholars et les contextes. En réfléchissant à ce qui a bien fonctionné dans leurs études de cas, les Scholars soulignent systématiquement l'avantage d'avoir un membre de l'équipe d'intervention (eux-mêmes ou un autre) qui parle la langue locale. Il est évident que la communication dans la (les) langue(s) locale(s) est essentielle à l'engagement positif de la communauté et que l'utilisation de mots appropriés et de termes pertinents est essentielle à la compréhension locale. Parler la ou les langues locales permet aux Scholars d'adapter les messages au contexte immédiat d'une manière pertinente et appropriée. Cela permet non seulement de favoriser la sensibilisation et la compréhension, mais aussi de renforcer le sentiment de confiance et d'aider les communautés à accepter que les membres de l'équipe « font partie d'elles » (Scholar basé dans un établissement de santé, Cameroun). Les déclarations suivantes, affirmant l'importance de la langue dans la mise en œuvre des activités de sensibilisation au niveau communautaire, étaient significatives :

*« Ne jamais négliger que la langue est l'outil le plus adapté pour nous aider à instaurer une confiance parfaite avec un étranger. »  
(Scholar basé dans un centre de santé, République Démocratique du Congo)*

*« Je pense que le fait de parler la langue locale l'a mise suffisamment à l'aise pour partager avec moi ce qu'elle pensait de son hésitation à se faire vacciner et pour me donner son point de vue. »*

*(Scholar basé dans un établissement de santé, Kenya)*

Dans un petit nombre de cas, on a constaté que l'utilisation des langues locales pour transmettre les messages avec précision avait eu un impact au-delà des personnes visées. Par exemple, lorsque la sensibilisation a été délivrée dans un cadre public et dans une langue largement comprise au sein de la communauté concernée, les messages ont atteint d'autres familles et groupes de la localité par le biais du bouche à oreille. Si les rumeurs et les théories du complot peuvent se propager rapidement, il en va de même pour les messages positifs lorsqu'ils sont délivrés de manière appropriée, dans une langue facilement compréhensible. Dans une étude de cas réalisée au Nigéria, un Scholar intervenant au niveau infranational explique :

*« Les gens autour de nous qui écoutaient notre conversation – parce que je parlais dans une langue qu'ils comprenaient – ont compris et ont amené leurs enfants pour qu'ils soient vaccinés. »*

Inversement, le fait que les membres de l'équipe d'intervention ne parlent pas les langues locales et qu'aucun traducteur ne soit disponible, constitue un obstacle important à la mise en œuvre réussie des interventions.

Bien que le style n'ait pas été explicitement discuté par les Scholars, de nombreuses études de cas font référence à l'importance de faire preuve de compassion, de gentillesse et d'empathie et d'adopter une « approche douce ». Dans un petit nombre d'études de cas, cependant, les Scholars ont déclaré avoir adopté un ton ferme, expliquant qu'eux-mêmes ou les équipes de vaccination avaient utilisé un langage explicitement menaçant ou coercitif pour faire passer leurs messages. Par exemple, un Scholar opérant au niveau du district au Nigéria rapporte :

*« Je lui ai demandé si elle avait vu un enfant aux membres flasques qui ne pouvait pas marcher, et elle a répondu oui. Je lui ai dit que la polio pouvait rendre une personne infirme et que la seule façon d'éviter cela était de s'assurer que les enfants reçoivent plusieurs doses du vaccin contre la polio... C'est après ces explications qu'elle a été convaincue et qu'elle a accepté que l'enfant soit vacciné. On lui a également donné une moustiquaire pour elle et son bébé. »*

Un autre Scholar évoluant au niveau infranational au Nigéria rapporte :

*« Les dirigeants communautaires leur ont dit qu'ils avaient le pouvoir de les faire arrêter s'ils refusaient et que même après avoir été arrêtés, s'ils ne se conformaient toujours pas, on leur demanderait de quitter la communauté et de ne jamais revenir, car ils ont dit qu'ils avaient été mandatés pour s'assurer que les membres de la communauté se plient à 100 % à la loi et que des mesures appropriées seraient prises à l'encontre de toute personne qui ne s'y conformerait pas. Par conséquent, ils devraient tous obtempérer et venir les voir en cas de problème de santé. »*

## MATÉRIEL D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION ET MÉDIAS

Les ressources visuelles et le matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) sont particulièrement utiles pour soutenir des efforts de sensibilisation de la communauté. 6 % (n = 44) des études de cas ont mentionné la distribution de dépliants, de brochures et/ou de posters utilisant des images, des phrases et des slogans, souvent imprimés dans les langues locales, pour appuyer les messages oraux délivrés par les équipes de vaccination. Outre le matériel d'IEC, certains Scholars ont également utilisé des formes de médias de masse pour diffuser des informations appropriées, notamment des messages radio, des annonces publiques et des émissions de télévision.

Les images et les vidéos se sont avérées particulièrement utiles au cours des interventions visant à soutenir l'adoption de la vaccination contre la polio. Les médias visuels ont permis de rendre compte efficacement de l'impact du handicap et des conséquences de la non-vaccination pour les enfants. Dans une étude de cas en Guinée, le Scholar évoluant au niveau national signale :

*« Nous leur avons montré les images de la maladie tout en leur expliquant point par point la définition, les symptômes, la prise en charge et la prévention, ainsi que les effets indésirables de la vaccination. »*

De même, dans une étude de cas en Afghanistan, le Scholar travaillant au niveau national décrit l'utilisation de vidéos pour fournir des informations sur la transmission de la polio :

*« En montrant des images et en faisant références à des vidéos, j'ai expliqué que la polio n'est pas guérissable mais qu'elle peut être prévenue par le vaccin et qu'elle peut être éradiquée comme la variole l'a été. Nous sommes sur le point d'éradiquer la polio et nous pouvons réussir à convaincre les personnes qui refusent de se faire vacciner en leur montrant une vidéo décrivant comment une personne de l'extérieur vient dans la maison d'un parent et transmet le virus de la polio à la fille de ce parent, ce qui entraîne la paralysie de son bras et de sa jambe. »*

Les téléphones portables, en particulier les smartphones, facilitent l'accès aux vidéos et aux informations en ligne. Dans les scénarios de sensibilisation en petits groupes ou en tête-à-tête, les Scholars déclarent utiliser leurs téléphones portables personnels pour montrer des photos et des vidéos. Certains Scholars expliquent avoir téléchargé des vidéos et/ou des photos d'Internet sur leurs smartphones pour les utiliser dans des activités de sensibilisation. Un Scholar au niveau du district au Nigéria présente un exemple d'une telle approche :

*« J'ai téléchargé des vidéos de certains cas de maladies évitables par la vaccination (MEV) de YouTube sur mon téléphone. J'ai obtenu des photos des cas de MEV sur lesquels j'ai enquêté pendant la surveillance. J'ai ensuite utilisé les vidéos et les photos pour leur montrer les effets dévastateurs de ces maladies. Je leur ai parlé de certains cas de MEV sur lesquels j'avais enquêté, photos à l'appui. De nombreux membres de la communauté ont alors accepté d'amener régulièrement leurs enfants pour une vaccination de routine. »*

L'accès à Internet via les téléphones portables permet aux Scholars de fournir des informations factuelles en temps réel et l'accès à YouTube et à d'autres sites d'information est signalé comme un avantage immédiat. De nombreux programmes d'éducation et de



formation plus longs et plus formels sont dispensés à l'aide de différentes formes de médias mixtes (images, vidéos, réseaux sociaux).

Les restrictions imposées en réponse à la pandémie de COVID-19 ont affecté de nombreuses activités de sensibilisation au niveau communautaire. Pendant cette période, les médias de masse se sont avérés utiles pour soutenir la diffusion des messages tout en respectant les protocoles de sécurité locaux. Dans une étude de cas réalisée au Myanmar, le Scholar explique comment les médias de masse contribuent à la diffusion de messages visant à promouvoir l'adoption du nouveau vaccin HVP :

*« Dans cette situation, nous avons été confrontés à des limites dans l'engagement des personnes en raison de la pandémie. Mais nous nous sommes engagés auprès de la communauté par le biais des médias et de la collaboration avec les parties prenantes. »*

Dans une étude de cas du Nigéria, le Scholar évoluant au niveau infranational précise :

*« Dans le contexte de la pandémie de COVID 19, nous avons fait appel aux annonceurs de la ville pour diffuser des informations sur l'importance du vaccin. »*

## Les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux sont considérés comme un outil important pour le partage d'informations exactes, bien que les rumeurs, les informations erronées et la désinformation se propagent également rapidement sur les réseaux sociaux et les canaux médiatiques. La majorité des études de cas mentionnent que la désinformation et les théories de la conspiration sur la vaccination sont répandues sur les réseaux sociaux, ce qui a contribué à diminuer la confiance du public et la confiance générale dans les vaccins. De nombreux Scholars ont commenté la vitesse à laquelle les rumeurs se propagent en ligne. Cela était particulièrement évident dans les études de cas qui documentent une intervention après l'apparition de la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle une augmentation notable de l'utilisation des réseaux sociaux a été signalée. L'impact des réseaux sociaux sur la diffusion de l'information a été largement discuté, comme l'illustrent les témoignages suivants :

*« Depuis l'apparition de la COVID-19, la panique, provoquée par la rapidité de la contamination et surtout les rumeurs et les fake news véhiculées par ces médias et réseaux sociaux, a créé une psychose chez les parents et les responsables d'enfants. »*

*(Scholar évoluant au niveau infranational, Cameroun)*

*« L'ampleur et la profondeur de la campagne de désinformation sur l'authenticité, l'origine des vaccins, les symptômes, la prévention, les traitements et bien sûr les vaccins (hésitation) concernant la pandémie de COVID-19 sont visibles dans les groupes WhatsApp auxquels j'appartiens. »*

*(Scholar basé dans un établissement de santé, Nigéria)*

La vignette 2 présente une approche innovante au Cameroun, où des cellules de veille médiatique ont été créées pour lutter contre la désinformation et les messages anti-vaccination. Le texte est extrait de l'étude de cas complète.

#### VIGNETTE 2:

### **Mise en place d'une cellule de veille médiatique, Scholar évoluant au niveau infranational, Cameroun**

*Nous avons opté pour la création d'une cellule de veille médiatique au niveau régional et dans les districts sanitaires pour permettre la sensibilisation par une participation active et continue aux émissions radiophoniques, la rédaction et la publication de réponses à toutes les rumeurs véhiculées, la clarification de l'opinion sur les fake news. La création et la redynamisation de messages d'information sur WhatsApp permettent le partage d'informations utiles, la mise en place de séances de discussions éducatives et d'organiser des visites à domicile sur l'importance de la vaccination malgré le contexte de la COVID-19.*

*Nous avons choisi ces actions pour répondre au problème de la prolifération des fake news et des rumeurs liées à la vaccination dans le contexte de la COVID-19, afin d'amener les personnes devenues réticentes à reprendre la vaccination de routine ou les AVS [activités de vaccination supplémentaires]. Nous avons ainsi pu renforcer le soutien aux réunions de plaidoyer des différentes autorités administratives et traditionnelles, à l'action des autorités religieuses par l'envoi de communiqués de presse à distribuer dans les églises et les mosquées, et également identifier les influenceurs publics, les former et les intégrer dans des équipes de sensibilisation communautaires sur les bénéfices de la vaccination malgré la COVID-19.*

## Informations et messages

Dans toutes les études de cas, les messages visant à encourager l'adoption de la vaccination sont axés sur la promotion des avantages de certains vaccins et sur le démenti des rumeurs et des idées fausses. Les messages destinés aux parents et aux personnes s'occupant des enfants étaient axés sur les thèmes de l'amour, de la protection et de l'absence de danger. Dans une étude de cas au Pakistan, un Scholar travaillant au niveau du district déclare :

*« Nous leur disons que tous les parents aiment leurs enfants et qu'ils ne veulent à aucun prix leur faire du mal. »*

L'importance de la vaccination est souvent présentée non seulement en termes de bénéfices pour la santé d'un individu, mais aussi en termes d'atténuation de la propagation des maladies, de renforcement de l'immunité collective et de promotion de la bonne santé de la population. Dans une étude de cas réalisée au Nigéria, le Scholar présent au niveau infranational s'exprime ainsi :

*« Je leur ai dit qu'un enfant touché par le virus de la polio peut infecter plus de 200 enfants. Cela signifie que tous les enfants éligibles doivent être vaccinés dans les zones touchées et les zones voisines. »*

Dans de nombreux cas, les informations visant à promouvoir les avantages de la vaccination ont été renforcées par des déclarations sur l'impact de la non-vaccination. Ces messages mettent l'accent sur les risques associés à la non-vaccination d'un enfant, qui sont abordés en termes de maladie, de handicap et de risque de décès. Des vidéos et des images d'enfants handicapés ont été utilisées pour souligner les implications à long terme du handicap et ont été fréquemment utilisées dans les communautés où le taux de vaccination contre la polio est faible. Certains Scholars indiquent qu'ils mettent l'accent sur le « fardeau » que représente un enfant handicapé et les limites que le handicap imposera à leur vie. Dans une étude de cas au Nigéria, le Scholar évoluant au niveau infranational témoigne :

*« [Je leur ai dit] qu'ils ne devaient pas compromettre la vie de leurs enfants... parce que tout enfant qui contracte le virus de la polio, si un signe se manifeste, ne peut être guéri et leurs enfants ne peuvent devenir conseiller de leur quartier ou président du gouvernement local ou gouverneur s'ils ont une malformation. »*

Dans un petit nombre d'études de cas, les Scholars se sont référés à des exemples de personnes célèbres souffrant d'un handicap, ou de personnes connues dans la communauté pour vivre avec un handicap parce qu'elles n'ont pas été vaccinées. Au Kenya, où de nombreuses études de cas portaient sur le vaccin contre le VPH, les Scholars déclarent utiliser des images de cancer du col de l'utérus pour encourager la vaccination.

Certains Scholars francophones indiquent avoir fourni aux parents des renseignements pertinents sur le calendrier de vaccination de l'enfant. Les Scholars expliquent l'importance de vacciner à temps en respectant les dates prescrites dans les passeports ou carnets de santé des enfants. Dans certains cas, ils ont également pris le temps d'expliquer la raison d'être du calendrier de vaccination et l'importance et les avantages du respect du calendrier pour assurer l'immunité de l'enfant. Ce thème est apparu moins fréquemment dans les données des études de cas anglophones.

## Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI)

Dans le cadre des efforts visant à réfuter les idées fausses, les Scholars évoquent souvent les effets secondaires potentiels de la vaccination pour aider les communautés à comprendre les MAPI. Les Scholars estiment que cela est particulièrement important dans les cas où le manque d'acceptation du vaccin est lié soit à une expérience négative antérieure, soit à un cas de MAPI (perçu ou réel). Les Scholars fournissent des informations sur les effets secondaires à prévoir pour un antigène donné et, dans la mesure du possible, fournissent des informations précises pour dissiper les perceptions erronées. Dans une étude de cas de la République Démocratique du Congo, un Scholar travaillant dans un centre de santé a déclaré :

*« Nous avons reconnu l'existence d'effets secondaires, comme pour tout autre médicament, nous avons expliqué les circonstances dans lesquelles ces effets secondaires se produisent, et ce qu'il faut faire en cas d'occurrence, puis nous avons expliqué les avantages de la vaccination. Nous avons fait comprendre à la maman que le vaccin n'est pas la cause de la fièvre. S'il y a eu une réaction, c'est qu'il y avait une maladie cachée. »*

Certains Scholars expliquent qu'ils ont fait appel à des agents de santé et à des membres du comité local de gestion des vaccins pour apporter des éclaircissements sur des cas spécifiques de MAPI et pour soutenir les messages de sensibilisation.

## Coût-bénéfice des vaccins

Dans leurs études de cas, plusieurs Scholars indiquent avoir utilisé un argument coût-bénéfice pour promouvoir la vaccination, en soulignant les efforts du gouvernement et des acteurs internationaux pour procurer gratuitement des vaccins à la population. Comme nous l'avons vu plus haut, la fourniture de vaccins gratuits contribue, dans certains contextes, au scepticisme, alimentant les rumeurs et ajoutant aux niveaux de méfiance envers le gouvernement et les acteurs internationaux. Certaines personnes, cependant, étaient plus préoccupées par les coûts qui seraient encourus si un enfant avait besoin de soins supplémentaires (par exemple, à la suite d'une MAPI) que par les coûts de la vaccination elle-même. Dans un petit nombre d'études de cas, les Scholars indiquent qu'ils ont proposé un suivi gratuit lorsque les obstacles à l'acceptation du vaccin étaient liés aux coûts anticipés d'une MAPI. D'autres messages sur les coûts et les avantages étaient axés sur la promotion de la vaccination comme moyen d'éviter les coûts futurs des soins de santé associés au traitement de maladies comme la polio et la rougeole. Comme l'a fait remarquer un universitaire du Kenya dans son étude de cas :

*« Nous avons fourni une éducation sanitaire sur la rougeole et l'importance du vaccin. J'ai dit à la mère : "Imaginez que votre enfant soit hospitalisé pour la rougeole, ne pensez-vous pas que vous allez dépenser trop d'argent dans l'établissement de santé pour le traitement de cet enfant ?" »*

## **Messages relatifs à la pandémie de COVID-19**

Dans les études de cas qui ont documenté une intervention pendant la pandémie de COVID-19, les Scholars ont fréquemment mentionné leurs tentatives pour démentir les informations erronées et désinformées sur le vaccin COVID-19 par des messages continus de promotion du vaccin. Les informations relatives à la COVID-19 comprenaient la confirmation de son existence et de sa propagation dans le monde, l'importance de respecter les mesures de sécurité gouvernementales et la clarification du processus de réglementation rigoureux pour l'approbation des vaccins chez l'homme. Il a souvent été constaté que la fourniture d'informations sur la COVID-19 constituait une plateforme pour des messages de promotion de vaccins plus ciblés. Dans une étude de cas en Côte d'Ivoire, un Scholar se souvient :

*« Nous sommes allés à la rencontre de chaque communauté pour réfuter les rumeurs erronées concernant le vaccin COVID-19 et pour leur montrer les avantages de la poursuite de la vaccination systématique. »*

Un autre Scholar, de Côte d'Ivoire, conclut également :

*« C'était alors le moment pour moi d'éduquer le monsieur sur l'importance de la vaccination et de briser ce lien qu'il a fait avec la COVID-19. »*

## Refus communautaire du vaccin contre la polio pendant la pandémie de COVID-19

*Je travaille en tant qu'agent de surveillance médicale et je suis responsable de la qualité de la mise en œuvre des AVS, de l'éradication de la polio, de l'élimination de la rougeole et de la rubéole, de la surveillance des maladies transmissibles sexuellement, du soutien à la vaccination de routine et de la surveillance des maladies infectieuses aiguës. Voici une histoire récente... L'Inde menait une AVS sur le VPO et la polio après un blocage dû à la pandémie de COVID-19. Les agents de santé communautaires et les agents de santé étaient tous deux dans l'appréhension. À cause de la COVID-19, les gens évitaient toute interaction avec quiconque. Les gens craignaient que le virus ne brise la confiance, personne n'avait jamais connu une telle situation dans sa vie. Bien que le ministère ait publié des lignes directrices pour la campagne, celles-ci n'ont pas été correctement suivies au niveau de la mise en œuvre pour plusieurs raisons, notamment la forte demande d'agents de santé dans les sites COVID-19, la préparation du confinement, la recherche quotidienne des contacts et le recrutement massif de nouveaux agents de santé.*

*Lorsque j'ai atteint une certaine zone pendant le suivi, j'ai trouvé des enfants de la communauté non vaccinés. Après enquête, j'ai découvert que la communauté était réticente parce qu'elle avait peur et que l'équipe de vaccination était nouvelle dans son travail et dans cette zone. Les deux vaccinateurs étaient des hommes et n'avaient pas de carte d'identité. Ces familles étaient éduquées mais craignaient la vaccination dans le cadre de la pandémie de COVID-19, [elles n'étaient] pas sûres que le vaccin contre la polio était fiable pendant la pandémie de COVID-19. Elles appréhendaient de voir deux vaccinateurs inconnus se déplacer dans les rues pendant les activités de porte-à-porte de l'AVS. Cela s'est produit parce que les vaccinateurs locaux ont été déplacés dans d'autres zones pour le travail sur la COVID-19 et d'autres tournées de vaccination contre la polio.*

*J'ai donc parlé aux membres de la famille et j'ai essayé d'identifier les vrais problèmes et leurs préoccupations. Puis j'ai appelé le médecin de la région et j'ai parlé aux équipes de vaccinateurs. J'ai pris le temps de rassurer les familles et de leur présenter la nouvelle équipe chargée de la polio. J'ai parlé aux vaccinateurs et insisté sur l'importance de porter leur carte d'identité, et j'ai dispensé une formation sur le tas pour m'assurer qu'ils avaient compris qu'il fallait se présenter avant de vacciner. J'ai également demandé au responsable médical de modifier la composition de l'équipe et de prévoir au moins une femme et un membre local. Je portais ma carte d'identité*

*afin que la communauté puisse se détendre en sachant que je suis un agent authentique. Ensuite, j'ai présenté les membres de l'équipe en disant : « Vous voyez, ces deux vaccinateurs sont déployés et formés par le gouvernement. La seule chose est qu'ils sont déployés pour la première fois dans votre région. Votre agent de santé local a été affecté à la mission COVID-19 et il sera bientôt de retour pour se joindre à l'équipe. » Pour répondre à leurs inquiétudes concernant la sécurité du vaccin VPO pendant la pandémie de COVID-19, j'ai expliqué : « Vous voyez, selon les experts du monde entier. Le vaccin contre la polio est sûr même pendant la pandémie COVID-19 et si votre enfant ne reçoit pas la dose de vaccin contre la polio, cela peut provoquer une paralysie incurable ou dans certains cas la mort. La polio cherche à faire survivre l'enfant non vacciné, et je pense que vous ne laisserez pas votre enfant être une victime du virus de la polio. Je sais qu'en tant que parents, vous protégerez votre enfant de toutes les maladies, y compris la polio. »*

*Les familles ont été soulagées de nous identifier comme appartenant véritablement au département de la santé et ont permis à leurs enfants d'être vaccinés. Un membre âgé de la communauté a pris l'initiative et a demandé à toutes les familles de se présenter pour la vaccination. Finalement, tous les enfants ont été vaccinés. En comprenant leurs préoccupations et en abordant ces questions de manière appropriée, la communauté hésitante s'est présentée et a été vaccinée. J'ai été surpris de voir qu'un membre âgé de la communauté a également pris les choses en main, s'est déplacé avec nous et a demandé aux familles de se faire vacciner. Nous avons également été surpris de constater les changements de comportement de la communauté après avoir répondu correctement à ses préoccupations. Plus tard, les membres de la communauté ont commencé à discuter des avantages de la vaccination entre eux et nous ont salués lors de notre départ. Je me suis attaché à écouter les préoccupations de la communauté et à agir en conséquence. Cette approche n'est pas nouvelle, mais sur le terrain, il est rare que nous l'adoptions correctement. C'est pourquoi je recommande d'écouter et d'essayer de comprendre les préoccupations de la communauté d'abord, puis de formuler votre réponse.*

*Je peux vous dire que cette expérience a changé ma vie. Elle a changé ma pratique et m'a fait penser différemment à ma façon de travailler, en tenant compte de ce à quoi je ne pensais pas auparavant.*

*Homme, Scholar travaillant au niveau infranational, Inde*

# RISQUE, CONTEXTE ET REPRODUCTIBILITÉ

Dans leurs études de cas, les Scholars devaient mentionner les risques et les considérations éthiques associés à leurs interventions, les facteurs contextuels en jeu et la reproductibilité globale de leur intervention.

Les interventions et les actions documentées par les Scholars dans leurs études de cas présentent parfois un certain nombre de risques. Le plus souvent, les Scholars ont relevé des risques associés à des réactions négatives potentielles de la communauté envers les équipes de vaccination ou leurs messages, ou envers l'intervention elle-même. Pour atténuer ces risques, les Scholars déclarent avoir pris en compte les considérations contextuelles appropriées avant de mettre en œuvre toute activité. Le recrutement de dirigeants locaux, de personnes influentes dans la communauté et d'agents de santé respectés pour soutenir les interventions au niveau communautaire a été la stratégie la plus fréquemment citée pour s'assurer que les Scholars et les équipes de vaccination seraient acceptés sans subir de menaces. Dans l'ensemble des études de cas, l'incorporation de mesures appropriées pour aborder les normes sociales, les coutumes, les questions linguistiques, la hiérarchie sociale et la dynamique du pouvoir est corrélée à un niveau de menace perçue plus faible et à un plus grand niveau d'acceptation par la communauté. Un certain nombre d'études de cas mettent en évidence les conséquences négatives de la réalisation d'interventions sans avoir pris en considération les mesures appropriées.

Les activités au niveau des ménages et de la communauté ont entraîné des risques tangibles pour la sécurité de l'équipe. En ce qui concerne les activités en tête-à-tête avec les individus, certains Scholars mentionnent des craintes liées à l'incertitude de l'accueil qu'ils recevraient à leur arrivée dans une propriété ou une habitation et au « potentiel de danger » (Scholar infranational, Éthiopie). La sécurité des équipes d'intervention était prioritaire et plusieurs facteurs ont contribué aux niveaux de risque perçus par les Scholars. Bien qu'il soit noté dans de nombreuses études de cas que la collaboration avec les parties prenantes pertinentes est essentielle pour le succès des activités d'engagement (comme indiqué ci-dessus), il est également observé qu'une attention particulière doit être accordée à chaque situation spécifique.

L'engagement des principales parties prenantes, bien qu'important dans l'ensemble, a parfois compliqué davantage la dynamique. Par exemple, certaines études de cas ont décrit les risques associés au fait de permettre aux dirigeants communautaires de mener le dialogue, car cela pouvait conduire à des messages inappropriés, des menaces et de la coercition. Dans une étude de cas du Nigéria, un Scholar exerçant au niveau infranational décrit la situation suivante :

*« En réponse... le chef du village l'a averti, lui et toute autre personne, que quiconque entraverait à nouveau les activités de santé dans cette communauté par son action ou de toute autre manière, cette personne serait sévèrement punie – par exemple, elle serait tenue à l'écart et ne serait pas autorisée à cultiver ses terres... »*

## Politique et violence

La probabilité qu'un professionnel de la vaccination soit rejeté par une communauté semble plus élevée si la communauté a été touchée par une MAPI, en particulier si celle-ci a entraîné une maladie grave ou un décès. Dans de telles situations, les Scholars perçoivent le risque de violence comme étant plus élevé. Toutefois, le fait d'impliquer les personnes influentes de la communauté permet souvent de désamorcer la situation. Les détails fournis dans une étude de cas du Burkina Faso sont révélateurs :

*« Les limites étaient que le forgeron pouvait nous agresser car il était farouchement opposé à la vaccination et avait initialement accusé les agents de santé d'avoir causé la mort de son enfant par la vaccination. Cependant, en prenant soin de demander un rendez-vous avec le chef de quartier et en étant entourés d'agents de vaccination, nous avons limité le risque. »  
(aucune information fournie au niveau du système Scholars)*

Lorsque des niveaux élevés de méfiance à l'égard du gouvernement sont signalés, les risques potentiels pour la mise en œuvre réussie des interventions sont supposés être plus importants. Certains Scholars évoquent les défis qui se posent lorsque des représentants des administrations locales sont incorporés dans les activités de sensibilisation de la communauté, en particulier pour la gestion des cas de refus de vaccins dus à la méfiance envers le gouvernement. Dans plusieurs études de cas, les Scholars rapportent que les communautés pensaient que le personnel de vaccination est aligné sur les partis gouvernementaux et elles ne sont donc pas disposées à s'engager avec eux en raison de leur différence d'affiliation politique. Comme l'a conclu un Scholar travaillant au niveau du district dans son étude de cas au Ghana :

*« Parce qu'ils [les agents de santé] distribuaient le vaccin, cela empêchait les gens de se faire vacciner, car les gens ont une forte affection pour leurs partis politiques et croient les rumeurs liées à la politique. »*

Les études de cas de la République démocratique du Congo mettent en évidence des niveaux accrus d'insécurité et de violence perçues, que les Scholars attribuent aux tensions politiques et aux troubles sociaux résultant des épidémies d'Ebola de 2018-2020. Les idées fausses largement répandues sur les vaccins contre Ebola et la méfiance accrue envers les agents de santé et le gouvernement dans le contexte d'Ebola ont aggravé le sentiment de malaise.

Un petit nombre d'études de cas rapporte que des équipes de vaccination ont effectivement été blessées ou lésées lorsqu'elles travaillaient dans des zones de conflit ou dans des environnements politiques instables. Dans une étude de cas du Cameroun, un Scholar évoluant au niveau infranational explique :

*« Ce cas est celui de l'hésitation face aux vaccins dans la communauté anglophone. Depuis quatre ans, les communautés anglophones sont en proie à un grave conflit entre l'État et les séparatistes dans le cadre de la lutte pour l'indépendance. Une grande partie des membres de la communauté soutient les séparatistes et rejette par conséquent presque toutes les activités parrainées par le gouvernement. Ces cas d'hésitation ont été identifiés dans*



*une communauté lors de la campagne de vaccination contre la poliomyélite. Nous utilisons principalement la stratégie du « hit and run » [administrer les vaccins dans la communauté et partir le plus rapidement possible] mais, pendant ce temps, la population a rejeté cette campagne [pensant] que le gouvernement voulait éliminer la population anglophone en chargeant le vaccin avec le virus COVID-19. Il convient de noter qu'il n'y a pas d'installations sanitaires fonctionnelles, pas de chef traditionnel, pas de chefs religieux dans cette communauté en raison de la guerre. Ils ont tous cherché refuge dans les régions voisines. Certains membres du personnel de santé de l'État ont été tués pendant cette crise. »*

## Risques liés à la pandémie de COVID-19

Dans plusieurs des études de cas documentant une intervention pendant la pandémie de COVID-19, le risque perçu pour l'intervention portait sur la capacité du Scholar/de l'équipe à gérer les mesures de sécurité de la COVID-19. Certains Scholars soulignent que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour s'assurer que les équipes respectent les protocoles de sécurité afin de minimiser le risque de transmission lors des activités de promotion de la vaccination. Plusieurs études de cas soulignent qu'en raison du confinement et de la mise en quarantaine, les ressources humaines sont devenues de plus en plus limitées. Les agents de santé ont été réaffectés aux efforts de réponse à la pandémie, ce qui a réduit la disponibilité du personnel pour les programmes de vaccination. Cela a eu un impact supplémentaire sur la capacité des campagnes de sensibilisation, du suivi et des activités de supervision.

## Considérations éthiques

Dans le cadre de la grille critériée des études de cas, les Scholars ont été interrogés sur les considérations éthiques de leur intervention spécifique. Bien que la plupart d'entre eux aient nié toute préoccupation éthique, l'analyse des études de cas a révélé un certain nombre de situations où les interventions et les actions des Scholars et de leurs équipes ne sont pas conformes aux normes éthiques reconnues en matière de bonnes pratiques. En particulier, des problèmes de coercition et d'absence de consentement éclairé ont été relevés. Dans un petit nombre d'études de cas, les Scholars reconnaissent que leurs actions ne sont peut-être pas « l'approche recommandée » et réfléchissent à l'impact des leçons apprises pour leur pratique future. Dans une étude de cas en Côte d'Ivoire, le Scholar travaillant au niveau du district a réfléchi :

*« Le problème éthique est que je l'ai subtilement menacé... A-t-il coopéré parce que j'ai parlé d'emprisonnement ou a-t-il coopéré parce qu'il a vraiment compris la valeur et l'importance de la vaccination ? Je ne le saurai jamais. Ce que je ferai différemment, c'est d'éviter de parler de cette loi qui oblige les parents à faire vacciner leurs enfants sous peine d'emprisonnement. »*

## Reproductibilité des interventions

Dans 40 % des études de cas analysées, les Scholars affirment que leurs interventions peuvent être reproduites dans d'autres contextes géographiques et culturels. De nombreux Scholars soulignent que l'adaptation d'une approche aux besoins d'un individu ou d'une communauté est fondamentale. Les Scholars s'entendent généralement pour dire qu'il est possible et pratique de reproduire les interventions et que lorsque les interventions sont conformes aux approches approuvées (par le gouvernement et/ou les ONG), elles peuvent être adaptées de façon appropriée pour assurer une mise à l'échelle.

En revanche, une minorité de Scholars déclare que leurs actions ne sont pas transposables dans d'autres contextes. Dans la plupart des études de cas où cela a été constaté, des mesures spécifiques et parfois inhabituelles ont été prises. Dans une étude de cas au Tchad, par exemple, un Scholar travaillant dans un centre de santé conclut que :

*« Dans un contexte différent, il y a des risques potentiels ou des problèmes éthiques probables qui peuvent survenir si nous adoptons cette même technique, ce qui entraînera une perte de confiance de la population, une perte de crédibilité de votre sens du professionnalisme vis-à-vis de votre hiérarchie, conduisant à une augmentation des refus de vaccination. »*

Dans un petit nombre d'études de cas francophones, la nécessité de prendre en compte des « considérations anthropo-sociologiques » et de mettre davantage l'accent sur la compréhension de la communauté a été identifiée. Plusieurs exemples concernent l'engagement communautaire multidisciplinaire avec les communautés Twa en République démocratique du Congo.

## Vaincre la résistance à la vaccination par la communication interpersonnelle et la communication pour le changement de comportement

*Il y avait un groupe d'une secte religieuse résistant à la vaccination qui prétendait traiter toutes les maladies spirituellement et n'acceptait pas les médicaments des Blancs. Mais après enquête, certains parents ont tout simplement refusé par peur du vaccin, et ont déclaré qu'en cas de fièvre ou de maladie après l'administration du vaccin, ils devraient se rendre au centre de santé et seraient obligés de payer les frais de traitement, même si cela était parfois dû au vaccin administré par les agents de santé.*

*Nous avons organisé des réunions avec des personnes influentes identifiées au sein de ce groupe et avons donné des explications sur la fabrication et la mise en service des vaccins, en faisant de la sensibilisation sur le traitement de certaines maladies et la prévention par la vaccination. Il y a également eu une enquête de porte-à-porte et une sensibilisation des ménages sur la vaccination et les MAPI (leur apparition, leur traitement, le système mis en place pour les éviter). Et nous avons utilisé des intermédiaires communautaires et des observateurs indépendants pendant l'enquête pour profiter de la sensibilisation des ménages.*

*Après avoir convaincu certains des dirigeants du groupe, les sites de vaccination ont été déplacés et un site a été installé au sein de leur église. Nous avons également fait en sorte que, dans certains cas, la vaccination ait lieu le soir et avons fait appel aux enfants du personnel soignant pour les montrer en train de se faire vacciner en présence de la population. La couverture vaccinale de la campagne était de 98,6% à la fin. Le processus d'enquête et de vaccination s'est poursuivi deux jours après la fin de la campagne dans ces localités pour atteindre davantage d'enfants cibles. Pour ce succès nous avons bénéficié de l'appui des agents de santé communautaire, des observateurs indépendants, des superviseurs de la zone de santé et des responsables de certains foyers et des chefs religieux que nous avons convaincus de faire écho à la sensibilisation de la population. L'ampleur de la sensibilisation et la durée de la campagne dans ces localités ont permis à de nombreuses personnes qui*

*s'étaient réfugiées dans les forêts ou qui pratiquaient des activités rurales d'en sortir même pour la vaccination.*

*Face aux réticences, il faut innover un peu, par exemple en vaccinant les enfants du personnel soignant en présence de la population pour convaincre de la sécurité même des vaccins. Cette démarche s'est avérée productive au vu des résultats. En tant que personnel de santé, donner l'exemple en matière de vaccination incite les autres à faire de même, tout comme le fait de faire appel à des personnes influentes dans la communauté. Nous avons réfléchi aux approches recommandées et avons essayé de les adapter au contexte dans lequel nous nous trouvons. Rassurer la population sur la gestion gratuite des cas de manifestations postvaccinales indésirables, qui restent pour le moins très négligeables, et lui expliquer les mesures prises pour les minimiser. Le fait d'accepter de déplacer le lieu de vaccination dans l'église de la secte et de vacciner le soir pour certains a également permis de rallier plusieurs adeptes.*

*Je recommande à l'avenir de favoriser l'approche de communication interpersonnelle et de changement de comportement dans la résolution des cas de refus/résistance. Et de toujours habituer la communauté à notifier les cas de MAPI, d'adopter une attitude de signalement, qu'ils soient bénins ou graves, et de retourner là où l'enfant a été vacciné en cas de MAPI, car une mauvaise information sur les MAPI peut provoquer une hésitation face aux vaccins. Une enquête pour identifier les causes des cas de refus est toujours nécessaire pour imaginer et adapter des actions spécifiques qui pourraient avoir un effet positif pour chaque communauté en fonction de ses us et coutumes. Depuis cette expérience, j'ai utilisé la même approche à plusieurs reprises, mais l'engagement change dans chaque cas et parfois nous sommes plus limités dans nos actions. La chose la plus importante que j'ai apprise est de maintenir une communication et un contact constants avec la communauté.*

*- Homme, Scholar travaillant au niveau du district, République démocratique du Congo*

# SURMONTER LES OBSTACLES À L'ACCEPTATION – LEÇONS ET RECOMMANDATIONS

Ce chapitre présente des réflexions sur ce qui a bien fonctionné, les leçons apprises et les recommandations pour l'avenir, telles que suggérées par les Scholars de la Fondation Apprendre Genève. Les recommandations sont fondées sur l'expérience de chaque Scholar dans son contexte particulier; toutefois, elles sont largement cohérentes dans l'ensemble des données. Les Scholars ont identifié les facteurs qui ont contribué au succès de leurs interventions dans les études de cas et les ont appliqués à des recommandations pour leur travail futur ou celui d'autres personnes. Quatre thèmes interconnectés ont été identifiés: inclusion et engagement de la communauté, implication des facilitateurs de la communauté, travail d'équipe et collaboration, et communication.

## Inclusion et engagement de la communauté

Les membres de la communauté qui se sont engagés dans les interventions ont introduit des perspectives différentes dans le débat sur la vaccination. Des appels ont été clairement formulés pour que les interventions d'acceptation des vaccins « rencontrent les gens là où ils sont » et que les activités soient adaptées aux besoins de la population. Dans 28 % des études de cas (n = 206), les Scholars indiquent explicitement que l'engagement de la communauté – établir la confiance et développer la sensibilisation – est un facteur clé pour l'acceptation du vaccin, mais cela est plus ou moins implicite dans la majorité des études de cas. De nombreux Scholars soulignent que la communauté devait être incluse dans les campagnes de vaccination, voire être « au cœur » de celles-ci, pour qu'elles soient couronnées de succès. L'étude de cas d'un Scholar nigérian travaillant au niveau infranational est représentative à cet égard :

*« L'approche de l'engagement communautaire (initialement un à un) a beaucoup aidé à résoudre le problème de l'hésitation face aux vaccins dans la communauté que j'ai visitée. Il s'agit d'une méthode habituellement utilisée pour résoudre des problèmes de ce type. »*

Dans de nombreux cas, l'engagement continu de la communauté avant, pendant et après les campagnes de vaccination a été encouragé. Il s'agissait d'écouter les préoccupations de la communauté avant de mettre en place et de diffuser des stratégies de communication adaptées, de reconnaître leurs inquiétudes et de les rassurer. Dans une étude de cas du Myanmar, le Scholar travaillant au niveau national précise :

*« Un autre point important est d'écouter les personnes inquiètes et de les rassurer pour qu'elles soient sur la bonne voie. Nous avons tiré des leçons, le personnel de vaccination doit être poli, patient et s'engager auprès des parents pour augmenter la demande de vaccins dans la communauté. »*

De même, un Scholar indien exerçant au niveau du district affirme :

*« L'histoire de cette réussite montre que, pour gagner la confiance, nous devons écouter et établir une relation avec les membres de la communauté. Ceci est de la plus haute importance et peut aider à surmonter l'hésitation à se faire vacciner à grande échelle. »*

Et, dans une étude de cas en Ouganda, un Scholar travaillant au niveau national déclare :

*« En substance, le succès de l'intervention peut être attribué aux efforts déployés pour chercher à comprendre le public cible, pour faciliter un dialogue ouvert et intégrer les activités aux processus et systèmes familiaux. »*

L'intégration d'activités qui répondent directement aux préoccupations et aux besoins de la communauté donne de bons résultats suggèrent les Scholars dans leurs études de cas. En utilisant cette approche, ils se sentent mieux placés pour répondre directement à la désinformation anti-vaccins.

Les Scholars ont constamment souligné que l'écoute, la compréhension, le réconfort et la compassion étaient des outils clés pour établir des relations et accroître l'engagement et la participation de la communauté. Ils remarquent que les craintes et les problèmes de méfiance doivent être abordés directement plutôt qu'évités, mais qu'il est nécessaire d'établir des niveaux de confiance suffisants pour créer des espaces sécurisés où les membres de la communauté peuvent discuter honnêtement et librement de questions sensibles et de leurs sentiments d'anxiété. Dans une étude de cas du Nigéria, le Scholar basé dans un établissement de santé explique :

*« Pour moi, cette expérience démontre la nécessité de rester très engagé dans le processus de conseil aux parents et aux autres responsables des enfants. De toute évidence, il existait un fossé de communication pour cette mère en ce qui concerne ses croyances et sa méfiance vis-à-vis de la vaccination. Il était important de ne pas porter de jugement, mais d'aller à la racine du problème et, une fois que l'on a découvert qu'il s'agissait d'un problème de communication, de communiquer les informations appropriées et d'obtenir le retour du patient pour s'assurer que le bon message a été communiqué. Je recommande à tout collègue confronté à une situation similaire de faire preuve de compassion, d'intérêt et de compréhension tout en engageant la conversation avec la personne concernée. Dans le processus, essayez d'apaiser ses craintes en utilisant la logique, des exemples concrets et des histoires courtes (si vous en avez) et essayez d'impliquer les dirigeants communautaires ou d'autres personnes influentes et respectables de la communauté afin de renforcer la confiance. »*

Les recommandations des Scholars, fondées sur les expériences spécifiques qu'ils ont documentées, portent également sur la pérennité de l'engagement communautaire. Ils notent que les efforts pour établir et maintenir des relations avec la communauté doivent être proactifs (plutôt qu'en réaction ou en réponse à des problèmes émergents). Un certain nombre de Scholars demandent également que des efforts accrus soient déployés pour mener des recherches et des analyses situationnelles afin de mieux comprendre les besoins et les priorités des communautés et d'y répondre correctement. Encore une fois, dans de

nombreuses études de cas, la coopération, la collaboration et la communication ont été soulignées comme des conditions préalables au succès. C'est ce qui ressort d'une étude de cas réalisée au Nigéria, dans laquelle le Scholar travaillant au niveau du district conclut :

*« Ma recommandation pour le choix des méthodes devrait toujours être basée sur leur pertinence et leur acceptabilité pour la communauté, les gens et le contexte situationnel. Il est essentiel de savoir que la réussite de cette méthode et de son application repose sur un esprit d'équipe efficace, des buts et objectifs spécifiques et la capacité à travailler ensemble en harmonie avec les partenaires, les parties prenantes et la communauté. »*

## Implication des facilitateurs de la communauté

### CHEFS TRADITIONNELS ET RELIGIEUX

Dans 25 % des études de cas (n = 184), les Scholars mentionnent spécifiquement l'importance de l'implication des parties prenantes et des figures communautaires de confiance comme les dirigeants communautaires et religieux, les influenceurs, les femmes et les groupes de jeunes pour obtenir des résultats positifs. Une fois de plus, cependant, le rôle de ces acteurs est implicite dans beaucoup plus d'études de cas. Forger des partenariats avec les chefs traditionnels et religieux et promouvoir leur implication dans les stratégies d'engagement communautaire est l'un des facteurs les plus cités pour la réussite des interventions d'acceptation du vaccin. On constate que l'inclusion des chefs dans les interventions augmente les niveaux de participation au sein des communautés et des congrégations et favorise ainsi des niveaux d'engagement plus élevés, ce qui contribue à des résultats positifs en matière de santé (voir la vignette 3 ci-dessous).

De nombreux Scholars considèrent les chefs traditionnels et religieux comme des membres de la société hautement estimés et faisant autorité, ayant le pouvoir de convaincre les membres de leur communauté d'accepter ou de rejeter les programmes de vaccination. Par conséquent, les efforts visant à les impliquer dans toutes les capacités possibles ont été encouragés et il est apparu que leur implication a été plus importante que le niveau auquel ils s'étaient réellement engagés dans l'intervention. En effet, dans toutes les études de cas, les dirigeants se sont engagés de différentes manières : en tant que facilitateurs passifs, en tant que champions de la vaccination encourageant la sensibilisation au sein de la communauté, ou en tant que médiateurs entre la communauté et les équipes de vaccination, délivrant activement des messages, dissipant les idées fausses et facilitant le renforcement des relations. Dans une étude de cas réalisée au Kenya, le Scholar travaillant au niveau du district explique que :

*« Lorsque les dirigeants communautaires et les chefs religieux ont été engagés et sensibilisés à la polio, la manière dont la communauté abordait les soins de santé a changé. »*

De même, dans une étude de cas réalisée au Ghana, un autre Scholar travaillant au niveau du district déclare :

*« Le recours aux dirigeants communautaires et aux chefs religieux en tant qu'ambassadeurs de la vaccination a joué un rôle clé dans la mobilisation de leurs partisans et a contribué à sensibiliser les membres de la communauté à l'importance de la vaccination. »*

Dans les cas où les dirigeants n'avaient pas été mobilisés, cela a été reconnu comme une limite au succès de l'étude de cas.

Dans leurs réflexions sur les actions futures, les Scholars ont toujours insisté sur le fait que les principaux responsables devaient être impliqués dans les efforts visant à accroître l'acceptation du vaccin dans leurs communautés. Bien que le rôle spécifique des dirigeants dans les activités de sensibilisation, les moyens par lesquels ils doivent être impliqués et les niveaux d'engagement suggérés varient d'un cas à l'autre, leur incorporation (dans une capacité pertinente) est constante dans toutes les études de cas. Parmi les observations, citons :

*« Les chefs religieux et les facilitateurs sont un point d'entrée clé dans les communautés lorsque le gouvernement a besoin d'atteindre toutes les communautés avec des services de santé. La sensibilisation et la création de la prise de conscience devraient les cibler en tant que tel. »*

*(Scholar exerçant au niveau du district, Kenya)*

*« Nous devrions utiliser les structures communautaires comme les leaders d'opinion et les chefs dans les communautés pour faire de l'éducation sanitaire sur l'importance de la vaccination. »*

*(Scholar travaillant au niveau de l'établissement de santé, Inde)*

*« Il faudrait établir une relation permanente avec le chef de quartier et son équipe pour partager nos projets avec eux et mettre en place un système de sensibilisation du quartier à l'utilisation des services de santé. »*

*(Scholar travaillant au niveau national, République Démocratique du Congo)*

*« En cas de refus de la communauté, [il faut] faire appel aux leaders d'opinion de la communauté en question qui partagent les mêmes coutumes, la même langue, les mêmes habitudes, les mêmes comportements, afin de ne pas aggraver la situation. »*

*(Scholar exerçant au niveau du district, Niger)*

La vignette 3 montre comment la sensibilisation d'un roi tribal au Nigéria et son encouragement à exercer son influence ont conduit à l'acceptation et à l'administration du vaccin contre la rougeole dans sa communauté. Le texte est extrait de l'étude de cas complète.

## Les agents de santé locaux

Les agents de santé ont également joué un rôle important dans les interventions. Sur le plan pratique, les agents de santé et les agents de santé communautaires ont administré les vaccins, dispensé une éducation sanitaire et fait la promotion des vaccins et, comme l'a noté un Scholar kenyan travaillant au niveau du district, ils se sont révélés être :

*« un élément important du suivi et de l'utilisation continue des services de soins de santé par les communautés et les ménages hésitants. »*

### VIGNETTE 3:

## **Mobiliser les dirigeants communautaires pour la sensibilisation, Scholar intervenant au niveau infranational, Nigéria**

*Mon équipe a été confrontée à l'hésitation face aux vaccins lors d'une activité de vaccination supplémentaire contre la rougeole, avant la pandémie. La réticence et le rejet provenaient de la plupart des membres de la communauté (hommes et femmes), pour la plupart illettrés et vivant dans une communauté rurale. Ils s'inquiétaient du manque de développement et de la négligence du gouvernement, et rejetaient donc par ignorance tout ce qui vient du gouvernement et qu'ils percevaient comme ne leur étant d'aucune utilité. Nous sommes allés voir le roi pour le convaincre de modifier sa perception erronée de la vaccination.*

*Nous avons choisi de rendre visite au roi car il avait une grande influence sur son peuple. Lorsque nous avons rencontré le roi et que nous nous sommes présentés, nous avons exposé le problème rencontré et avons entrepris de le sensibiliser à l'importance de la vaccination. Le résultat a été positif car nous avons pu changer la perception du roi qui, à son tour, a changé la perception et le comportement de son peuple qui a accepté que ses enfants soient vaccinés.*

*Un autre élément est que, comme nous étions sûrs de la forte influence du chef traditionnel sur son peuple, nous sommes allés le voir et lui avons assuré que les vaccins étaient gratuits, sans danger et efficaces et qu'ils provenaient du même gouvernement. Nous lui avons fait savoir que le gouvernement n'avait rien à perdre s'il hésitait à prendre les vaccins, mais qu'au contraire, c'était pour leur propre sécurité et que le gouvernement voulait qu'ils soient en sécurité, ce qui est la raison pour laquelle les vaccins sont mis à disposition.*

Ils ont également joué un rôle important de soutien : ils ont accompagné les Scholars et les équipes de vaccination à la rencontre de communautés inconnues, ont joué le rôle de facilitateurs et ont fourni aux équipes des informations spécifiques au contexte sur les cas d'hésitation, les normes culturelles et les attentes. C'est ce qu'illustre une étude de cas réalisée à Madagascar, dans laquelle le Scholar affirme :

*« Notre principal atout dans la conversion des personnes hésitantes était... l'intervention de l'agent communautaire dans le dialecte local qui nous a aidés à comprendre. »*

Certains Scholars ont également souligné l'intérêt d'avoir dans l'équipe un agent de santé déjà intégré dans la communauté locale et donc connu des membres de la communauté. Dans une étude de cas au Ghana, le Scholar intervenant au niveau du district a indiqué que, grâce aux agents de santé, les équipes de vaccination pouvaient :

*« instaurer une relation de confiance avec les membres de la communauté... notamment en respectant les protocoles communautaires, en assurant un processus d'entrée efficace dans la communauté, en cherchant à obtenir davantage d'informations auprès des personnes concernées, en enquêtant et en dissipant toutes les rumeurs. »*



Dans son étude de cas réalisée en Gambie, un Scholar remarque que, compte tenu de leur formation, les agents de santé sont en fait les mieux placés pour fournir des informations visant à promouvoir l'acceptation des vaccins.

Parmi leurs recommandations pour les activités futures, les Scholars insistent particulièrement sur le rôle des agents de santé pour aider à dissiper les idées fausses et à fournir des informations précises sur la vaccination. Les Scholars suggèrent également que des structures plus cohérentes pour soutenir les agents de santé dans la sensibilisation régulière et le démantèlement des conspirations sont très importantes pour garantir l'acceptation des vaccins. Dans un certain nombre de cas, les Scholars constatent que l'éducation sanitaire, y compris la promotion des vaccins, doit être permanente et que les agents de santé et les agents de santé communautaires doivent être intégrés dans les mécanismes de suivi des vaccins. Pour ce faire, ils recommandent d'améliorer la formation de tous les cadres du personnel de santé. Un Scholar travaillant au niveau du district en Ethiopie suggère :

*« Un soutien technique plus important doit être fourni aux agents de vulgarisation sanitaire pour revitaliser les services au niveau communautaire et la responsabilité des agents de santé communautaires doit être renforcée. »*

Un autre Scholar du Tchad indique qu'une formation sur mesure devrait cibler les différents niveaux du personnel de santé :

*« Nous devons assurer la formation des relais communautaires et des mobilisateurs sociaux sur l'identification communautaire des cas suspects de maladies [spécifiques] à potentiel épidémique... et les procédures à adopter face à ces cas. Et aussi, nous devrions renforcer les capacités des agents vaccinateurs sur les bonnes techniques de communication interpersonnelle pendant les campagnes de polio et autres activités de vaccination. »*

Lors d'un entretien de suivi, un Scholar travaillant au niveau des établissements de santé suggère que la participation d'agents de santé de confiance permettrait aux équipes de mieux repérer les informations erronées et la désinformation dans la communauté et de suivre les cas d'hésitation. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, cet aspect s'est avéré particulièrement important :

*« Les travailleurs de la santé peuvent devenir des ambassadeurs dans les communautés. Cependant, il doit y avoir de la confiance, sinon cela devient une cible facile pour la troisième guerre mondiale. Parce que les gens ont peur. Ils viennent d'un endroit où ils ont peur, et ils ont peur de ce qu'ils ne connaissent pas. Avant la pandémie de COVID-19, ce n'était pas comme ça, mais depuis la pandémie jusqu'à maintenant, nous n'avons pas évolué, la peur et les conspirations sont toujours les mêmes. »*

## Rôle du gouvernement

Dans de nombreux cas, les représentants gouvernementaux des administrations locales et de district ont été impliqués en tant que parties prenantes ; cependant, le rôle plus large du gouvernement dans le soutien des interventions a rarement été discuté. Plus fréquemment, les Scholars soulignent la nécessité d'un investissement plus important de la part des gouvernements et des agences internationales pour soutenir l'acceptation des vaccins – par le biais d'efforts accrus pour diffuser des informations exactes aux communautés, en s'attaquant activement aux rumeurs et aux théories de conspiration et en soutenant la formation et le financement des agents de santé. Les recommandations suivantes ont été formulées à titre indicatif :

*« Le gouvernement à tous les niveaux devrait être proactif en transmettant les bonnes informations sur les questions émergentes et en dissipant les rumeurs et les idées fausses aussi rapidement que possible en utilisant plusieurs médias que les gens à tous les niveaux peuvent comprendre. »*

*(Scholar exerçant au niveau du district, Nigéria)*

*« Le gouvernement et les partenaires du développement devraient soutenir financièrement les agents de santé afin qu'ils puissent pratiquer activement la vaccination et démentir les rumeurs. »*

*(Scholar exerçant au niveau national, Myanmar)*

## Les hommes en tant que partenaires

Dans seulement quatre études de cas (0,5 % de l'échantillon total), les Scholars suggèrent explicitement que les campagnes de vaccination devraient cibler les pères. Néanmoins, les Scholars trouvent que l'implication des pères est particulièrement pertinente dans les sociétés patriarcales ou dans les environnements où les hommes prennent généralement les décisions concernant la santé de leurs enfants. Cela se reflète dans plusieurs autres études de cas où les mères ont « refusé » de vacciner leurs enfants en raison des décisions de leurs maris (comme indiqué ci-dessus).

## Travail d'équipe et coopération multipartenaires

Si la plupart des études de cas montrent que les Scholars travaillent en collaboration avec d'autres parties prenantes, seul un petit nombre d'entre elles ont explicitement souligné la nécessité de partenariats solides pour identifier et mettre en œuvre des stratégies efficaces pour répondre aux besoins de vaccination. Dans une étude de cas du Burkina Faso, un Scholar travaillant au niveau du district suggère que la démonstration de la « synergie » entre les acteurs aux niveaux central, régional et du district a renforcé la confiance de la communauté dans la crédibilité de l'intervention. Un autre Scholar du Bénin explique comment les activités de communication ont bénéficié du rapprochement des partenaires :

*« Toutes les autorités du territoire ont été mobilisées pour trouver une solution appropriée... le rassemblement des dirigeants communautaires aux côtés des autorités politico-administratives, sanitaires et religieuses, avec la présence d'animateurs de radio locale, a été l'occasion d'intégrer dans notre approche une meilleure stratégie pour mettre en place un mécanisme de communication multisectoriel concerté, où chacun des acteurs avait un élément de pouvoir et un peu d'autorité. »*

En réfléchissant aux travaux futurs et aux recommandations à l'intention des collègues, plusieurs Scholars ont suggéré que les collaborations doivent aller au-delà du travail avec les chefs religieux et communautaires locaux, pour aboutir à des partenariats plus complets avec des professionnels de la santé, des universitaires, des agences internationales et d'autres organisations qui soutiennent la vaccination. Ils estiment qu'une collaboration permanente peut permettre d'économiser du temps et des ressources et d'ajouter des voix plus positives et fiables au débat public sur l'acceptation des vaccins. Un Scholar exerçant au niveau du district au Ghana déclare :

*« Pour moi, l'élément clé qui a fait que ça a marché, c'est le fait que l'équipe de l'OMS était un organisme externe, et je crois que les parents de l'enfant – sachant ce que représente l'OMS – ont accepté [la vaccination pour cette raison]. J'aurais également pu faire appel aux leaders d'opinion et aux dirigeants communautaires pour obtenir le même résultat, mais cela aurait pris beaucoup plus de temps. »*

## Communication

Dans un peu moins de 30 % des études de cas (n = 220), les Scholars soulignent l'importance d'améliorer les stratégies de communication. Il s'agit notamment d'écouter les craintes des gens, de comprendre la source de l'hésitation, d'améliorer les compétences interpersonnelles du personnel local et d'impliquer les équipes locales qui parlent les langues locales. La communication a été largement identifiée comme un déterminant spécifique du succès dans la réduction des obstacles à l'acceptation des vaccins. Une communication inadéquate et insuffisante sur les vaccins est considérée comme contribuant aux faibles niveaux d'acceptation. Les Scholars ont également discuté de l'importance des stratégies de communication à facettes multiples pour lutter contre la désinformation et de la nécessité d'intégrer la communication dans les structures existantes d'engagement communautaire. Un Scholar évoluant au niveau national en Ouganda affirme :

*« Nous devons aborder les questions [de rumeurs] en utilisant une variété de canaux de communication et de mobilisation et en prêtant attention à tous les aspects de la vie communautaire qui pourraient influencer les décisions de vaccination... Cette approche semble également s'aligner sur les processus communautaires naturels, en recherchant les responsables communautaires et en encourageant le dialogue à plusieurs niveaux afin d'informer et d'influencer. »*

Les Scholars indiquent qu'une communication intentionnelle, opportune et efficace augmente le taux d'adhésion et qu'en utilisant plusieurs canaux de communication, les messages peuvent être largement diffusés. La nécessité d'un message clair a été soulignée, notamment en ce qui concerne la démystification des rumeurs et des théories du complot. Les Scholars suggèrent également de redoubler d'efforts pour garantir des stratégies de communication cohérentes et continues. Un Scholar travaillant au niveau national au Myanmar confirme :

*« Avant la pandémie, nous organisons régulièrement des conférences sur la santé dans chaque établissement de santé afin de sensibiliser la communauté à l'importance de la vaccination, qui peut sauver des vies et prévenir les maladies infectieuses. Grâce à ces stratégies de communication visant à*

*identifier les problèmes et à démentir les rumeurs parmi les personnes qui hésitent à se faire vacciner, la demande de nouveaux vaccins peut augmenter. Nous pouvons immuniser la communauté en fournissant des informations pertinentes telles que la nature des maladies, le mode de transmission, la manière de prévenir les maladies infectieuses, les avantages de la vaccination pour tous les enfants et les symptômes mineurs de MAPI après l'injection. »*

La nécessité d'une discussion et d'une transparence accrues sur les effets secondaires et les MAPI a également été relevée dans plusieurs études de cas. Dans une étude de cas réalisée au Ghana, le Scholar travaillant au niveau de l'établissement de santé affirme que :

*« Il est important d'avoir une bonne compréhension de la sécurité des vaccins et des systèmes mis en place pour traiter les MAPI. Ces systèmes montrent qu'il y a de la transparence autour des questions de sécurité des vaccins et peuvent nous aider à augmenter la confiance des gens autour des vaccins. »*

Il est également important de développer une boucle de communication pour promouvoir un dialogue fluide entre les dirigeants communautaire, les membres de la communauté et les équipes de vaccination. Plusieurs Scholars relèvent un manque de moyens pour faciliter le dialogue et reconnaissent l'intérêt d'établir des mécanismes de communication plus solides. Les études de cas du Bhoutan et du Cameroun suggèrent que ce n'est que lorsque toutes les approches et voies de communication ont été épuisées qu'une force extérieure (sous la forme d'une application policière ou militaire) peut être envisagée.

La nécessité d'intensifier la communication dans le contexte de la pandémie de COVID-19 a été soulignée. Les Scholars indiquent que l'augmentation de la désinformation et des théories du complot dans le sillage de la pandémie (comme nous l'avons vu plus haut) nécessite une sensibilisation et des messages plus nuancés, à la fois sur la vaccination et sur les mesures de prévention de la COVID-19 lors de l'accès aux services. Un Scholar basé dans un établissement de santé au Nigéria propose :

*« Il est nécessaire de mieux orienter la vaccination en ce moment, en particulier dans les communautés peu instruites. Il y a maintenant plus d'hésitation face aux vaccins qu'avant parce que les gens ne croient pas à l'existence de la COVID-19, ils disent que c'est une maladie pour la classe supérieure. Les gens poursuivent donc leurs activités courantes sans porter de masque et sans trop de distance sociale. On prétend également que les établissements de santé sont un terrain infectieux pour contracter la COVID-19. Donner régulièrement à la population des informations sur la maladie sera un grand pas en avant. »*

Dans leurs entretiens de suivi, les Scholars soulignent encore la nécessité de messages ciblés pour démentir les rumeurs et de messages adaptés pour encourager l'acceptation du vaccin. Une personne interrogée témoigne :

*« Les messages doivent être réorientés et adaptés à notre contexte actuel de manière à pouvoir être facilement intégrés dans la vie quotidienne des membres de la communauté. Cela signifie disposer de bonnes informations et une diffusion simple. En outre, la communication doit être révisée fréquemment en fonction de l'évolution du virus. »*

## Communication interpersonnelle

Les Scholars identifient la communication interpersonnelle comme un outil essentiel à un engagement positif. L'analyse quantitative montre une cohérence entre les études de cas anglophones et francophones, 16 % (n = 56) des études de cas anglophones et 15 % (n = 58) des études de cas francophones soulignant que la communication interpersonnelle est un élément clé de la réussite des interventions. Dans une étude de cas en Sierra Leone, un Scholar travaillant au niveau du district confirme :

*« La communication interpersonnelle avec les parents permet de connaître les principaux problèmes d'hésitation face aux vaccins dans les communautés, ce qui favorise la confiance des gens dans le programme PEV et augmente ainsi l'adoption du vaccin. »*

En réfléchissant à leurs propres expériences, plusieurs Scholars expliquent que la formation en communication interpersonnelle leur a permis d'adopter une approche plus douce et plus sensible, de développer de meilleures capacités d'écoute et de faire preuve de plus d'empathie, ce qui a contribué à améliorer leurs relations avec les communautés qu'ils desservent. Dans une étude de cas en Argentine, un Scholar travaillant au niveau d'un établissement de santé constate :

*« Vous devez vous assurer que votre approche est douce et non accusatrice ou réprobatrice, et que vous présentez clairement les faits et l'importance de la vaccination. »*

De même, dans une étude de cas réalisée au Nigéria, un Scholar évoluant au niveau infranational confirme :

*« J'ai suivi le modèle [que j'ai appris dans une] série de formations [sur] la communication interpersonnelle qui m'a fait utiliser l'empathie dans le cadre de mes compétences en communication pour faire comprendre au chef de la communauté les avantages de la vaccination contre la polio. »*

Dans un petit nombre de cas, les Scholars identifient des attitudes problématiques du personnel de santé comme étant « rebutantes » pour les mères et ont donc conseillé que les agents de santé reçoivent une meilleure formation sur les aspects de la communication interpersonnelle et qu'ils adoptent un style de communication plus holistique et nuancé.

## Réticence à l'égard du vaccin contre Ebola en République démocratique du Congo

*Après le décès d'un cas confirmé d'Ebola suite à un séjour à l'hôpital, l'enterrement sécurisé et digne de la défunte n'a pas été fait dans son village natal, mais plutôt dans la zone de santé où le décès a eu lieu. Dans la coutume du défunt, il est exigé que l'enterrement soit effectué dans le village natal en présence des chefs coutumiers avec l'accompagnement de certains rites de la localité, mais cela n'a pas été possible. Les chefs religieux et traditionnels, qui sont les garants des coutumes, connaissent la communauté et les jeunes de la localité. Leur préoccupation première était d'amener le corps de la défunte au centre de traitement Ebola de leur village natal pour permettre à l'autorité traditionnelle de la communauté de pratiquer les rites coutumiers sur le corps, mais cela n'a pas été possible. C'est la principale raison de leur réticence à se faire vacciner contre Ebola. En outre, les communautés craignaient également un risque de transmission de la maladie d'Ebola après la vaccination, ce qui a suscité une vague de réticence de la part des contacts du cas confirmé à l'égard du vaccin contre Ebola.*

*Mon rôle était de coordonner et de superviser toutes les activités de vaccination autour du cas, de m'assurer de la vaccination de tous les contacts autour du cas confirmé d'Ebola et de contribuer aux différentes réunions et discussions pour adopter la bonne approche d'intervention. Nous avons sollicité l'appui des anthropologues et des représentants des autres commissions (communication, surveillance, psychosocial, vaccination et prévention et contrôle de l'infection) pour engager le dialogue avec les chefs religieux et traditionnels.*

*Dans un premier temps, nous avons actualisé les données sur la situation épidémiologique de la zone de santé (nombre de cas, taux de mortalité, nombre de guéris, etc.). Nous avons expliqué les mécanismes de transmission de la maladie à virus Ebola et de l'intérêt de se faire vacciner précocement pour éviter la propagation de la maladie... Ces différents messages ont été délivrés dans la langue du territoire avec l'appui d'un agent local travaillant dans la réponse et issu du village. Cette approche a permis de rassurer la communauté.*

*Dans un deuxième temps, nous avons écouté la communauté sur les conditions requises, à savoir procéder à une nouvelle inhumation dans le village de naissance de la défunte et respecter les principes coutumiers. Comme le corps ne pouvait plus être exhumé dans la zone de santé, il fallait acheter une chèvre pour les sacrifices... creuser un trou et procéder à l'enterrement selon la coutume. La réalisation de toutes ces conditions associées aux séances de sensibilisation en langue locale a permis de lever les hésitations et ainsi de rompre la chaîne de transmission dans la zone de santé.*

*Les leçons importantes que j'ai apprises sont: ne pas offrir aux autres ce que vous n'accepteriez pas si vous étiez à leur place, traiter les autres comme s'ils étaient vos propres parents. Il faut écouter attentivement et analyser les réactions de la communauté pour surmonter cette hésitation. Et chercher des solutions comme réinventer les rites funéraires tout en respectant les mesures de prévention et de contrôle des infections.*

*L'innovation a été d'écouter la communauté, de tenir compte de ses préoccupations et de prendre ensemble des décisions consensuelles afin d'éviter toute hésitation future dans l'introduction de nouveaux vaccins. La participation des dirigeants traditionnels et communautaires et d'autres personnes associées aux jeunes et aux groupes communautaires permet d'obtenir un soutien communautaire fort pour les activités de réponse dans un contexte d'hésitation face aux vaccins. En outre, en ancrant les activités de réponse au sein de la communauté, on permet aux communautés elles-mêmes d'être des parties prenantes et des acteurs de la réponse, et le recrutement de ressources humaines locales pour les activités de vaccination contribue à réduire l'hésitation face aux vaccins. Cela nous permet de considérer la communauté comme un acteur et non comme une simple cible de la réponse. Lors de l'introduction de nouveaux vaccins, il est nécessaire d'adopter une approche multidimensionnelle et multisectorielle.*

*- Homme, Scholar exerçant au niveau national, République démocratique du Congo*

# CONCLUSION

Les données présentées dans le rapport sont des récits à la première personne générés dans le cadre d'un exercice d'apprentissage du Réseau Scholar COVID-19 de la Fondation Apprendre Genève visant à aider les Scholars à partager leurs expériences en matière d'hésitation face aux vaccins dans leurs communautés. Bien que l'objectif premier de l'exercice était de favoriser l'apprentissage par les pairs avant l'introduction du vaccin COVID-19, les riches études de cas – racontées dans les propres mots des Scholars – mettent en évidence la valeur des connaissances, des pratiques et de la compréhension locales existantes, qui sont souvent négligées. Les conclusions de ce rapport montrent que la réduction des obstacles à l'hésitation face aux vaccins n'est pas un modèle unique.

## Réflexions sur les principaux résultats

### COMMUNAUTÉS ENGAGÉES

La plupart des personnes et des communautés documentées dans les études de cas sont des parents, des responsables d'enfants et des membres de la famille d'enfants. Les interventions visaient donc à accroître l'acceptation de la vaccination pour les familles directement ou étaient programmées dans le cadre de stratégies d'engagement communautaire plus larges. Certains Scholars ont identifié des groupes spécifiques au sein de la communauté au sens large qui avaient besoin d'être sensibilisés par des techniques de communication alternatives, des messages adaptés et des interventions plus ciblées que celles utilisées pour la population générale. D'autres groupes de population, tels que les communautés de migrants, les minorités marginalisées, les travailleurs « illégaux » (économie informelle), les minorités ethniques, les jeunes et les adolescents, ont également fait l'objet d'interventions. Les conclusions d'un petit nombre d'études de cas ont identifié les enseignants comme un groupe puissant d'influenceurs dans la communauté. Bien qu'aucune intervention ne se soit adressée à des groupes d'enseignants en tant que tels, des cas de non-acceptation dans les écoles ont été signalés et certains enseignants et directeurs d'école ont été identifiés comme des propagateurs de la désinformation.

### FACTEURS CONTRIBUANT AUX FAIBLES NIVEAUX D'ACCEPTATION DES VACCINS DANS LA COMMUNAUTÉ

L'analyse a révélé des facteurs contribuant aux faibles niveaux d'acceptation des vaccins dans la communauté. Dans 33 % (n = 244) des études de cas, les théories de la conspiration et la désinformation liées à la vaccination ont été identifiées comme les principaux obstacles à l'acceptation des vaccins. Les théories de la conspiration ont de multiples facettes et, bien que les spécificités varient selon les endroits, les thèmes principaux sont les mêmes dans tous les pays. La croyance selon laquelle la vaccination est liée à la stérilisation est commune à l'ensemble des données, en particulier dans les cas provenant d'Afrique. Les rumeurs et les idées fausses sont plus fréquemment rapportées pendant la pandémie de COVID-19. Les Scholars ont également noté la vitesse à laquelle les idées fausses et les informations erronées et désinformées ont circulé et se sont intensifiées pendant la pandémie, en particulier sur les plateformes de réseaux sociaux.

Dans 20 % (n = 70) des études de cas anglophones, les raisons invoquées pour expliquer le faible niveau d'acceptation du vaccin dans la communauté étaient liées à un conflit

entre la vaccination et les croyances religieuses ou coutumières. Sur ces 70 études de cas, 53 % (n = 37) provenaient du Nigéria (représentant 24 % des cas du Nigéria et 5 % de toutes les études de cas), 14 % (n = 10) du Kenya, 10 % (n = 7) du Ghana, 10 % (n = 7) d'Inde, et les 13 % restants (n = 9) étaient répartis dans différents pays. Les associations avec les croyances religieuses et coutumières ont été signalées comme un facteur de faible acceptation dans un peu moins de 6 % des études de cas francophones (n = 23).

Il est peut-être surprenant de constater que le manque d'information en tant qu'obstacle à l'acceptation du vaccin n'a été mentionné explicitement que dans 8 % (n = 59) de toutes les études de cas, bien que les preuves suggérant une sensibilisation limitée de la communauté aux problèmes liés à l'acceptation du vaccin soient plus répandues. Le manque d'information, lorsqu'il a été identifié, était principalement lié à une connaissance insuffisante ou inadéquate de la campagne de vaccination, du vaccin lui-même et/ou du système de santé. Par exemple, de nombreuses personnes ne connaissaient pas les multiples formes d'administration du vaccin contre la polio (orale et injectable), ce qui a alimenté un sentiment de méfiance. Cette inquiétude s'est intensifiée lors des campagnes de lutte contre la polio dans les pays qui avaient déjà été déclarés « sans polio ». Dans une étude de cas au Nigéria, un Scholar travaillant au niveau infranational a rapporté que le père qu'il avait rencontré « était préoccupé par la campagne de vaccination par le VPO bien que le pays ait été certifié exempt de polio ».

Dans 25 % de toutes les études de cas, la méfiance générale a été notée comme un facteur clé des faibles niveaux d'acceptation des vaccins. La méfiance est orientée contre les gouvernements, les acteurs internationaux et les agents de santé et est également liée aux questions de coûts associés, à la fréquence des doses/campagnes de vaccination et aux épisodes perçus de MAPI. Si les coûts directs et indirects associés à la vaccination sont clairs, ils ne sont jamais apparus comme un obstacle isolé à la vaccination, mais ont plutôt aggravé les préoccupations existantes. Dans un petit nombre de cas, les membres de la communauté ont mis en doute la capacité de leur gouvernement à fournir gratuitement des vaccins aux enfants. Ce point a été souligné dans des scénarios où d'autres services et soutiens gouvernementaux étaient limités en raison d'un manque de financement. Lorsque les communautés ont été oubliées pour des initiatives, des aides gouvernementales, des subventions et d'autres prestations sociales, les niveaux de méfiance sont plus élevés et contribuent à réduire l'acceptation. Six études de cas indiquent que l'incapacité du gouvernement à fournir des moustiquaires traitées a contribué à des niveaux élevés de méfiance. Une étude de cas réalisée au Liberia souligne la nécessité de renforcer les liens entre le système de soins de santé primaires et la vaccination de routine, et comme l'a indiqué le Scholar travaillant au niveau national :

*« La raison de leur hésitation est qu'ils ne font pas confiance au gouvernement actuel... ils ont demandé pourquoi le gouvernement donne le vaccin gratuitement à chaque fois, fréquemment, et pourquoi pas de la nourriture, des moustiquaires ou des médicaments ? »*

Des études de cas provenant de toutes les zones géographiques indiquent que la perception des effets secondaires de la vaccination contribue à l'hésitation face à la vaccination. Des preuves circonstancielles liées aux effets secondaires des antigènes vaccinaux ont suscité des rumeurs et des théories de conspiration, ainsi que de la désinformation, et ont contribué à la méfiance et à la peur au sein des communautés. Les expériences de MAPI, qu'elles soient réelles ou perçues, de première main ou basées sur des anecdotes communautaires, sont courantes et conduisent souvent au « boycott » de la vaccination. Plusieurs Scholars ont exprimé leur frustration lorsque des cas de MAPI n'ont pas fait l'objet d'une enquête adéquate, et ils sont parfois limités dans les conseils qu'ils peuvent donner aux familles en raison du manque d'informations précises sur ces cas suspects. Dans un petit nombre d'études de cas, les Scholars indiquent qu'ils offriraient un suivi gratuit lorsque les obstacles à l'acceptation du vaccin étaient liés aux coûts anticipés de MAPI. D'autres messages sur



les coûts et les avantages étaient axés sur la promotion de la vaccination comme moyen d'éviter les coûts futurs des soins de santé associés au traitement de maladies comme la polio et la rougeole. Comme le note un Scholar (niveau système non documenté) dans une étude de cas au Kenya :

*« Nous avons prodigué une éducation sanitaire sur la rougeole et l'importance du vaccin. J'ai dit à la mère : "Imaginez que votre enfant soit hospitalisé pour la rougeole, ne pensez-vous pas que vous allez dépenser trop d'argent dans l'établissement de santé pour le traitement de cet enfant ?" »*

## STRATÉGIES EFFICACES POUR ACCROÎTRE L'ACCEPTATION

Dans l'ensemble des données, les approches utilisées peuvent être considérées comme un « inventaire d'exemples » plutôt que comme une série de prescriptions sur « ce qui marche ». Les interventions étaient essentiellement axées sur l'implication de multiples parties prenantes, notamment des dirigeants communautaires, religieux et traditionnels. Les interventions ont également utilisé une variété de stratégies de dialogue, y compris le conseil direct en tête-à-tête au niveau des individus ou des ménages, la sensibilisation de la communauté pour les groupes plus importants, les réunions formelles et les séances de formation organisées.

De nombreux Scholars considèrent les chefs traditionnels et religieux comme des membres très influents et faisant autorité dans la société. Ils ont encouragé les efforts visant à les impliquer de quelque manière que ce soit, et il apparaît que leur implication pure et simple est plus importante que le niveau auquel ils sont censés participer originellement. Dans toutes les études de cas, les dirigeants ont été impliqués de multiples façons : en tant que facilitateurs passifs, en tant que champions de la vaccination promouvant la sensibilisation dans la communauté, et en tant que médiateurs entre la communauté et les équipes de vaccination, délivrant activement les messages, démystifiant les idées fausses et facilitant le renforcement des relations. Bien que les chefs religieux et traditionnels soient cités à plusieurs reprises comme des canaux fiables pour gagner la confiance de la communauté, un petit nombre d'études de cas ont montré que certains d'entre eux peuvent perpétuer la désinformation au sein de la communauté pour servir leurs propres intérêts.

Les déterminants clés d'une mise en œuvre réussie de l'intervention ont souvent mis l'accent sur le ton et la diffusion de l'information, et l'approche s'avère aussi déterminante pour la réussite de la vaccination que les activités elles-mêmes. Parmi les exemples de stratégies de diffusion réussies, citons la forte implication personnelle des Scholars, l'utilisation des langues locales, l'utilisation de matériel IEC et des réseaux sociaux. En outre, l'utilisation de différentes approches de communication s'est avérée avoir un effet positif, de l'utilisation d'images et de vidéos aux manifestations interpersonnelles de compréhension et de compassion. Cela a permis aux Scholars de s'adapter à des dynamiques sensibles telles que les familles en deuil et les communautés vulnérables touchées par le déplacement ou la guerre.

Les Scholars ont formulé des recommandations sur les actions futures en s'inspirant largement de ce qui a bien fonctionné dans leurs propres expériences. Leurs suggestions peuvent être regroupées en quatre domaines prioritaires et interconnectés : l'inclusion et l'engagement de la communauté, implication des facilitateurs de la communauté, le travail d'équipe et la collaboration, et la communication. Plusieurs Scholars suggèrent que les collaborations doivent aller au-delà du travail avec les chefs religieux et communautaires locaux et inclure des partenariats plus complets avec des professionnels de la santé, des universitaires, des agences internationales et d'autres organisations qui soutiennent la vaccination. Ils estiment qu'une collaboration permanente pourrait permettre d'économiser du temps et des ressources et d'ajouter des voix plus positives et plus fiables au débat public sur l'acceptation des vaccins.

## Aller de l'avant: des recommandations à l'action contextuelle

Le réseau de la Fondation Apprendre Genève a doublé de taille en 2020 – passant de 15 000 à plus de 30 000 – principalement grâce à la croissance du Réseau Scholar COVID-19 qui a culminé avec l'exercice d'apprentissage par les pairs axé sur l'hésitation face aux vaccins. Il a continué à se développer depuis. En octobre 2021, plus de 40 000 professionnels de la santé étaient impliqués dans le Réseau Scholar (80 % travaillant au niveau infranational et plus de 50 % au sein des ministères de la Santé), avec des équipes d'anciens participants auto-organisés coordonnant le partage des connaissances et les activités de mise en œuvre dans 24 pays. L'une des forces de l'ensemble de données des études de cas de la Fondation Apprendre Genève est le potentiel qu'il offre pour une enquête plus approfondie. L'adoption d'une approche longitudinale, à grande échelle, pourrait être extrêmement puissante et fournir des informations qui ne sont pas facilement saisies par ailleurs.

Les données présentées dans ce rapport montrent clairement que les obstacles à l'acceptation des vaccins sont complexes et multi-facettes. Compte tenu des orientations données aux niveaux international, régional et national, il est urgent d'investir dans la recherche et le soutien de solutions locales si l'on veut que la confiance et l'acceptation des vaccins augmentent et perdurent. Pour ce faire, il faut mettre davantage l'accent sur la capacité du personnel de vaccination à adapter sa pratique pour qu'elle corresponde au mieux au contexte local et à la situation immédiate. Trop souvent, les directives soulignent les problèmes liés aux faibles niveaux d'acceptation des vaccins sans fournir de recommandations claires et pratiques aux professionnels de la santé sur le terrain. À l'avenir, il conviendrait de mettre davantage l'accent sur la manière dont le personnel de vaccination peut améliorer efficacement la situation au sein de sa propre communauté. Cela peut impliquer de mieux reconnaître et de soutenir la capacité du personnel local à créer des solutions locales, spécifiques au contexte, ou à adapter les solutions existantes, plutôt que d'essayer d'appliquer des directives normatives « taille unique ».

Les récits des études de cas présentent un riche ensemble de preuves qui détaillent en réalité la façon dont le personnel de vaccination de première ligne aborde de manière créative les problèmes liés aux faibles niveaux d'acceptation des vaccins dans leur contexte local. L'utilisation de données issues d'études de cas ethnographiques a mis en évidence des formes de connaissances et d'expériences auxquelles il est moins facile d'accéder par des approches de recherche formelles. Les situations décrites sont d'une valeur considérable car elles abordent des dynamiques contextuelles, sociales et comportementales qui ne sont pas toujours prises en compte et présentent des stratégies concrètes utilisées par les Scholars pour renforcer la confiance dans les vaccins et la vaccination auprès des communautés qu'ils desservent. En outre, les études de cas soulignent la nécessité de faire entendre la voix du personnel de vaccination de première ligne sur la scène internationale.

# ANNEXES

# Annexe 1. Grille critériée

La Fondation Apprendre Genève | Réseau Scholar COVID-19 | Exercice 2 | Grille critériée version 1.2 | 20 novembre 2020

## GRILLE CRITIÉRÉE POUR DÉVELOPPER UNE ÉTUDE DE CAS BASÉE SUR L'EXPÉRIENCE

Avertissement : Dans cet exercice du Réseau COVID-19, des praticiens de tous les niveaux du système de santé, se référant à des orientations et recommandations globales, ont exprimé leur intérêt à apprendre en partageant leur expérience en tant que pairs. Nous n'approuvons aucune stratégie, approche ou réflexion particulière partagée par les auteurs, et nous déconseillons explicitement de tirer des conclusions à partir de cas spécifiques dont on ne peut en aucun cas présumer qu'ils sont généralisables.

### Première partie. Partagez votre histoire (500 mots)

#### NIVEAU DE TRAVAIL ACTUEL

0	1	2	3	4
Il n'y a pas d'histoire, elle ne concerne pas le sujet, ou elle ne peut pas être comprise	Il y a une histoire, mais elle n'est ni crédible, ni cohérente, ni concise	L'histoire est quelque peu crédible, mais elle n'est ni cohérente ni concise	L'histoire est crédible, cohérente et concise, mais nécessite des améliorations mineures	Excellente histoire

Pensez à une situation où vous avez aidé un individu ou un groupe à surmonter ses réticences, ses hésitations ou ses craintes initiales à l'égard de la vaccination, lors d'une vaccination de routine, d'une campagne ou de l'introduction d'un nouveau vaccin. Soyez concis et allez droit au but. Votre récit doit être crédible, cohérent et concis. N'incluez que des informations pertinentes. Racontez votre histoire en répondant aux questions ci-dessous. Ajoutez tout ce qui compte pour comprendre et expliquer. Un parfait inconnu doit être capable de comprendre votre récit, c'est à dire la situation mais surtout ce que vous avez fait, quand et où, comment et pourquoi.

1.0	Présentation	Présentez brièvement votre lieu de travail (niveau du système de santé, lieu [ville/district et pays], employeur) et votre rôle/fonction/titre.
1.1	Situation	Quelle était la situation ? Était-ce avant ou pendant la pandémie COVID-19 ? Quels vaccins étaient concernés ? Le problème était-ce plutôt le vaccin ou la personne qui le reçoit ? Pouvez-vous identifier l'individu, le groupe, les influences contextuelles et tout problème spécifique au vaccin qui a débouché sur cette situation ?
1.2	Parties prenantes	Qui était impliqué ? Que devons-nous savoir sur les individus ou le groupe impliqués (ex : âge, sexe, niveau d'éducation, etc.) ? Quelles étaient leurs préoccupations ? Ces inquiétudes étaient-elles liées au vaccin, à la ou aux personnes qui le recevaient ou à d'autres considérations (ex : peur de la COVID-19) ? Quelles étaient les raisons sous-jacentes pour lesquelles la personne ou le groupe de personnes concernées hésitaient à se faire vacciner ?
1.3	Votre rôle	Quel était votre rôle ou votre responsabilité ?
1.4	Options	Quelles actions spécifiques avez-vous envisagées ?
1.5	Action	Quelles mesures spécifiques avez-vous finalement prises ? Pourquoi avez-vous choisi ces actions ?
1.6	Comment	Comment avez-vous mené ces actions spécifiques ?
1.7	Messages clés	Lorsque vous avez eu une conversation importante, résumez vos messages clés et citez, dans la mesure du possible, les mots précis que vous avez utilisés pour convaincre la personne ou le groupe hésitant à se faire vacciner.
1.8	Résultat	Comment cela s'est-il passé ? À quoi ressemblait le succès ? Quelles sont les preuves à l'appui dont vous disposez ?
1.9	Soutien	Qui ou quoi vous a aidé ? De quelle façon ?
1.10	Surprise	Y a-t-il quelque chose qui vous a surpris ?

**Relecteurs :** Comprenez-vous pleinement et facilement ce qui s'est passé et comment ? Si ce n'est pas le cas, posez des questions pour clarifier les choses. Expliquez ce que l'auteur doit ajouter ou supprimer et pourquoi. Si vous n'êtes pas convaincu par ce qui est décrit, expliquez pourquoi. Suggérez des moyens spécifiques pour renforcer la crédibilité de l'étude de cas. Si la cohérence ou la concision sont le problème, suggérez à l'auteur comment les améliorer.

### Deuxième partie. Réfléchissez à votre histoire (500 mots)

#### NIVEAU DE TRAVAIL ACTUEL

0	1	2	3	4
Pas de réflexions	Les questions pertinentes restent sans réponse ou ne sont pas dûment prises en considération	Les réflexions sur l'histoire doivent être grandement améliorées	Les réflexions sur l'histoire nécessitent une légère amélioration	Excellentes réflexions sur le récit

Réfléchissez pour répondre aux questions suivantes :

2.1	Innovation	Avez-vous suivi une approche qui est recommandée ou qui est habituellement appliquée ? Sinon, qu'avez-vous adapté ou modifié ? Pourquoi l'avez-vous fait ?
2.2	Contexte	Quels sont les éléments clés qui ont fait fonctionner ce que vous avez fait ? Expliquez tout facteur local et contextuel pertinent.
2.3	Limites et risques	Quels étaient les limites, les risques ou les problèmes éthiques dans ce que vous avez fait et comment vous l'avez fait ? Rétrospectivement, auriez-vous géré la situation différemment ? Si oui, expliquez ce que vous auriez fait différemment, pourquoi et comment.
2.4	Généralisable	Ce que vous avez fait serait-il pertinent ailleurs, dans un contexte différent (autre pays, région ou district) ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Sur la base de cette expérience, que suggérez-vous pour éviter de telles situations à l'avenir ?
2.5	Perspectives	Quelles sont vos principales recommandations à un collègue qui se trouverait confronté à la même situation ? Mettez en évidence les risques potentiels ou les problèmes éthiques si quelqu'un tente de faire la même chose dans un contexte différent.

**Relecteurs :** Êtes-vous convaincu par la réflexion de l'auteur sur l'histoire, ses limites, le niveau de risque et les questions éthiques ? Y a-t-il des risques ou des problèmes éthiques dont vous pensez que l'auteur n'est pas conscient mais dont il doit tenir compte ? Les recommandations de l'auteur vous semblent-elles pratiques et réalisables ? Sont-elles convaincantes pour un collègue qui douterait de l'approche décrite par le récit ?

## Annexe 2. Matrice de codification

Thème	Code parent	Description	Sub-code	Description
Programme	0.1	Contexte général		
	0.2	Parties prenantes impliquées		
	0,3	Action permettant d'identifier l'hésitation		
	0,4	Rôle du participant		
Genre du public cible	1,1	Homme		
	1,2	Femme		
	1,3	Les deux		
Qui est hésitant	2,1	Membres de la famille		
	2,2	Individu		
	2,3	Communauté	2.3.1	Les membres de la communauté
			2.3.2	Dirigeants communautaires
	2,4	Specific population groups (Nomadic/refugee/religious)	2.4.1	Groupes religieux
			2.4.2	Enseignants
			2.4.3	Agents de santé
Causes de l'hésitation	3,1	Conflit avec les croyances/ordres/pratiques coutumières/religieuses		
	3,2	Expérience négative antérieure (personnelle/ communautaire)	3.2.1	Avec le système de santé
			3.2.2	Avec les agents de santé
			3.2.3	MAPI (manifestations postvaccinales indésirables)
	3,3	Effets secondaires perçus	3.3.1	D'un vaccin particulier
			3.3.2	De la vaccination en général
	3,4	Méfiance	3.4.1	Dans le gouvernement
			3.4.2	Dans le système de santé
			3.4.3	Dans les acteurs internationaux
			3.4.4	Dans la justification du vaccin/qualité/fréquence
	3,5	Craintes	3.5.1	Crainte du vaccin
			3.5.2	Craintes relatives à la COVID-19
	3,6	Manque de sensibilisation	3.6.1	Désinformation / rumeurs / théories du complot
			3.6.2	Mauvaise information / Pas d'information / information erronée sur le vaccin
			3.6.3	Laisser-aller (pas besoin de vaccin)
	3,7	Commodité (accès/financement)		
	Intervention/ Action	4,1	Transmission d'informations/ éducation	4.1.1
4.1.2				Sensibilisation de la communauté/mobilisation sociale
4.1.3				Programme éducatif/stratégie
4.1.4				Réunion formelle/discussion /groupe de discussion

## Annexe 2. Matrice de codification (suite)

Thème	Code parent	Description	Sub-code	Description
Intervention/ Action	4,2	Formation formelle		
	4,3	Communautés engagées à différents niveaux	4.3.1	Dirigeants traditionnels/communautaires, chefs religieux
			4.3.2	Membres de la communauté
			4.3.3	Administration provinciale/régionale
			4.3.4	Représentants du secteur de la santé
			4.3.5	Comité de gestion des refus/autre comité
	4,4	Autre	4.4.1	Conditionnel
4,5	Écoute sociale/observation			
Messages et diffusion	5,1	Importance de la vaccination et avantages généraux		
	5,2	Dissiper les rumeurs et les informations fausses ou erronées		
	5,3	Impact de la non-vaccination		
	5,4	Sécurité et qualité	5.4.1	Des vaccins
			5.4.2	COVID-19/ mesures de sécurité en place
	5,5	Trouver un équilibre entre les croyances religieuses/coutumières et les arguments de santé publique.		
	5,6	Mettre l'accent sur les rôles (adhésion de l'individu et de la communauté).		
	5,7	Engagement de la communauté (notamment écouter et rassurer la communauté, lui donner de l'espace, comprendre son point de vue)		
5,8	Raconter des histoires personnelles/ partager des expériences			
5,9	Utiliser des ressources audio/ visuelles/médias			
Risque et défi	6,1	Risque		
	6,2	Défi et limites de l'approche		

Thème	Code parent	Description	Sub-code	Description
Ce qui a bien fonctionné/ Recommandations d'action/ action future	7,1	Amélioration des mesures de sécurité		
	7,2	Réseaux sociaux		
	7,3	Utilisation de films/radios/médias et de matériel de communication visuelle supports (dépliants, affiches)		
	7,4	Implication de multiples parties prenantes (implication permanente de la communauté/des dirigeants traditionnels/du gouvernement local)	7.4.1	Implication des femmes/groupes de femmes spécifiques
			7.4.2	Faire participer des chefs religieux spécifiques, des personnes influentes dans la communauté, des dirigeants communautaires
			7.4.3	Par le biais des écoles, des enseignants et de l'éducation
			7.4.4	Travailleurs de la santé
	7,5	Communication/plaidoyer	7.5.1	Compétences interpersonnelles (patience, écoute)
			7.5.2	Communication générale
	7,6	Valoriser et construire l'expérience de la communauté (confiance/confiance/discrétion/compréhension locale)		
	7,7	Développer/adapter la stratégie/les plans/messages/la recherche (y compris pour la gestion des réticences)	7.7.1	Stratégies de communication proactives et permanentes/sensibilisation
7.7.2			Recherche/analyse situationnelle	
7,8	Formation des équipes locales/implication des équipes locales et des vaccinateurs	7.8.1	Orientation individuelle (réflexion sur sa propre expérience/formation)	
7,9	Langues locales			
Contexte et mise à l'échelle	8,1	Considérations spécifiques au contexte		
	8,2	Reproductibilité de cette approche		
Perspectives	9,1	Résultats positifs / ce qui a bien fonctionné		
	9,2	Innovation		
	9,3	Considérations inattendues/surprises		
	9,4	Réflexions		
Valeurs aberrantes	10			
Cas d'intérêt spécifiques	11			

## Annexe 3. Structure de l'entretien de suivi

### CONTEXTE - PARTICIPATION À LA PLATE-FORME D'APPRENTISSAGE:

- Avez-vous participé à d'autres exercices de la plate-forme d'apprentissage de la Fondation Apprendre Genève, ou seulement à celui-ci ?  
Avez-vous travaillé avec la Fondation Apprendre Genève d'une autre manière ?
- Quelle a été votre expérience de l'exercice du Réseau Scholar COVID-19 sur l'hésitation face aux vaccins ?
- Si vous pensez à l'ensemble du processus (soumission, retour d'information, révision, etc.), quels ont été les aspects les plus utiles/difficiles à chaque étape ?
- Comment l'expérience a-t-elle aidé votre pratique ?  
Quels sont les points clés que vous avez appris ?  
Comment cet exercice a-t-il influencé la façon dont vous avez abordé des situations similaires depuis ?
- En réfléchissant à l'expérience d'apprentissage elle-même, avez-vous des recommandations, suggestions ou commentaires (positifs ou négatifs) à propos de l'exercice ?
- Recommanderiez-vous le Réseau Scholar COVID-19 de la Fondation Apprendre Genève à d'autres personnes ? Pourquoi/pourquoi pas ?
- Envisagez-vous de participer à des activités futures ? Pourquoi/pourquoi pas ? Si vous envisagez de participer, sur quoi aimeriez-vous que le Réseau Scholar COVID-19 se concentre ?
- Y a-t-il un autre accompagnement qu'il pourrait vous apporter ?

### APPROFONDISSEMENT DE L'ÉTUDE DE CAS:

- Pouvez-vous nous dire pourquoi vous avez choisi cette expérience pour votre étude de cas ?
- Cette expérience était-elle représentative de votre travail ou quelque chose de différent ?
- Avez-vous utilisé la même approche ou une approche similaire depuis ? Avec quel effet ? (si l'effet est positif, pourquoi pensez-vous que c'est une bonne approche à adopter ?)
- À la suite de votre étude de cas spécifique, la situation que vous avez décrite a-t-elle évolué ? (par exemple, changements dans l'acceptation de la communauté/adhésion au calendrier de vaccination/engagement avec les dirigeants/communication entre la communauté et les équipes de vaccination)
- À votre avis, quel est le facteur clé pour rassurer les communautés hésitantes ?
- Les interventions réussies étaient souvent fondées sur une forte implication personnelle du personnel de vaccination. Cela peut être difficile à reproduire et à faire à l'échelle de chaque situation. Quelles sont les lignes directrices en vigueur dans votre pays en matière de communication et d'engagement communautaires liés à la vaccination ?
- Comment pensez-vous que le personnel de vaccination pourrait s'engager davantage auprès de la communauté ?  
Quelles sont les actions spécifiques qui pourraient être entreprises ?  
Quels sont les obstacles qui ont empêché les communautés de s'engager dans les activités de sensibilisation aux vaccins ?
- En pensant à la pandémie de COVID-19, quels sont les principaux enseignements qui devraient guider la façon dont les collègues abordent l'hésitation à l'égard des vaccins COVID-19 ?  
À votre avis, comment les agents de vaccination devraient-ils se préparer à faire face aux hésitations concernant les vaccins COVID-19 ?  
Y a-t-il des suggestions que vous donneriez à un collègue pour faire face à une hésitation provenant d'un manque d'information ou d'une information erronée ?





