



**HAL**  
open science

## **Vaccinations et maladies epidemiques au Niger : perceptions, experiences, pratiques et acteurs**

Mamane Abdou Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Saley Hima Oumarou,  
Mahamadou Bello Adamou, Assoumane Cheffou Cheffou Abouka, Hamani  
Oumarou

### ► To cite this version:

Mamane Abdou Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Saley Hima Oumarou, Mahamadou Bello Adamou, Assoumane Cheffou Cheffou Abouka, et al.. Vaccinations et maladies epidemiques au Niger : perceptions, experiences, pratiques et acteurs. 2024, 978-2-37235-052-5. halshs-04816990v1

**HAL Id: halshs-04816990**

**<https://shs.hal.science/halshs-04816990v1>**

Submitted on 11 Dec 2024 (v1), last revised 24 Dec 2024 (v2)

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## VACCINATIONS ET MALADIES ÉPIDÉMIQUES AU NIGER : PERCEPTIONS, EXPÉRIENCES, PRATIQUES ET ACTEURS

© Picture alliance via Getty Image



**COORDINATION**  
Dr Mamane ABDOU OUMAROU

*Éditions Gashingo*

**INVESTIGATEUR PRINCIPAL**

*Dr Mamane ABDOU OUMAROU, Labo SHS-Santé CERMES*

**CONSEILLER SCIENTIFIQUE**

*Dr Hamani OUMAROU, LASDEL, Université Abdou Moumouni*

**ASSISTANTS DE RECHERCHE**

*Dr Mahamadou BELLO ADAMOU, LASDEL, Université Abdou Moumouni*

*Saley HIMA OUMAROU, Doctorant Université Abdou Moumouni*

*Balkissa IBRAHIM HAROUNA, Labo SHS-Santé CERMES*

*Assoumane CHEFOU ABOUKA, Labo SHS-Santé CERMES*

**GESTIONNAIRE DE PROJET**

*Nafissatou MAÏFADA, CERMES*

ISBN 978-2-37235-052-5

© Mai 2024 Éditions Gashingo

Dépôt légal sous le N°057 le 27 Mai 2024

Bibliothèque Nationale du Niger

Tous droits réservés pour tous pays

# Table des matières

<b>Sigles et abréviations</b>	<b>6</b>
<b>Liste de figures</b>	<b>7</b>
<b>Introduction générale</b>	<b>9</b>
<b>Projet ALLIANCE SHS Afrique, une contribution des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension de la problématique vaccinale</b>	<b>13</b>
<i>Contexte et justification</i>	13
Présentation	14
Objectif général	15
<i>Objectifs spécifiques</i>	16
<i>Rôles des parties prenantes</i>	16
Composante recherche	17
Questions de recherche	18
<i>Chronogramme des activités</i>	19
Rôle du CERMES	19
<b>Vaccination contre le COVID-19 et ses impacts probables sur les autres formes de vaccinations : une revue systématique de littérature</b>	<b>21</b>
Introduction	21
Méthodologie	22
<b>Résultats</b>	<b>23</b>
Impact du COVID-19 sur la couverture vaccinale de routine	24
Impact de la vaccination COVID-19 sur la couverture vaccinale	27
Effets indésirables de la vaccination contre le COVID-19	28
Avantages de la vaccination contre le COVID-19	28
Efficacité des vaccins contre le COVID-19	29
Évaluation de l'impact de la vaccination contre le Covid-19 et la réadaptation des stratégies vaccinales	30
<b>Discussions</b>	<b>31</b>
Raisons d'exclusion de certains textes pour cette revue de littérature	31
Ce que les résultats nous disent	31
Limites de la revue	34
<b>Conclusion</b>	<b>35</b>
<b>Références bibliographiques</b>	<b>35</b>
<b>Comprendre les facteurs contextuels comme déterminants des politiques et stratégies en matière de santé</b>	<b>43</b>
<b>Introduction</b>	<b>43</b>
<b>Méthodologie</b>	<b>44</b>

<b>Résultats</b>	<b>45</b>	
Données socio-démographiques : facteurs déterminants pour le système de santé		45
<i>Une population essentiellement rurale avec une forte croissance démographique</i>		45
<i>Une pyramide des âges marquée fortement par les jeunes et un taux de fécondité des plus élevé au monde</i>		46
<i>Croyances religieuses versus politiques démographiques et sanitaires</i>		47
Des implications du Conseil Islamique		49
<b>Données socio-économiques</b>	<b>50</b>	
<i>Une économie peu diversifiée dominée par un secteur primaire informel</i>		50
Conséquences des mesures sanitaires sur l'activité économique		51
<b>Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)</b>	<b>52</b>	
Développement de la téléphonie mobile et de l'Internet		52
Fakes news et les réseaux sociaux		53
<b>Données socio-sanitaires</b>	<b>54</b>	
Couverture sanitaire en augmentation		54
Prédominance de maladies transmissibles à caractère endémo-épidémiques		54
<b>Gestion des épidémies : le SARS-COV2 ou COVID-19</b>	<b>55</b>	
Forte mobilisation politique en réponse à une urgence de santé		55
Résistance de la population contre les mesures barrières		56
Premiers cas COVID-19 et conséquences sur la fréquentation des centres de santé		57
Introduction des vaccins contre le COVID-19		58
Vaccination contre le COVID-19 et autres vaccinations		59
<b>Conclusion</b>	<b>60</b>	
<b>Références bibliographiques</b>	<b>61</b>	
<b>Cartographie des acteurs : comprendre les enjeux, les freins et les leviers de la vaccination</b>	<b>65</b>	
<b>Introduction</b>	<b>65</b>	
<b>Méthodologie</b>	<b>65</b>	
<b>Résultats</b>	<b>66</b>	
Positionnement des acteurs		72
Interdépendance des trois entités ou « Triangle du pouvoir »		74
<b>Conclusion</b>	<b>76</b>	
<b>Vaccinations et maladies épidémiques au Niger : une enquête qualitative par entretien auprès des acteurs et la population</b>	<b>77</b>	
<b>Introduction</b>	<b>77</b>	
<b>Méthodologie</b>	<b>79</b>	
<b>Résultats</b>	<b>80</b>	
Synthèse des données et répartitions des populations de l'enquête		80

**Stratégies, dispositifs et pratiques des acteurs institutionnels et communautaires en matière de la vaccination 83**

Vaccination, du Programme Élargi de Vaccination (PEV) à la Direction des Immunisations 84

Management des dispositifs vaccinaux : stratégies, coordination, implémentation, approvisionnement et évaluation 85

L'État et ses partenaires : une implication multi acteurs dans le champ de la vaccination qui n'est pas sans conséquence 87

Du rejet de la vaccination contre la poliomyélite à la différenciation des campagnes de vaccination 88

Vaccination COVID-19, une particularité ? 88

Obstacles opérationnels et leviers des campagnes de vaccination : exemples d'échecs et de réussites 91

**En conclusion 93**

**Perceptions, représentations et pratiques des populations en matière de vaccination 94**

Méningite, rougeole et choléra : des maladies à potentiel épidémique « indigènes » mais craintes 95

Vaccinations, expériences individuelles et collectives quelquefois appréhendées 96

Mesures de prévention et de prise en charge des malades épidémiques 98

Rapports mitigés à l'hôpital et aux professionnels de santé 101

Croyances religieuses : la foi comme moyen de protection 102

Critique des autorités politiques et coutumières et complot des « Blancs » 103

**En conclusion 104**

**Avoir recourt à lexicométrie pour saisir les sens des discours 105**

**En conclusion 111**

**Conclusion générale 113**

**Vers un transfert de connaissance pour une utilisation des résultats par l'ensemble des acteurs 115**

Introduction 115

Plan de transfert de connaissances 117

Note de politique 122

**Références bibliographiques 125**

**Annexes 127**

Autorisation de recherche 128

Note d'information pour les participants à l'étude 130

*Objectif général* 130

*Objectifs spécifiques* 130

*Résultats attendus* 130

*Procédures* 131

Formulaire de Consentement – Participation à un entretien individuel 132

## Sigles et abréviations

**ANRS** : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

**CAP** : Connaissances Attitudes Pratiques

**CERMES** : Centre de Recherche Médicale et Sanitaire

**CIRAD** : Centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement

**CNERS** : Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé

**CNGE** : Conseil National de Gestion des Épidémies

**COVAX** : COVID-19 Vaccines Global Access

**Covid-19** : Coronavirus Disease 2019

**CR** : compte rendu

**CRCF** : Centre Régional de Recherche et de Formation à la Prise en Charge Clinique de Fann

**DTC3** : Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche

**GAVI**: Global Alliance for Vaccines and Immunization

**INC** : Institut National de Coordination

**INS** : Institut National de la Statistique

**IPM** : Institut Pasteur de Madagascar

**IPT** : Institut Pasteur de Tunis

**IRD** : Institut de Recherche pour le Développement

**LASDEL** : Laboratoire d'Études et Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local

**MIE** : Maladie Infectieuse Émergente

**MSP/P/AS** : Ministère de la Santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PCR** : Polymerase Chain Reaction, ou réaction de polymérase en chaîne

**REPAIR** : Recherche Pasteurienne Internationale en Réponse au coronavirus en Afrique

**SBC** : Surveillance à Base Communautaire

**SHS** : Sciences humaines et sociales

**SNIS** : Système National d'Information Sanitaire

**SURGE** : Programme de Renforcement et d'Utilisation des équipes de Réponse pour les Urgences

**TDR** : Test de Diagnostic Rapide

**UMIFRE** : Institut de recherche sur le Maghreb contemporain

**UNICEF** : Fonds des Nations unies pour l'enfance

## Liste de figures

<i>Figure 1</i> : Organigramme de projet Alliance SHS Afrique	19
<i>Figure 2</i> : Évolution de l'objet de recherche commun aux 4 pays	20
<i>Figure 3</i> : Questions de recherche des 4 pays du consortium	21
<i>Figure 4</i> : Chronogramme commun des activités	21
<i>Figure 5</i> : Diagramme décrivant la démarche d'identification et de sélection des sources	24
<i>Figure 6</i> : Arbre thématique des principaux thèmes et leurs information clés	25
<i>Figure 7</i> : Acteurs en présence dans le champ de la vaccination	58
<i>Figure 8</i> : Rôles et poids des acteurs de la vaccination	58
<i>Figure 9</i> : Positionnement des acteurs	59
<i>Figure 10</i> : Qualité des relations entre acteurs	59
<i>Figure 11</i> : Interdépendance des trois entités ou « Triangle du pouvoir »	60
<i>Figure 12</i> : Plan cadastral de la ville de Niamey	65
<i>Figure 13</i> : Effectif, catégorie et répartition de la population enquêtée	65
<i>Figure 14</i> : Répartition des enquêtés selon la langue	66
<i>Figure 15</i> : Répartition des enquêtés selon les catégories acteurs institutionnels et communautaires	66
<i>Figure 16</i> : Arbre thématique issu du corpus acteurs de la vaccination	67
<i>Figure 17</i> : Arbre thématique issu du corpus population cible des programmes vaccinaux	75
<i>Figure 18</i> : Dendrogramme des classes thématiques issues du corpus population cible des programmes vaccinaux	83
<i>Figure 19</i> : AFC des classes des mots du corpus population	84
<i>Figure 20</i> : AFC des variables du corpus population	84
<i>Figure 21</i> : Dendrogramme des classes thématiques issues du corpus acteurs de la vaccination	85
<i>Figure 22</i> : AFC des classes des mots du corpus acteurs	85
<i>Figure 23</i> : AFC des variables du corpus acteurs	85





## Introduction générale

**A** l'instar des autres pays du monde, le Niger fait couramment l'expérience des épidémies. En effet, le pays enregistre régulièrement des épidémies de rougeole (2020, 2021)<sup>1</sup>, de méningite (2005, 2022-2023)<sup>2</sup>, de diphtérie (2022, 2023), de choléra (2021, 2022)<sup>3</sup> qui sont les principales maladies épidémiques du pays. Face à ces épidémies, les autorités sanitaires mettent en place des actions à travers des dispositifs pour répondre et contrôler ces maladies. Parmi les réponses apportées, l'État du Niger met la surveillance et la riposte aux épidémies au cœur de la Politique Nationale de Santé (PNL). On note au niveau stratégique la mise en place du Conseil National de Gestion des Épidémies (CNGE) devenu Comité One Health (Santé unique) et la création d'un second organe dénommé Institut National de Coordination (INC). Au niveau opérationnel, il y a le dispositif SURGE (équipe d'intervention d'urgence pluridisciplinaire) ainsi que l'expérimentation de la Surveillance à Base Communautaire (SBC).

Le Niger a aussi fait l'expérience de la récente pandémie du Covid-19 pour laquelle les autorités politiques et sanitaires ont vite réagi à travers une importante mobilisation. Ainsi, les autorités sanitaires ont-elles pris plusieurs mesures qui couvrent à la fois la prévention (le respect des mesures barrières, le confinement, la vaccination) le diagnostic (test PCR et TDR) et la prise en charge (la gratuité de soins) des personnes malades. S'agissant de la vaccination, aussitôt que les vaccins contre le Covid-19 ont été découverts, les autorités se sont mobilisées afin de les rendre disponibles pour de la population. C'est avec le soutien de l'OMS, à travers le dispositif COVAX, et des partenaires bilatéraux et multilatéraux, que le pays s'est procuré les doses de vaccins ayant servi à plusieurs campagnes de vaccination.

---

1. <https://www.msf.fr/actualites/niger-augmentation-exponentielle-des-cas-de-rougeole>

2. <https://www.mesvaccins.net/web/news/20419-epidemie-de-meningite-a-meningocoquec-au-niger>

<https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON439>

3. <https://www.afro.who.int/fr/countries/niger/news/epidemie-de-cholera-et-premier-deploiement-de-lequipe-surge-maradi-et-zinder>

Concomitamment à la focalisation sur la pandémie, notamment durant l'année 2020, les autres formes de vaccinations y compris celles dites de routines du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ont connu une baisse à travers le monde. En effet, un communiqué conjoint de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)<sup>4</sup> annonçait que la pandémie du Covid-19 est à l'origine du plus grand recul ininterrompu des vaccinations en trente ans. Le contexte de cette pandémie (confinement, fermeture des frontières, couvre-feu, mesures barrières, infodémie) aurait donc eu des effets sur certaines vaccinations de routines et celle de la riposte (méningite, polio, rougeole, grippe) voire même que la vaccination contre le Covid-19 aurait directement impacté les autres vaccinations (cf revue de littérature). L'OMS et l'UNICEF lancent donc l'alerte concernant la poursuite du recul de la couverture vaccinale dans le monde en 2021, alors que 25 millions de nourrissons n'ont pas reçu des vaccins vitaux. Le pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses de vaccins contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (DTC3), un marqueur de la couverture vaccinale à l'intérieur des pays et entre ceux-ci, a chuté de 5 points de pourcentage entre 2019 et 2021 pour se stabiliser à 81%. Selon ces agences, la pandémie de Covid-19 serait à l'origine de ce recul sans précédent.

Au Niger, le contexte de la pandémie du Covid-19 (fermeture de frontière, confinement, mesures barrières, isolement sanitaire, couvre-feu, infodémie, vaccination) a marqué les années 2020 à 2022. Durant cette période, les populations, les autorités politiques et les professionnels de santé ont fait l'expérience collective et individuelle de la pandémie. En dépit de quelques baisses de fréquentations des établissements de santé (Abdoulaye et al., 2021), les activités de consultation et de soins ont continué à être dispensées. A la même période, plusieurs campagnes de vaccination contre la rougeole (mai 2021), le choléra (avril 2022) et la méningite (fin 2021 à début 2022 puis de fin 2022 à début 2023) ont été menées. Au même moment, plusieurs campagnes de vaccination contre le Covid-19 ont été conduites mobilisant d'importantes ressources humaines et matérielles.

---

4. <https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/la-Covid-19-a-lorigine-du-plus-grand-recul-des-vaccinations>

Les rapports officiels (2022) de l'Institut National de la Statistique (INS)<sup>5</sup> et l'OMS<sup>6</sup> sur les différentes campagnes des vaccinations font ressortir une disparité entre les résultats enregistrés. D'une part, des taux de couverture vaccinale élevés pour la rougeole 99,8%, le choléra 96,4%, la fièvre jaune 95,2% et d'autre part celui de la vaccination contre le Covid-19 à 22% malgré les 7 campagnes de vaccination. Ce faible taux de la vaccination contre le Covid-19 peut être dû au phénomène de l'hésitation vaccinale comme l'a démontré l'étude réalisée par le CERMES en 2022 sur ce sujet (Oumarou et al., 2023). Cependant, cette disparité entre le taux de couverture des autres vaccinations (rougeole, cholera, fièvre jaune) et celui du Covid-19 peut susciter des interrogations.

Si la littérature grise (ci-dessus le rapports SNIS, OMS) montre qu'au Niger il n'y a pas d'effets de la vaccination contre le Covid-19 ni même du contexte de la pandémie sur les autres vaccinations, il n'en demeure pas moins que les raisons du faible taux de couverture de la vaccination contre le Covid-19 sont à chercher. Alors, Comment appréhender les facteurs qui expliquent ce faible taux de vaccination contre le Covid-19 ? Cette question sera analysée à l'aune des autres dispositifs vaccinaux antérieurs à celui du Covid-19.

De façon spécifique, un questionnement est posé afin de mieux opérationnaliser la recherche. Il s'agit de savoir :

- En quoi la stratégie et le dispositif de la vaccination contre le Covid-19 sont-ils différents de ceux des autres vaccinations ?
- En quoi les pratiques des acteurs institutionnels et communautaires sont-elles différentes dans les dispositifs des vaccinations ?
- Comment les représentations des populations sur les vaccinations influencent-elles leurs choix vaccinaux ?
- En quoi les facteurs contextuels et historiques déterminent-ils les choix vaccinaux des populations ?

5. [https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/annuaire\\_bulletin/annuaire/ministere\\_sante/Annuaire\\_2021\\_23102022.pdf](https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/annuaire_bulletin/annuaire/ministere_sante/Annuaire_2021_23102022.pdf)

6. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-05/Rapport%20annuel%202022%20WHO%20Niger%2004052023.pdf>

Cette situation attire beaucoup l'attention et pousse à s'interroger sur les facteurs et les conditions qui pourraient expliquer cette faible performance de la couverture de la vaccination contre le Covid-19. Cette problématique est interrogée aux prismes de l'analyse de la stratégie, des dispositifs et des acteurs de la vaccinations (analyse stratégique de Crozier) ainsi que des théories subjectives et les représentations sociales de la santé et de la maladie (Ewé, Moscovici, Jodelet).

Le présent ouvrage essaie de répondre à ce questionnement à travers une recherche qualitative (revue de littérature, revue documentaire, enquête par entretien) sous l'angle disciplinaire de la socio-anthropologie. Au-delà de ce questionnement, l'ouvrage essaie de faire une analyse de perceptions, des représentations et des pratiques des acteurs et des populations en matière de vaccination. Il se structure en trois différentes parties à savoir : la revue de littérature ; l'analyse du contexte national et l'enquête terrain.

Avant la présentation des différentes parties, rappelons d'abord le cadre dans lequel ce projet de recherche s'inscrit.

# Projet ALLIANCE SHS Afrique, une contribution des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension de la problématique vaccinale

---

## Contexte et justification

**L**es récentes épidémies en Afrique (fièvre Lassa au Bénin en 2014, Ebola en RDC Congo et en Guinée 2014 et 2016, Fièvre de la Vallée du Rift au Niger en 2017, méningite au Niger, RDC Congo, Benin entre 2021 et 2023) et à l'échelle globale, notamment celle du Covid-19, ont montré l'importance de la prise en compte des dimensions sociales et culturelles dans les réponses des systèmes de santé. Ces épidémies ont mis en évidence combien les populations et les acteurs de santé locaux peuvent se trouver démunis face aux situations d'urgence et combien les dimensions socio-culturelles sont prépondérantes dans la compliance des populations aux interventions en santé publique.

En plus du Covid-19, ces dernières années, l'Afrique a dû faire face aux épidémies d'Ébola, de Lassa, de trypanosomiase, de fièvre jaune, de méningite, de peste, de choléra et de variole du singe. Le continent est particulièrement vulnérable aux épidémies en raison de la fragilité des systèmes de santé et des effets du changement climatique.

Depuis des décennies, l'anthropologie de la santé et, plus généralement les sciences humaines et sociales (SHS<sup>7</sup>) contribuent à la compréhension des dimensions sociales et culturelles des maladies. Ces compréhensions permettent une meilleure orientation des réponses proposées aux institutions et aux populations. Cet intérêt a permis notamment d'assu-

---

7. Le terme « SHS » est souvent utilisé en complément aux sciences biomédicales et mettent les individus, leurs pratiques et attitudes au cœur de la recherche. Ces « SHS » ne forment malgré tout pas un tout homogène mais sont constituées d'un ensemble de disciplines (géographie, communication, sciences de l'éducation, sociologie et anthropologie) offrant des méthodologies et approches qui leurs sont propres.

rer une adéquation des interventions en santé publique aux besoins et spécificités des populations. Par conséquent, afin d'assurer la prise en compte des dimensions socio-économiques et culturelles et des besoins des populations, les acteurs de santé doivent être sensibilisés à l'importance de ces aspects et disposer des outils d'investigation adaptés à chaque contexte.

Une cartographie des ressources humaines en sciences sociales dans les instituts membres du pasteur network pour la région Afrique, menée dans le cadre du projet REcherche PASTEURienne Internationale en Réponse au coronavirus en Afrique (REPAIR) (financé par le ministère français de l'Europe et des Affaires Étrangères en 2020), a révélé dans les instituts une situation hétérogène des équipes de travail non structurées du fait d'un investissement limité, notamment en ressources humaines. REPAIR a ainsi identifié un besoin important en renforcement des capacités en sciences sociales, notamment au niveau des instituts de recherche et de santé publique mobilisés en première ligne. Ce renforcement sera d'un appui essentiel à la pérennisation de la surveillance nationale et régionale et au diagnostic, qui constituent des enjeux cruciaux dont ces institutions mesurent de plus en plus l'importance.

## **Présentation**

Sur la base des constats, le projet ALLIANCE SHS Afrique se propose de créer un réseau d'experts mobilisables pour la prise en compte des dimensions socio-culturelles dans la réponse aux épidémies dans 7 pays d'Afrique, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, Madagascar, le Niger, la République Centrafricaine, le Sénégal et la Tunisie. Le projet vise à créer un socle de connaissances et une boîte à outils d'investigations en sciences sociales appliquées à la santé, dont pourront bénéficier les pays partenaires, voire plus largement tous les pays de la sous-région. Ces connaissances et ces outils d'investigations seront développés à partir de l'expérience acquise pendant la pandémie de Covid-19 en Afrique.

L'accent étant mis sur la vaccination, les informations liées à la vacci-

nation contre le Covid-19 seront collectées dans les pays partenaires (Madagascar, Niger, Sénégal et Tunisie) et analysées afin d'identifier les facteurs et conditions facilitant ou freinant son acceptabilité. Les outils et protocoles d'investigation en sciences sociales développés pendant la pandémie seront partagés et disponibles en accès libre, avec les chercheurs et les autres parties prenantes ; de nouveaux outils seront créés et adaptés au fur et à mesure.

Le projet est mis en œuvre par les instituts du Pasteur Network implantés dans les pays partenaires ainsi que le CRCF (Sénégal), qui pourra ainsi faire bénéficier le consortium de son expertise en sciences sociales (développé notamment à travers ses liens étroits et de longue date avec l'IRD et l'ANRS-MIE). Cet ancrage du projet dans le tissu local se traduit par un consortium dans lequel les chercheurs impliqués sont, pour l'essentiel, natifs des pays partenaires, leur permettant de faire profiter le projet de liens étroits et institutionnalisés avec d'autres parties prenantes locales ou françaises.

De plus, d'autres experts en sciences sociales seront mobilisés, à titre individuel ou institutionnel dans le Comité Scientifique pour accompagner et guider le consortium pendant la mise en œuvre du projet. C'est le cas de Alice Desclaux de l'IRD et de ses collaborateurs basés au CRCF (Sénégal), de l'Institut de recherche sur le Maghreb contemporain (UMIFRE à Tunis, invité par l'IPT), du CIRAD (invité par l'IPM), du LASDEL (au Niger, invité par le CERMES) et de l'Université de Paris (invité par l'IPM).

## **Objectif général**

Améliorer la capacité de réponse des Instituts de santé africains face aux crises épidémiques pour qu'ils utilisent une approche systémique qui prend en compte les dimensions sociales et culturelles et proposent ainsi des interventions efficaces davantage en adéquation avec les besoins et spécificités des populations.



## Objectifs spécifiques

- ▶ Faciliter l’acceptation et l’articulation de la vaccination en Afrique en comprenant les facteurs et conditions qui ont influencé la vaccination contre le Covid-19 ;
- ▶ Concevoir une boîte à outils d’investigation pour la recherche en SHS “clés en main” à déployer en contexte épidémique ;
- ▶ Renforcer les compétences en SHS des participants dans le domaine de la réponse aux épidémies.

## Rôles des parties prenantes

Pour faciliter la réalisation des activités, les rôles et les responsabilités des parties prenantes du projet ont été repartis. Plusieurs instances ont été créées pour la coordination, le pilotage et le conseil scientifique. L’organigramme ci-dessous représente ces différentes instances ainsi que les personnes ayant la charge de les animer.

## Organigramme

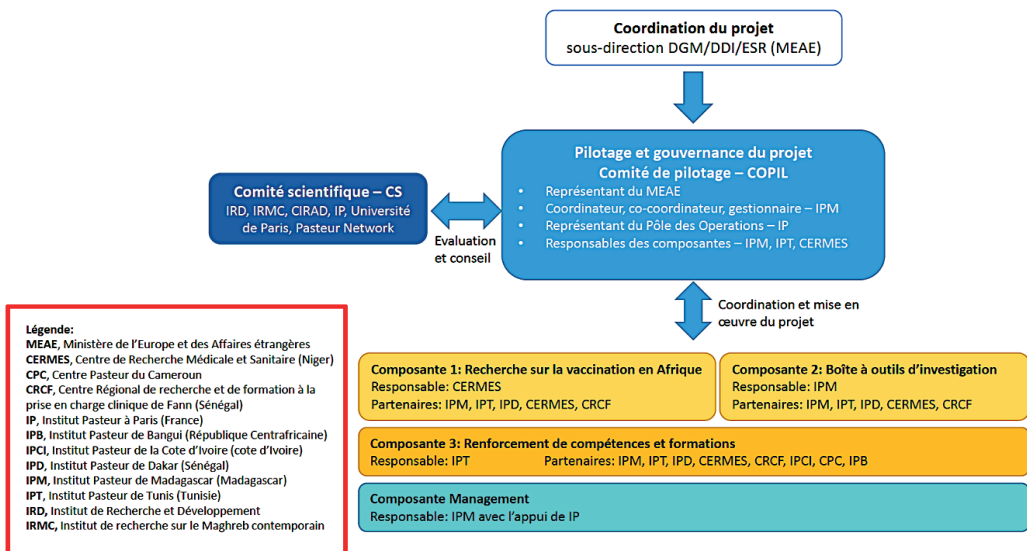


Figure 1 : Organigramme de projet Alliance SHS Afrique

## Composante recherche

Dans le cadre d'Alliance SHS Afrique, une étude multicentrique est menée afin de comprendre les effets de la vaccination contre le Covid-19 sur les autres dispositifs vaccinaux intégrés dans les programmes de routine des pays partenaires ou non. En effet, à la suite du Projet REPAIR (WP5 : étude compréhensive sur le testing et les mesures de prévention étendue aux dimensions sociales<sup>8</sup>), les résultats démontraient :

- Une progression de l'hésitation vaccinale (réticence, refus, rejet, retard) d'ailleurs c'est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur ;
- Des rapports complexes à la vaccination Covid-19 et des conséquences probables sur d'autres dispositifs vaccinaux ;
- Une "Crise de confiance" renforcée par le contexte de la pandémie du Covid-19 malgré la mobilisation politique et scientifique ;
- Les rapports des populations à la vaccination se modifient davantage, ce en dépit de ses bénéfices probants (évidences basées sur la médecine).

C'est dans ce contexte que s'inscrit la recherche qualitative menée dans les 4 pays sous la discipline de la socio-anthropologie. Les résultats de cette recherche permettront aux parties prenantes d'adapter leurs stratégies vaccinales nationales.

L'objet de recherche était d'abord centré sur l'articulation de la vaccination contre le Covid-19 avec les autres dispositifs vaccinaux. Ensuite, elle a évolué pour s'intéresser aux effets organisationnels de la pandémie du Covid sur les dispositifs sanitaires. Enfin, le choix a été de recentrer l'objet de recherche sur les effets de la vaccination contre le Covid-19

---

8. Mamane Abdou Oumarou, Olivier Las Vergnas, Oumarou Hamani, Nassir Messaadi, Mamane Sani Issoufou Souley, et al.. Contributions des Sciences Humaines et Sociales (SHS) à la compréhension des épidémies au Niger : Cinq investigations empiriques sur le Covid-19 ou l'éducation du patient. 2023, 978-2-37235-156-0. □10.5281/zenodo.7816922□. □halshs-04064292□ <https://shs.hal.science/halshs-04064292>

sur les autres dispositifs vaccinaux. La figure ci-dessous retrace l'évolution de l'objet de recherche commun aux 4 pays.

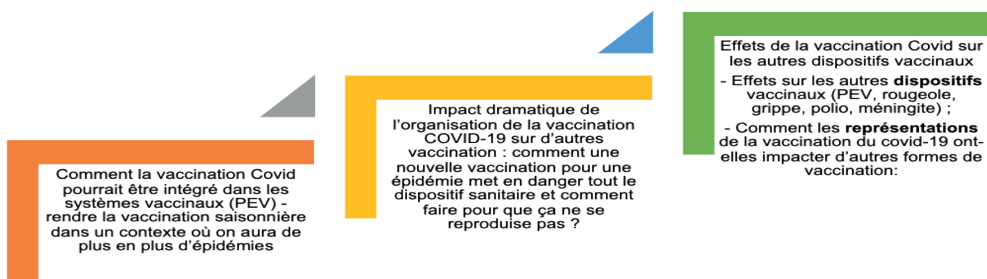


Figure 2 : Évolution de l'objet de recherche commun aux 4 pays

## Questions de recherche

Des questions de recherches ont été définies pour chacun des quatre pays en laissant le soin à chaque pays de faire le choix sur une pathologie qui aurait été plus impactée par les effets du Covid-19 et notamment sa vaccination. Pour le Niger (voir figure ci-dessous) l'analyse documentaire a démontré qu'il n'y a pas d'effet de la vaccination contre le Covid-19 sur les autres dispositifs vaccinaux mais plutôt un faible taux de couverture de cette vaccination contrairement à celle du PEV ou de la riposte épidémique.

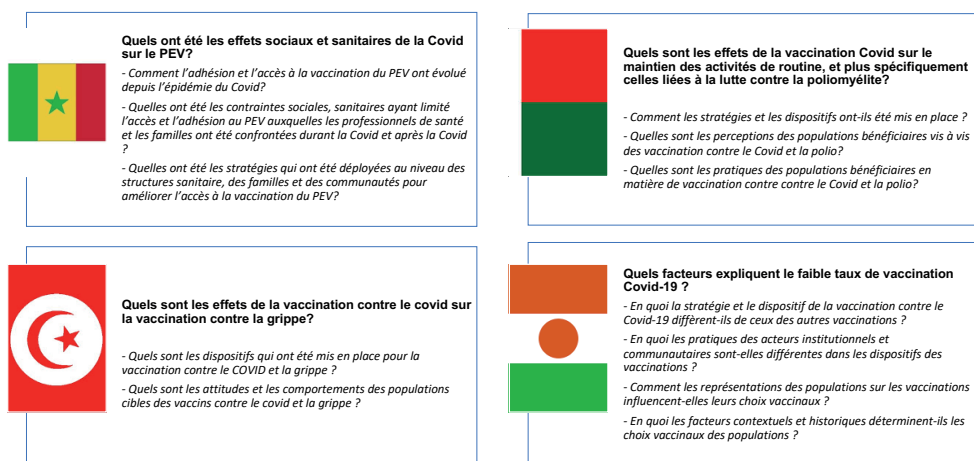


Figure 3 : Questions de recherche des 4 pays du consortium

## Chronogramme des activités

La recherche étant inscrite dans la durée, un retroplanning (figure ci-dessous) a été élaboré pour les quatre pays regroupés dans cette composante. Il s'agissait de lister les principales activités et de définir les périodes (date au plus tôt et au plus tard) pendant lesquelles elles doivent être réalisées.

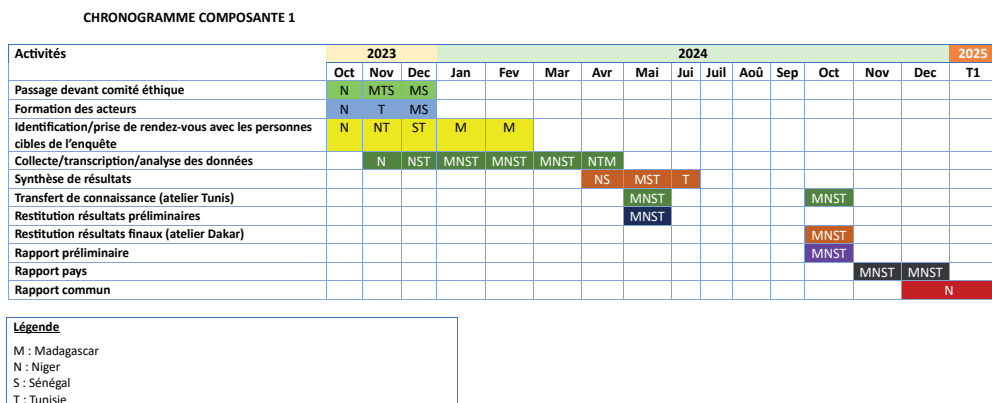


Figure 4 : Chronogramme commun des activités

## Rôle du CERMES

Le Centre de Recherche Médicale et Sanitaire (CERMES-Niger) assure la coordination de la composante recherche du projet. Dr Mamane ABDOU OUMAROU, assisté de ses collaborateurs du LASDEL et de l'UAM, coordonne la recherche sur les 4 pays et l'ensemble du projet en ce qui concerne le Niger. Une équipe permanente du Labo SHS-Santé (en cours de création), mobilisant les disciplines des sciences de l'éducation, la socio-anthropologie, la sociologie et les sciences de la santé, est en train de se constituer au CERMES.



# Vaccination contre le COVID-19 et ses impacts probables sur les autres formes de vaccinations : une revue systématique de littérature

## Introduction

La vaccination constitue une des principales armes de santé publique permettant d'empêcher la survenue et la propagation de certaines maladies (OMS., 2022). Elle est de ce fait reconnue comme le moyen de prévention le plus efficace. Toutefois, la vaccination connaît ces derniers temps une certaine réticence qui s'est accentuée avec la pandémie du COVID-19 (CERMES., 2023). En effet, le contexte de la pandémie (infodémie, mesure barrière, isolement sanitaire, défaillance des systèmes de santé) a contribué pour une bonne part au phénomène de défiance contre la vaccination avec l'apparition des mouvements antivaccin un peu partout dans le monde. Cependant, cela n'a pas ralenti les efforts de recherche et de développement de vaccins contre le COVID -19. Ainsi, les scientifiques ont mis au point, dans un temps relativement court, des vaccins contre cette maladie.

Le développement de ces nouvelles générations de vaccins a tout naturellement bénéficié des avancées technologiques dans le domaine biomédical comparativement aux années antérieures. Auparavant, la recherche biomédicale mettait un temps de développement relativement long dans l'élaboration des vaccins. Cette fois-ci les avancées technologiques, les efforts financiers consenti par les pouvoirs publics et l'accélération de la recherche et son développement ont permis un gain de temps qui n'a pas été en faveur de l'acceptabilité des nouveaux vaccins. Cette situation a suscité beaucoup de polémiques autour de l'élaboration des vaccins qui s'est faite à l'espace d'un an. La réaction des populations cibles, pour lesquelles les vaccins sont destinés,

ne s'est pas fait attendre. Aussitôt les vaccins découverts et mis à la disposition des États, des rumeurs ont été distillées concernant l'innocuité des nouveaux vaccins favorisant la confusion et la réticence des populations.

Depuis le démarrage de la vaccination contre le COVID-19, les statistiques (22% au Niger) montrent des taux de couverture vaccinale largement inférieur à l'objectif mondial de 70% fixé par l'OMS. Aussi, toute la gestion de la pandémie et les aprioris sur la vaccination contre le COVID-19, sont susceptibles d'avoir une incidence sur les autres dispositifs vaccinaux (OMS., 2022 ; CERMES., 2023). Ainsi, dans le cadre du projet de recherche ALLIANCE SHS Afrique du Pasteur Network<sup>9</sup>, la présente revue de la littérature a été réalisée dans l'optique de faire la recension des publications scientifiques autour de la question de la vaccination contre le COVID-19 et ses impacts probables sur les autres formes de vaccinations de routines ou non.

## **Méthodologie**

La méthode de revue systématique selon le procédé PRISMA<sup>10</sup> (version 2020) a servi de démarche. Une première recherche documentaire a été effectuée (24/07/2023) dans les bases des données PubMed et Google Scholar avec les mots clés : impact, vaccination, COVID-19. Google Scholar a généré 984 références, puis les filtres suivants ont été appliqués : période de 2020 à 2023, toutes les langues, articles de revue, ensuite « inclure les citations » a été décochée. Après le filtrage, 40 articles ont été obtenus. Avec la même requête sur PubMed, 8672 articles ont été retrouvés et 270 ont été obtenus après application des filtres suivants : période de 2020 à 2023, résumé, texte intégral, livres et documents, essai clinique, méta-analyse, essai contrôlé randomisé, revue systématique. De plus, 14 articles ont été obtenus à travers d'autres sources (réseau SHS du Pasteur Network) parmi lesquels 10 ont été retenus. Après le retrait de 6 doublons, 304 articles ont été retrouvés sur

---

9. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/programmes-internationaux/projet-alliance-shs-afrique-ameliorer-capacite-reponse-aux-crisis-epidemiques-grace-aux-sciences>

10. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>

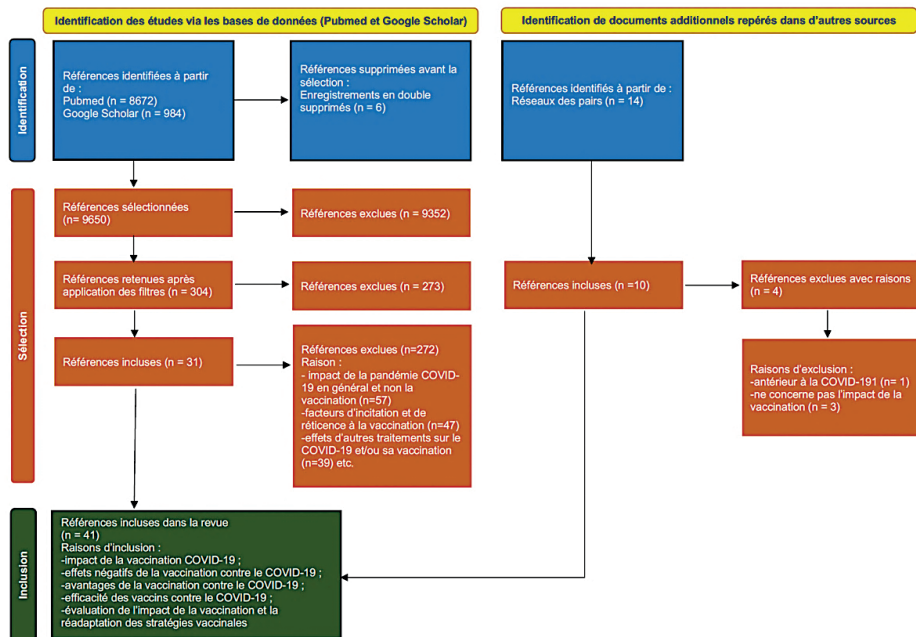


Figure 5 : Diagramme décrivant la démarche d'identification et de sélection des sources

## Résultats

Cette synthèse de littérature a porté sur des articles avec différents types de devis consignés dans le tableau 1. La majorité des articles utilisés ont une valeur scientifique élevée (10 revues systématiques avec méta-analyses, 11 revues systématiques, 7 revues de la littérature, 2 revues narratives, 2 essais cliniques, 4 études comparatives, une étude de cohorte). Elles confèrent une preuve scientifique consistante à l'étude et une certaine fiabilité des sources qui ont servi à la réalisation de celle-ci.

Les résultats de la recherche documentaire s'articulent autour de six principaux thèmes à savoir : impact du COVID-19 sur la couverture vaccinale de routine, impact de la vaccination contre le COVID-19 sur la couverture vaccinale, effets négatifs de la vaccination contre le COVID-19, avantage de la vaccination contre le COVID-19, efficacité



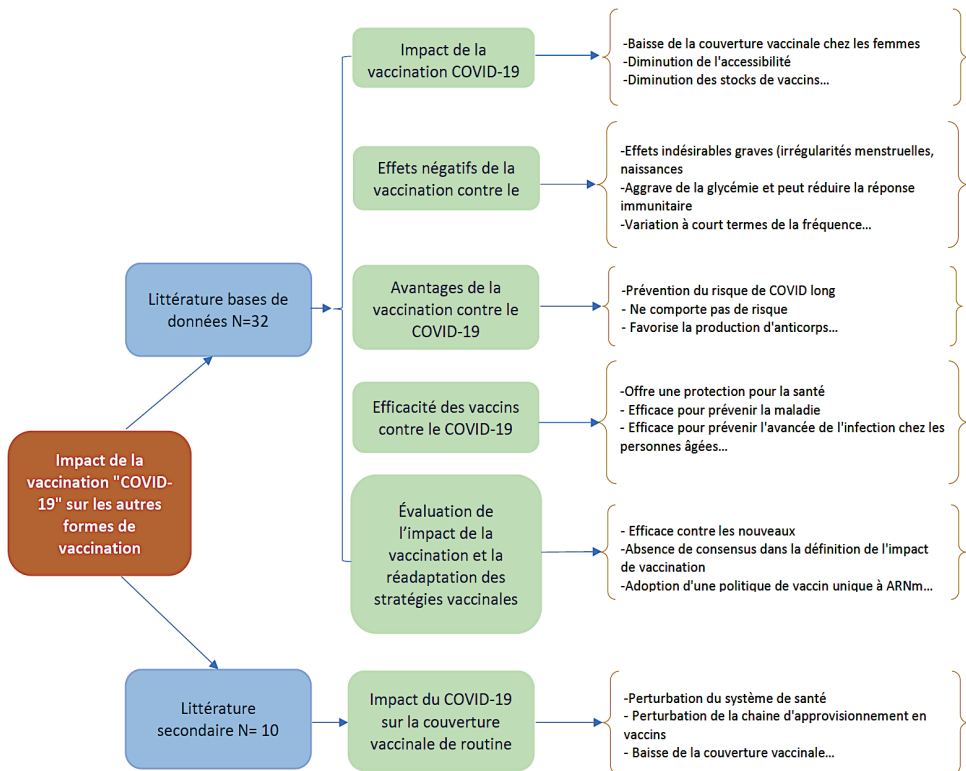


Figure 6 : Arbre thématique des principaux thèmes et leurs information clés

## Impact du COVID-19 sur la couverture vaccinale de routine

L'avènement du COVID-19 a affecté le fonctionnement des systèmes de santé de façon générale et la bonne marche de la vaccination de routine de façon particulière. Ceci a provoqué une réduction de la couverture sanitaire systématique dans plusieurs pays. C'est ainsi, comme l'ont souligné certains auteurs, il y a eu un ralentissement dans la couverture vaccinale en Inde surtout chez les enfants âgés de moins de cinq (5) ans où la réduction varie de 2% à 10% selon les antigènes (BCG : 2%, BCG et l'hépatite B0 à 9 %, DTC (Diphtérie, Tétanos, Coqueluche) entre 3 à 5%, DPT3 et 10 % pour la polio3). La baisse observée est plus significative dans les zones rurales que dans les milieux urbains. Cette analyse issue de l'enquête nationale fait également ressortir que

les enfants infectés font partie des groupes les plus touchés par cette réduction de la couverture vaccinale (Summan et al., 2023). Dans le même ordre d'idée, le COVID-19 a relevé la faiblesse de la dynamique des systèmes de santé. En effet, dans le premier semestre de 2020 déjà, en raison des perturbations des séances de vaccination de routine, la pandémie a eu un impact considérable sur la vaccination du DTC3 avec une réduction de 30% et MCV1 (Couverture Vaccinale par la première dose du vaccin antirougeoleux) (Shet et al., 2022). Aussi, une réduction significative de cette couverture vaccinale de routine a été notifiée par l'OMS allant jusqu'à 70% à travers le monde (Ota et al., 2021).

Deux facteurs expliquent ces perturbations, d'un côté ceux liés au fonctionnement des structures sanitaires et, de l'autre, ceux attribuables à la population locale. Le premier facteur concerne le redéploiement du personnel de santé, de leur service et des financements vers la riposte contre le COVID-19 au détriment des autres vaccinations ; les perturbations des chaînes d'approvisionnement des vaccins et l'arrêt ou la suspension des campagnes de vaccination afin de prévenir les contagions contre le COVID-19 (Gaythore et al., 2021, OMS et UNICEF, 2022 et Summan et al., 2023). Le deuxième facteur est lié à la crainte des parents d'exposer leurs enfants aux risques de contagion et les mesures de confinement qui ont limité les mobilités de personnes (Chippini E. et al., 2021 ; Gaythorpe et al., 2021 et Summan et al., 2023).

Aussi, la rupture de vaccination de routine des enfants comporte plus de risque de décès que l'infection COVID-19. En effet, les orientations étaient en faveur du maintien de la couverture vaccinale de routine. Malgré le contexte de la pandémie avec toutes ses mesures de restriction perturbant la couverture vaccinale, des efforts ont été fournis pour maintenir la continuité de la délivrance des services de vaccination. Ainsi, l'orientation des stratégies de vaccination est laissée à l'appréciation dans chaque pays selon les données contextuelles sur la fréquence des épidémies reflétant la réalité. Il convient cependant de préciser qu'à l'épreuve des faits, les efforts des États n'ont pas permis la réduction de la demande des services de santé (Abbas et al., 2020 ; Chiappini et al., 2021).

Par exemple, au Niger, le ralentissement de la fréquentation des centres de santé a occasionné un impact considérable sur la prévention des maladies évitables par la vaccination du Penta 1 et Penta 3. Il convient à cet effet de souligner que le contexte de la pandémie à Coronavirus a énormément influé sur l'utilisation des services de santé. Ainsi, une étude démontre que la phobie de la maladie est à l'origine de la diminution de la demande des services de santé par la population (Baissa et al., 2021). S'agissant du Sénégal, la comparaison des doses de vaccins (BCG, poliomyélite, pentavalent, le vaccin antipneumococcique, anti-rotavirus, rougeole, rubéole et fièvre jaune) administrés pendant le mois de mars 2019 et celui du mois de mai 2020 montre qu'il y a eu une diminution de 36% (Sow et al., 2020).

D'autres résultats (Gaythorpe et al., 2021), portant sur l'impact des perturbations de la COVID-19 sur la vaccination, révèlent un risque accru de la survenance d'une épidémie en fonction des retards et de la suspension de la vaccination selon l'antigène raté (rougeole, le méningocoque A et la fièvre jaune). Toutefois, l'étude révèle qu'elle n'a pas pris en compte les contraintes logistiques liées aux mesures de prévention et de contrôle du COVID-19 sur l'approvisionnement en vaccins, la demande de vaccination, et l'orientation du personnel de santé vers la riposte contre la COVID-19.

Dans un communiqué, OMS et UNICEF (2022) complètent quelques éléments n'ayant pas été pris en compte dans la recherche précédente. En effet, la pandémie à coronavirus a porté un coup dur à la vaccination systématique. Cette pandémie, avec ses panoplies de mesures de prévention, a affecté la chaîne d'approvisionnement en vaccin pour la couverture vaccinale de routine dans quasiment tous les pays. Ces organismes alertent que plus de vingt-cinq (25) millions d'enfants ont manqué une dose ou complètement raté certains vaccins, entre 2019 et 2021, notamment le DTC. Parmi cet effectif, dix-huit millions d'enfants n'ont reçu aucune dose de DTC. Ceci a accentué la survenue de certaines épidémies comme celle de la rougeole. Dans la même lancée que ces études qui témoignent des effets de la pandémie à coronavirus sur la vaccination systématique de routine, la résistance au vaccin

contre le COVID-19 semble également porter un coup dur à la continuité de la couverture vaccinale de routine. C'est pourquoi l'OMS a, dans ses tentatives de réduction des effets de la pandémie sur la vaccination systématique, conseillé d'éviter d'associer la vaccination COVID-19 avec les autres vaccinations (Berthaud-Clair, 2022).

## **Impact de la vaccination COVID-19 sur la couverture vaccinale**

Comme l'a souligné Yunusa & al, le COVID-19 a engendré une baisse de la couverture vaccinale de routine chez les femmes enceintes et les nourrissons. Les pays à revenu faible et intermédiaire et ceux à revenu élevé ont connu une diminution (jusqu'à -79 %), en plus d'importantes perturbations dans l'accessibilité et la prestation des services de vaccination (Yunusa et al., 2022). En ce sens, les résultats d'autres auteurs ont démontré que la pandémie de COVID-19 a entraîné une diminution de la couverture vaccinale et du nombre total de vaccins administrés chez les enfants. En plus, les cas de poliomyélite ont connu une hausse de quatre fois dans les zones endémiques. Parmi les facteurs qui ont contribué à cette augmentation, on note : la peur d'être exposé au virus dans les établissements de santé, la restriction des déplacements à l'échelle de la ville, la pénurie de travailleurs et le détournement des ressources de la santé des enfants pour faire face à la pandémie (Lassi et al., 2021). Même si ces données scientifiques montrent une baisse de la couverture vaccinale surtout dans le cas de certains antigènes, les données officielles laissent lire en filigrane qu'il n'y a pas eu un grand changement. Pour atténuer ces facteurs, des stratégies telles que le cadrage des informations sur les gains/pertes, l'importance des caractéristiques du vaccin et l'influence des pairs peuvent avoir un effet significatif sur les décisions des parents à faire vacciner leurs enfants (K. Wang et al., 2022).

## **Effets indésirables de la vaccination contre le COVID-19**

Comme toute vaccination, celle contre le Covid-19 présente également des effets indésirables, telles que des irrégularités menstruelles chez les femmes ayant été vaccinées. (Chao et al., 2022). La vaccination contre le COVID-19 constitue aussi un facteur de risque pour la thrombose du sinus veineux. Elle aggrave également la glycémie chez les patients atteints de diabète sucré et peut leur induire une plus faible réponse immunitaire. Cette vaccination a aussi un impact chez les enfants et les adolescents souffrant de pathologies rénales, même s'il n'est présent que chez un nombre réduit de personnes qui ont été vaccinés (He et al., 2023 ; Palaiodimou et al., 2022 ; Wu et al., 2022). De plus, la vaccination contre le COVID-19 induit à court termes des changements dans les paramètres HRV (Variabilité de la Fréquence Cardiaque) en particulier le RMSSD (Racine Carré de Différence Quadratiques Moyens des Intervalles NN successif) ainsi que des réactions cutanées même si leur nombre est faible par rapport à celui des vaccins administrés (Kwon & Lee, 2022 ; Martora et al., 2023). Par ailleurs, les études disponibles sur les effets secondaires de la vaccination contre le COVID-19 ne montrent aucune influence de ces effets sur l'acceptation de la vaccination, ni l'impact de celle-ci sur la fréquentation des centres de santé et la demande de soins préventifs tel que la vaccination.

## **Avantages de la vaccination contre le COVID-19**

Malgré le fait que le COVID-19 ait provoqué une baisse de la couverture vaccinale et de nombreux effets indésirables, la vaccination contre le SARS-CoV-2 présente plusieurs avantages. En effet, la vaccination complète garantit une protection élevée contre le COVID-19 notamment chez les personnes à risque. Cette vaccination peut aussi prévenir (effets protecteurs et thérapeutiques) le risque de contracter un COVID-19 long, si elle est effectuée bien avant l'infection (Notarte et al., 2022 ; Petráš et al., 2022 ; Byambasuren et al., 2022). De même, le risque de l'infection maternelle est réduit avec la vaccination contre le COVID-19, en plus d'un effet neutre à positif sur les résultats à la naissance après vaccination qui est amplifiée au-delà de deux doses au cours de

la grossesse (SeyedAlinaghi et al., 2022). Aussi, le moyen de prévention contre le COVID-19 favorise une production d'anticorps chez les femmes enceintes (Chaubey et al., 2023). Certains auteurs ajoutent que l'administration des vaccins contre le COVID-19 aux femmes enceintes ou allaitantes ne comporte aucun risque, au contraire ils comportent plus d'avantages que de risques pour les mères et les nouveaux nés. Les études suggèrent que la vaccination peut être faite à tout moment de la grossesse (Kumari et al., 2023 ; Toivola, 2022). D'un autre côté, la vaccination contre le COVID-19 diminue fortement les conditions post-COVID-19 même quand le vaccin est d'une faible efficacité. Et de l'autre côté, aucune preuve scientifique n'a démontré son impact sur la fertilité (Huang et al., 2023 ; Mittal et al., 2023 ; Zaçe et al., 2022). En outre, le vaccin à ARNm ne comporte pas de risques pour les patients cancéreux suivant un traitement de chimiothérapie, d'immunothérapie ou les deux (Oosting et al., 2021). Dans l'ensemble, les vaccins contre le COVID-19 offrent une protection de la santé physique qui procure une meilleure santé mentale (Ahmed & Kacane, 2021). Aussi, malgré l'apparition du variant Omicron, la vaccination de rappel contre le COVID-19 donne un avantage substantiel à la santé publique (Mendes et al., 2023) et réduit le risque de décès, de symptômes graves et d'hospitalisation (Calabrò et al., 2023).

## **Efficacité des vaccins contre le COVID-19**

En plus de ces avantages, des preuves de l'efficacité des vaccins contre le COVID-19 ont été démontrées par plusieurs études comme celle de Korang & al (2022), qui ont confirmé que tous les vaccins contre le COVID-19 sont indiqués comme efficaces pour la prévention de la maladie. Du reste, les vaccins à ARNm seraient les plus efficaces pour prévenir le COVID-19, ceux à vecteur viral paraissent plus efficaces pour réduire la mortalité (Korang et al., 2022). Ces vaccins sont également efficaces dans la prévention des avancées de l'infection, de l'hospitalisation, de la gravité et de la mort quand ils sont administrés à des personnes âgées. Aussi, plus les doses reçues sont élevées, plus l'efficacité du vaccin augmente, que ça soit pour le premier variant ou les nouveaux variants (Vadrevu et al., 2022 ; Yang et al., 2023). Dans la

même lignée, d'autres textes montrent également l'innocuité et l'efficacité des vaccins contre le COVID-19 chez les enfants asthmatiques quel que soit le niveau de gravité de la maladie (Grandinetti R et al., 2023).

## **Évaluation de l'impact de la vaccination contre le Covid-19 et la réadaptation des stratégies vaccinales**

L'évaluation de l'impact de la vaccination varie selon les points de vue des chercheurs. La communauté scientifique ne dispose pas d'une approche unique. Il s'agit à ce niveau de relever les divergences au niveau de la sémantique des terminologies employées dans les définitions même de l'impact de la vaccination, des méthodologies utilisées (modélisation, comparaison...) et des variables de résultats. Ceci laisse la compréhension des impacts de la vaccination COVID-19 au gré des scientifiques (Hastenreiter Filho et al., 2023). De ce fait, les conclusions issues de ces investigations peuvent moins aider les décideurs politiques à avoir un fondement scientifique à l'orientation des stratégies de couverture vaccinale. Ce qui pourrait expliquer le fait qu'il y a parfois un changement de stratégie à mi-parcours à l'exemple de l'adoption à Hong Kong d'une politique de vaccin unique à ARNm contre le COVID-19 suite à la fréquence de myocardite et de péricardite post-vaccinale (Carleton et al., 2023). Cette réadaptation de la politique de vaccination témoigne de l'improvisation dans la prise des décisions liées au défaut de consensus dans les aspects majeurs de la conception des politiques de santé publique.

## **Discussions**

### **Raisons d'exclusion de certains textes pour cette revue de littérature**

Pour répondre aux exigences de sélection des articles de la démarche PRISMA de sélection des articles, un examen minutieux a été réalisé pour trier et classer les articles en fonction de leur apport concernant le thème central de cette recherche. Cette même approche consistant à lire minutieusement les résumés des articles afin de procéder à la sélection définitive de ceux devant faire partie de la revue. Ce procédé a permis d'exclure les textes qui ne correspondaient pas aux critères de sélection, après application des filtres. Ainsi, les caractéristiques des 273 articles exclus sont classés en neuf groupes thématiques comme suit : impact de la pandémie à coronavirus en général et non celui de la vaccination COVID-19, facteurs d'incitation et de réticence à la vaccination, effets d'autres traitements sur le COVID-19 et/ou sa vaccination, aspects cliniques de la maladie et ses vaccins, effets secondaires des vaccins COVID-19, transmission et prévention du COVID-19, évaluation de l'innocuité des vaccins contre le COVID-19 et gestion de la riposte contre le COVID-19, la recherche pharmaceutique et l'approvisionnement des vaccins, aucun lien avec le COVID-19 et article rétracté. Ce nombre important d'articles exclus démontre d'une autre manière combien les études sur les impacts de la vaccination contre le COVID-19 sont peu nombreuses.

### **Ce que les résultats nous disent**

Un taux de couverture vaccinale supérieur (70% selon OMS) reste de nos jours le seul moyen de prévenir et de contenir la propagation d'une épidémie. Depuis, des décennies, la santé publique s'est consacrée à conserver un taux constant et satisfaisant de la couverture vaccinale. Ces efforts se sont obstrués par la recrudescence des épidémies dont la récente pandémie à COVID-19 qui a provoqué à la fois un réveil des États dans l'organisation, le fonctionnement et la délivrance des



services de santé à travers une approche de plus en plus inclusive. En effet, les résultats de cette revue montrent, d'une part, l'impact de la pandémie du COVID-19 et de sa vaccination sur la couverture vaccinale de routine. Bien que très peu rapportée dans la littérature, la pandémie du COVID-19 a eu un certain impact sur l'utilisation des services de santé et la couverture vaccinale. Il s'agit par exemple des effets à la fois sur la délivrance des soins curatif et préventif. Concernant, le soin curatif même s'il est implicitement abordé, la pandémie a provoqué une réduction dans la prise en charge des malades tout comme il est observé une réduction sans précédent de la couverture vaccinale de routine. D'autre part, il est également notifié comme l'atteste les résultats de cette revue des flambées épidémiques (exemple méningite, rougeole...) un peu partout dans le monde, dû effectivement à la vaccination manquée pendant la pandémie à coronavirus (OMS., 2022).

Cependant, il convient aussi de préciser que les données ne relèvent aucune corrélation entre l'acceptation et/ou le refus des vaccins contre le COVID-19 sur le recul des autres vaccinations (vaccination de routine, méningite, Rougeole). De ce fait, le rejet dont a fait l'objet une catégorie de vaccin au niveau institutionnel, dans certains États, voire même des populations n'a, à aucun moment selon les données analysées, affecté les autres dispositifs vaccinaux. Toutefois, les causes sous-jacentes (la distance, insuffisance de personnel et de tableau technique performant dans les centres périphériques et l'isolement sanitaire des villes) à l'exacerbation des inégalités entre la périphérie et le centre ont participé à la réduction de la couverture vaccinale dans le monde.

De plus, les résultats de cette revue ne soulignent pas certains aspects majeurs qui ont impacté le système de santé. Ainsi, la maîtrise de la communication est devenue incontournable notamment en contexte de gestion de crise sanitaire épidémique, surtout avec le développement rapide des réseaux sociaux. Cet essor des moyens de communications a ouvert la porte à la propagation de tous types d'informations (vraies ou fausses) et polémiques, créant une grande infodémie autour de la pandémie COVID-19 et sa vaccination. Par ailleurs, les gouvernements ont fourni d'importants efforts en termes de moyens de communication et d'implication des experts dans la gestion de cette crise. Ainsi parmi

les rôles qu'ils ont joués durant cette crise, les experts avaient la tâche de s'occuper de la communication gouvernementale auprès de la population (CERMES., 2023). Néanmoins, cette implication fut tardive car les messages transmis par les gouvernements étaient déjà sommés d'incohérences et d'inadaptation, impactant fortement les efforts de sorte à créer un climat de défiance des populations contre les politiques (Faye et Diatta, 2020).

Ces inadéquations ont attisé d'un côté la méfiance des populations envers les centres de santé et de l'autre, l'augmentation de l'hésitation pour les vaccinations. En plus, de la complexité de la communication pendant les crises sanitaires, qui influence les attitudes des populations vis-à-vis de la vaccination et/ou du COVID-19, il convient également d'ajouter que les résultats de la recherche montrent des limites s'agissant l'évaluation des impacts de la vaccination COVID-19 et la réadaptation des stratégies vaccinales des pays comme la Chine. Cela démontre toute l'impréparation qui a caractérisé l'organisation des campagnes de vaccination COVID-19, ainsi que le manque de plan stratégique préétabli en vue d'éventuelles épidémies de ce genre. Même s'il n'y a pas assez de données sur cet aspect, l'apport de ces deux documents sur les manquements de l'évaluation des impacts de la vaccination et l'adoption de nouvelles stratégies de vaccination semble relever une grande partie des défis auxquels la gestion de cette épidémie s'est confrontée. Cependant, les données de cette recherche ne se sont pas intéressées à l'impact du dispositif des institutions de la santé publique. Ce qui laisse un vide de connaissance sur la dimension institutionnelle de la gestion des grandes épidémies.

La gestion de la pandémie du COVID-19 a permis la mise en place de dispositifs organisationnels au niveau administratif et politique qui ont produit des effets sur la perception de la pandémie. Ainsi, les mesures de restriction telles que la fermeture des frontières les couvre-feux, la réduction des ressources humaines et matérielles mais également, la crainte de contracter la maladie (COVID-19), la baisse du pouvoir d'achat et la flambée des prix ; constituent autant de facteurs qui ont contribué à la baisse de fréquentation des services de santé des populations. (J.-P. Chippaux, 2022). Cette baisse de la fréquentation et celle

de la demande des services de santé des populations ont engendré aussi une baisse de la couverture vaccinale de routine. Il s'agit par exemple du cas la vaccination du DTC qui s'est vu régresser, du fait de tous ces facteurs susmentionnés.

Sur un autre plan, certains résultats de cette revue rapportent les avantages de la vaccination COVID-19, son efficacité et aussi les effets secondaires qu'elle peut induire. Ceci permet d'éclairer les populations avec des données probantes mais de toute apparence cela paraît insuffisant pour motiver les populations à se faire vacciner car ils ne répondent qu'à moitié aux questionnements de ces derniers quant aux effets à long termes des vaccins, et surtout aux grands moyens investis contre cette maladie qui a eu une faible mortalité surtout en Afrique, au détriment d'autres maladies endémiques et plus mortelles comme le paludisme.

## **Limites de la revue**

Les références utilisées dans cette revue sont tirées de Google Scholar et PubMed. En effet, la recherche s'est essentiellement appesantie sur les deux bases des données pour la majeure partie de la documentation à l'exception de quelques-unes obtenues à travers les réseaux de connaissance. Le choix de s'intéresser à ces deux bases des données pour la recherche documentaire émane d'un consensus de l'équipe de recherche à l'origine de cette revue. Après l'utilisation du sujet entier de la recherche dans les moteurs, un seul article a été obtenu sur PubMed, d'où l'initiative de se limiter aux mots clés utilisés. Ceci a élargi le champ de la recherche, permettant d'obtenir les références de cette revue. En outre, il est nécessaire de notifier qu'en raison de nos limites de la maîtrise de la langue anglaise, une traduction systématique de google a servi dans l'exploitation de certains textes trouvés dans les bases de données. Cette barrière linguistique peut constituer un handicap dans la compréhension et l'analyse des données. Toutefois, un des articles sélectionnés a été retiré des résultats pour cette revue suite à sa rétraction du journal où il a été publié : Impact of COVID-19 pandemic on routine vaccination coverage of children and adolescents : A systematic review (SeyedAlinaghi et al., 2022).

## Conclusion

Cette synthèse de la littérature a été réalisée dans le but de faire l'inventaire des publications scientifiques autour de la question de la vaccination contre le COVID-19 et ses impacts probables sur les autres formes de vaccinations de routines ou non. Aucun article (issu des bases de données) n'aborde explicitement la question des effets de la vaccination contre le COVID-19 sur les autres dispositifs vaccinaux, notamment la vaccination de routine ou non qui s'est déroulée au moment de la pandémie. Par ailleurs, les résultats abordent les thèmes concernant l'impact de la vaccination COVID-19 sur la santé physique et mentale des vaccinés ainsi que ses avantages pour la santé, son efficacité et son innocuité. Aussi, cette analyse documentaire révèle que le contexte de la pandémie COVID-19 a eu des impacts sur la continuation, la fréquentation et la demande des services des soins curatif et préventif dans plusieurs pays à travers le monde. Il ressort également des données que le contexte de l'élaboration des vaccins contre le COVID-19 a aussi joué sur son acceptation. Cependant, une étude comparative des stratégies et les dispositifs vaccinaux pourraient apporter un éclairage à la stagnation constatée dans la vaccination contre le Covid-19 dans certains pays comme le Niger.

## Références bibliographiques

- Abbas, K., Procter, S. R., Van Zandvoort, K., Clark, A., Funk, S., Mengistu, T., Hogan, D., Dansereau, E., Jit, M., Flasche, S., Houben, R. M. G. J., Edmunds, W. J., Villabona-Arenas, C. J., Atkins, K. E., Knight, G. M., Sun, F. Y., Auzenbergs, M., Rosello, A., Klepac, P., ... Medley, G. (2020). Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: A benefit–risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. *The Lancet Global Health*, 8(10), e1264-e1272. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30308-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30308-9)
- Ahmed, M. H., & Kacane, I. (2021). THE IMPACT OF COVID-19 VACCINATION ON HUMANS' PSYCHO-SOCIAL BEHAVIOUR: SCIENTIFIC

LITERATURE REVIEW. ICERI2021 Proceedings, 8093-8100. <https://doi.org/10.21125/iceri.2021.1831>

- Baissa, A. M., Oumarou, B., Moussa, H., Anya, B.-P. M., Didier, T., Biey, J. N.-M., Katoto, P., & Wiysonge, C. S. (2021). Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé dans la ville de Niamey : Une analyse dans 17 formations sanitaires de janvier à juin 2020. *Pan African Medical Journal*, 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.159.28282>
- Berthaud-Clair, S. (2022). Flambées de rougeole en Afrique : « La résistance au vaccin contre le Covid-19 a aussi contaminé les autres vaccinations » [Entretien]. <https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/05/16/flambees-de-rougeole-en-afrique-la-resistance-au-vaccin-contre-le-Covid-19-a-aussi-contamine-les-autres-vac...>
- Byambasuren, O., Stehlik, P., Clark, J., Alcorn, K., & Glasziou, P. (2022). Impact of COVID-19 vaccination on long COVID: A systematic review and meta-analysis (p. 2022.06.20.22276621). *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2022.06.20.22276621>
- Calabrò, G. E., Pappalardo, C., D'Ambrosio, F., Vece, M., Lupi, C., Lontano, A., Di Russo, M., Ricciardi, R., & de Waure, C. (2023). The Impact of Vaccination on COVID-19 Burden of Disease in the Adult and Elderly Population: A Systematic Review of Italian Evidence. *Vaccines*, 11(5), Article 5. <https://doi.org/10.3390/vaccine11051011>
- Carleton, B. C., Salmon, D. A., Ip, P., Wong, I. C. K., & Lai, F. T. T. (2023). Benefits v. risks of COVID-19 vaccination: An examination of vaccination policy impact on the occurrence of myocarditis and pericarditis. *The Lancet Regional Health – Western Pacific*, 0(0). <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100797>
- Chao, M. J., Menon, C., & Elgendi, M. (2022). Effect of COVID-19 vaccination on the menstrual cycle. *Frontiers in Medicine*, 9, 1065421. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1065421>
- Chaubey, I., Vijay, H., Govindaraj, S., Babu, H., Cheedarla, N., Shankar, E. M., Vignesh, R., & Velu, V. (2023). Impact of COVID-19 Vaccination on Pregnant Women. *Pathogens*, 12(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/pathogens12030431>

- Chiappini, E., Parigi, S., Galli, L., Licari, A., Brambilla, I., Angela Tosca, M., Ciprandi, G., & Marseglia, G. (2021). Impact that the COVID-19 pandemic on routine childhood vaccinations and challenges ahead: A narrative review. *Acta Paediatrica*, 110(9), 2529-2535. <https://doi.org/10.1111/apa.15949>
- Gaythorpe, K. A., Abbas, K., Huber, J., Karachaliou, A., Thakkar, N., Woodruff, K., Li, X., Echeverria-Londono, S., VIMC Working Group on COVID-19 Impact on Vaccine Preventable Disease, Arsene Bitu Fouda, A., Cutts, F., Dansereau, E., Durupt, A., Griffiths, U., Horton, J., Krause, L. K., Kretsinger, K., Mengistu, T., Mirza, I., ... Jit, M. (2021). Impact of COVID-19-related disruptions to measles, meningococcal A, and yellow fever vaccination in 10 countries. *ELife*, 10, e67023. <https://doi.org/10.7554/eLife.67023>
- Grandinetti R, Palazzolo E, & Rizzo L, Carbone R, Pisi G, Fainardi V, Esposito S. (2023). Impact de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les enfants asthmatiques et impact de la vaccination contre la COVID-19 : Preuves actuelles et revue de la littérature. *Micro-organismes*, 11(7):1745. <https://doi.org/10.3390/microorganismes11071745>
- Hastenreiter Filho, H. N., Peres, I. T., Maddalena, L. G., Baião, F. A., Ranzani, O. T., Hamacher, S., Maçaira, P. M., & Bozza, F. A. (2023). What we talk about when we talk about COVID-19 vaccination campaign impact : A narrative review. *Frontiers in Public Health*, 11, 1126461. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1126461>
- He, Y.-F., Ouyang, J., Hu, X.-D., Wu, N., Jiang, Z.-G., Bian, N., & Wang, J. (2023). Correlation between COVID-19 vaccination and diabetes mellitus : A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 14(6), 892-918. <https://doi.org/10.4239/wjd.v14.i6.892>
- Huang, J., Fang, Z., Huang, L., Fan, L., Liu, Y., Xia, L., Xu, D., Liu, P., Chen, J., Chen, M., Tian, L., Tan, J., & Wu, Q. (2023). Effect of COVID-19 vaccination on semen parameters : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 95(1), e28263. <https://doi.org/10.1002/jmv.28263>
- Karrow, N., Shandilya UK, & Pelech S, Wagter-Lesperance L, McLeod D, Bridle B, Mallard BA. (2021). Vaccination maternelle contre la COVID-19 et son impact potentiel sur le développement foetal et néonatal. *9(11):1351*.
- Korang, S. K., von Rohden, E., Veroniki, A. A., Ong, G., Ngalamika, O.,

- Siddiqui, F., Juul, S., Nielsen, E. E., Feinberg, J. B., Petersen, J. J., Legart, C., Kokogho, A., Maagaard, M., Klingenberg, S., Thabane, L., Bardach, A., Ciapponi, A., Thomsen, A. R., Jakobsen, J. C., & Gluud, C. (2022). Vaccines to prevent COVID-19 : A living systematic review with Trial Sequential Analysis and network meta-analysis of randomized clinical trials. *PloS One*, 17(1), e0260733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260733>
- Kumari, U., Sharma, R. K., Sinha, A., Sinha, M., & Keshari, J. R. (2023). Impact of COVID-19 Vaccination on Women During Pregnancy and Breast-feeding.
  - Kwon, C.-Y., & Lee, B. (2022). Impact of COVID-19 Vaccination on Heart Rate Variability : A Systematic Review. *Vaccines*, 10(12), Article 12. <https://doi.org/10.3390/vaccines10122095>
  - Lassi, Z. S., Naseem, R., Salam, R. A., Siddiqui, F., & Das, J. K. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Immunization Campaigns and Programs : A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 988. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030988>
  - Martora, F., Battista, T., Ruggiero, A., Scalvenzi, M., Villani, A., Megna, M., & Potestio, L. (2023). The Impact of COVID-19 Vaccination on Inflammatory Skin Disorders and Other Cutaneous Diseases : A Review of the Published Literature. *Viruses*, 15(7), Article 7. <https://doi.org/10.3390/v15071423>
  - Mendes, D., Chapman, R., Aruffo, E., Gal, P., Nguyen, J. L., Hamson, L., Di Fusco, M., Czudek, C., & Yang, J. (2023). Public health impact of UK COVID-19 booster vaccination programs during Omicron predominance. *Expert Review of Vaccines*, 22(1), 90-103. <https://doi.org/10.1080/14760584.2023.2158816>
  - Mittal, G., Mantravadi, K. C., & Rao Gadela, D. (2023). P-010 The impact of COVID-19 Vaccination on Sperm Parameters in Indian Men : A Comparative Study. *Human Reproduction*, 38(Supplement\_1), dead093.380. <https://doi.org/10.1093/humrep/dead093.380>
  - Notarte, K. I., Catahay, J. A., Velasco, J. V., Pastrana, A., Ver, A. T., Pangilinan, F. C., Peligro, P. J., Casimiro, M., Guerrero, J. J., Gellaco, M. M. L., Lippi, G., Henry, B. M., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2022). Impact of

- COVID-19 vaccination on the risk of developing long-COVID and on existing long-COVID symptoms : A systematic review. *EClinicalMedicine*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101624>
- OMS/UNICEF. (2022). La pandémie de COVID-19 à l'origine du plus grand recul ininterrompu des vaccinations en trente ans.pdf [Entretien]. <https://www.unicef.org/fr/communiqués-de-presse/la-Covid-19-a-lorigine-du-plus-grand-recul-des-vaccinations>
  - Oosting, S. F., van der Veldt, A. A. M., GeurtsvanKessel, C. H., Fehrman, R. S. N., van Binnendijk, R. S., Dingemans, A.-M. C., Smit, E. F., Hiltermann, T. J. N., den Hartog, G., Jalving, M., Westphal, T. T., Bhattacharya, A., van der Heiden, M., Rimmelzwaan, G. F., Kvistborg, P., Blank, C. U., Koopmans, M. P. G., Huckriede, A. L. W., van Els, C. A. C. M., ... de Vries, E. G. E. (2021). mRNA-1273 COVID-19 vaccination in patients receiving chemotherapy, immunotherapy, or chemoimmunotherapy for solid tumours : A prospective, multicentre, non-inferiority trial. *The Lancet. Oncology*, 22(12), 1681-1691. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00574-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00574-X)
  - Ota, M. O. C., Badur, S., Romano-Mazzotti, L., & Friedland, L. R. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on routine immunization. *Annals of Medicine*, 53(1), 2286-2297. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2009128>
  - Palaiodimou, L., Stefanou, M.-I., de Sousa, D. A., Coutinho, J. M., Papadopoulou, M., Papaevangelou, V., Vassilakopoulos, T. I., Tsiodras, S., Filippou, D. K., & Tsvigoulis, G. (2022). Cerebral venous sinus thrombosis in the setting of COVID-19 vaccination : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology*, 269(7), 3413-3419. <https://doi.org/10.1007/s00415-022-11101-2>
  - Petráš, M., Máčalík, R., Janovská, D., Čelko, A. M., Dáňová, J., Selinger, E., Doleček, J., Neradová, S., Franklová, M., Dlouhý, P., Rosina, J., & Lesná, I. K. (2022). Risk factors affecting COVID-19 vaccine effectiveness identified from 290 cross-country observational studies until February 2022 : A meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*, 20(1), 461. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02663-z>
  - Pierre Bégué (2012). L'origine du refus des vaccinations <https://www.afis.org/L-origine-du-refus-des-vaccinations#:~:text=En%20France%20les%20non%2Dvaccinations,par%20crainte%20de%20la%20vaccina->



## tion.l'origine

- SeyedAlinaghi, S., Karimi, A., Mojdeganlou, H., Alilou, S., Mirghaderi, S. P., Noori, T., Shamsabadi, A., Dadras, O., Vahedi, F., Mohammadi, P., Shojaei, A., Mahdiabadi, S., Janfaza, N., Keshavarzpoor Lonbar, A., Mehraeen, E., & Sabatier, J.-M. (2022). Retracted : Impact of COVID-19 pandemic on routine vaccination coverage of children and adolescents: A systematic review. *Health Science Reports*, 5(2), e00516. <https://doi.org/10.1002/hsr2.516>
- SeyedAlinaghi, S., MohsseniPour, M., Saeidi, S., Habibi, P., Dashti, M., Nazarian, N., Noori, T., Pashaei, Z., Bagheri, A., Ghasemzadeh, A., Afsahi, A. M., Aghaie, N., Mojdeganlou, P., Arjmand, G., Zargari, G., Modiri, R., Mojdeganlou, H., Razi, A., Mehraeen, E., & Dadras, O. (2022). Complications of COVID-19 Vaccines during Pregnancy; a Systematic Review. *Archives of Academic Emergency Medicine*, 10(1), e76. <https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1622>
- Shet, A., Carr, K., Danovaro-Holliday, M. C., Sodha, S. V., Prosperi, C., Wunderlich, J., Wonodi, C., Reynolds, H. W., Mirza, I., Gacic-Dobo, M., O'Brien, K. L., & Lindstrand, A. (2022). Impact of the SARS-CoV-2 pandemic on routine immunisation services : Evidence of disruption and recovery from 170 countries and territories. *The Lancet Global Health*, 10(2), e186-e194. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00512-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00512-X)
- Sow, A., Gueye, M., Boiro, D., Ba, A., Ba, I. D., Faye, P. M., Fall, A. L., & Ndiaye, O. (2020). Impact de la COVID-19 sur la vaccination de routine en milieu hospitalier au Sénégal. *Pan African Medical Journal*, 37. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.364.25805>
- Summan, A., Nandi, A., Shet, A., & Laxminarayan, R. (2023). The effect of the COVID-19 pandemic on routine childhood immunization coverage and timeliness in India : Retrospective analysis of the National Family Health Survey of 2019–2021 data. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*, 8, 100099. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2022.100099>
- Toivola, S. V. (2022). Possible Impact of Covid 19 Vaccination versus Infection on the Outcome of Pregnancy, including Maternal Well-being and Health Status of the Neonate. Literature Review. <https://dspace.rsu.lv/jspui/handle/123456789/8408>

- Vadrevu, K. M., Ganneru, B., Reddy, S., Jogdand, H., Raju, D., Sapkal, G., Yadav, P., Reddy, P., Verma, S., Singh, C., Redkar, S. V., Gillurkar, C. S., Kushwaha, J. S., Mohapatra, S., Bhate, A., Rai, S. K., Ella, R., Abraham, P., Prasad, S., & Ella, K. (2022). Persistence of immunity and impact of third dose of inactivated COVID-19 vaccine against emerging variants. *Scientific Reports*, 12(1), 12038. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-16097-3>
- Wang, K., Wong, E. L.-Y., Cheung, A. W.-L., Chung, V. C.-H., Wong, C. H.-L., Dong, D., Wong, S. Y.-S., & Yeoh, E.-K. (2022). Impact of information framing and vaccination characteristics on parental COVID-19 vaccine acceptance for children : A discrete choice experiment. *European Journal of Pediatrics*, 181(11), 3839-3849. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04586-6>
- Wu, H. H. L., Shenoy, M., Kalra, P. A., & Chinnadurai, R. (2022). Intrinsic Kidney Pathology in Children and Adolescents Following COVID-19 Vaccination : A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(10), 1467. <https://doi.org/10.3390/children9101467>
- Yang, X. H., Bao, W. J., Zhang, H., Fu, S. K., & Jin, H. M. (2023). The Efficacy of SARS-CoV-2 Vaccination in the Elderly : A Systemic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08254-9>
- Yunusa, A., Cabral, C., & Anderson, E. (2022). The impact of the Covid-19 pandemic on the uptake of routine maternal and infant vaccines globally : A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(10), e0000628. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000628>
- Zaçe, D., La Gatta, E., Petrella, L., & Di Pietro, M. L. (2022). The impact of COVID-19 vaccines on fertility-A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, 40(42), 6023-6034. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.09.019>



# Comprendre les facteurs contextuels comme déterminants des politiques et stratégies en matière de santé

## Introduction

Les maladies épidémiques sont comptées parmi les problèmes de santé publique majeurs au Niger. En effet, la survenue de manière récurrente des affections contagieuses, par le concours des facteurs géophysiques et/ou démographiques, est une problématique ancrée dans le vécu de la population à laquelle le système de santé essaie d’y faire face. Les récentes épidémies, rougeole (2020, 2021)<sup>11</sup>, de méningite (2005, 2017, 2022, 2023)<sup>12 13</sup>, de diphtérie (2022), de choléra (2021, 2022)<sup>14</sup> qu’a connu le pays n’ont en fait rien de nouveau car assez fréquentes dans le milieu. D’ailleurs, ces maladies épidémiques font l’objet de surveillance par le système de santé et font partie des expériences individuelles et collectives des populations. La seule maladie épidémique “nouvelle” pour la population du Niger et son système de santé est le SARS-COV2 ou COVID-19, dont l’épidémie (2020-2022) a touché pratiquement tous les continents. De ce fait, pour mieux appréhender les nouveaux défis de santé mondiale et améliorer la gestion des urgences sanitaires, il faudra dorénavant tenir compte entre autres des multiples facteurs contextuels et historiques ancrés localement ou non qui concourent à l’amplification ou à la mitigation des phénomènes épidémiques.

---

11. <https://www.msf.fr/actualites/niger-augmentation-exponentielle-des-cas-de-rougeole>

12. <https://www.mesvaccins.net/web/news/20419-epidemie-de-meningite-a-meningo-coque-c-au-niger>

13. <https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2023-DON439>

14. <https://www.afro.who.int/fr/countries/niger/news/epidemie-de-cholera-et-premier-deploiement-de-lequipe-surge-maradi-et-zinder>

La problématique, pour laquelle cette analyse du contexte national est produite, s’articule autour des « effets de la vaccination contre le Covid-19 sur les autres formes de vaccination de routines ou non »<sup>15</sup>. Cette analyse s’inscrit dans une démarche de recherche dont la tradition veut que soit produit, en amont des activités de terrain, un état de l’art (revue de littérature) et une analyse descriptive du contexte national dans lequel une recherche va être conduite. Ce préalable est posé dans l’optique de pouvoir mieux questionner l’objet de l’étude en partant des réalités contextuelles et historiques mais aussi pour pouvoir mieux définir les questions scientifiques qui remontent du terrain. Ainsi, le protocole de recherche qui en découle sera en ce moment ancré aux problématiques locales et les conclusions de l’enquête terrain pourront mieux éclairer les choix et les décisions en matière de santé publique.

Cette analyse est structurée en cinq parties dont chacune est considérée comme une grande catégorie de facteurs à l’intérieur de laquelle peut se retrouver plusieurs sous-facteurs. Il s’agit de : 1) données socio-démographiques ; 2) données socio-économiques ; 3) Nouvelles Technologies de l’Information et de la Communication ; 4) données socio-sanitaires et 5) gestion des épidémies : cas du SARS-COV2. Ces cinq grandes catégories de facteurs, ainsi que leurs sous-facteurs, sont entre autres des éléments qui peuvent avoir des liens directs ou non avec l’objet de cette recherche. Ils peuvent ainsi être considérés comme des “déterminants contextuels” qui nécessitent d’être pris en considération lors l’analyse globale.

## **Méthodologie**

Une recherche documentaire, constituée essentiellement de la littérature grise (rapport, fiche technique, document de presse), a été effectuée sur Internet et à travers des ressources documentaires apparentant à des institutions publiques et des organismes (INS, SNIS, DSRE, OMS). Les ressources documentaires ont été analysées au moyen d’une grille de

---

15. Objet de recherche du projet ALLIANCE SHS <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/institut-pasteur-monde/programmes-internationaux/projet-alliance-shs-afrique-ameliorer-capacite-reponse-aux-crisis-epidemiologiques-grace-aux-sciences>

lecture spécifique qui permettait de synthétiser les informations clés en rapport avec l'objet de recherche. Il faut noter qu'un des modèles du cadre d'analyse stratégique (PESTEL)<sup>16</sup> a beaucoup inspiré la démarche de ce travail dont les principaux résultats sont rapportés ci-après.

## Résultats

### **Données socio-démographiques : facteurs déterminants pour le système de santé**

#### **Une population essentiellement rurale avec une forte croissance démographique**

Le premier facteur socio-démographique important à prendre en compte dans cette analyse, en lien avec les questions de santé, concerne la croissance démographique et le caractère éminemment rural de la population du Niger. Selon l'Institut National de la Statistique (INS), le Niger comptait 22 752 385 habitants en 2020<sup>17</sup>. Malgré la croissance du taux de prévalence contraceptive en méthodes modernes chez les femmes, passant de 27,13% en 2016 à 45,59% en 2021, la population ne cesse de croître passant de 21 942 944 en 2019 à 22 752 385 en 2020 selon les données de l'INS<sup>18</sup>. Cette population est inégalement répartie entre les régions, entre le nord et le sud et selon les zones rurales et urbaines, comme le montrent les données de l'INS<sup>19</sup>. En effet, la région d'Agadez, située au Nord, reste la région la plus vaste (667 799 km<sup>2</sup>) et la moins peuplée (626 133 habitants), soit une densité de 0,9 hbt/Km<sup>2</sup>. En revanche, la région de Niamey, la capitale politique du pays, enregistre la plus forte densité (5194,8 hbt/Km<sup>2</sup>) suivie de la région de Maradi (108,2 hbt/Km<sup>2</sup>). Cette répartition inégale de la population peut être expliquée par l'hostilité climatique de la zone nord liée à son

16. <https://www.bdc.ca/fr/articles-outils/strategie-affaires-planification/definir-strategie/analyse-pestel-identifier-forces-externes-qui-nuisent-a-votre-organisation>

17. Institut National de la Statistique, Annuaire statistique 2021 : [https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/annuaire\\_bulletin/annuaire/ministere\\_sante/Annuaire\\_2021\\_23102022.pdf](https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/annuaire_bulletin/annuaire/ministere_sante/Annuaire_2021_23102022.pdf)

18. Ibid.

19. Ibid.

caractère désertique par rapport au sud. En termes rural-urbains, la population nigérienne est à majorité rurale pour plus de 80% d'habitants contre 16,03% d'habitants qui vivent en milieu urbain.

Le caractère rural et la forte croissance démographique ne constituent pas des facteurs facilitant la mise en œuvre des politiques de santé. En effet, le système de santé peine à se déployer sur l'ensemble du territoire et cela a des effets sur la couverture sanitaire moyennement acceptable mais plus assurée dans les milieux urbains et péri-urbains. Aussi, l'augmentation rapide de la population implique une adaptation permanente des politiques en matière de santé que ce soit en termes de ressources humaines, matériels et infrastructures de santé. La grande superficie du territoire nigérien, la démographie croissante et inégalement répartie constituent d'importants défis au sous-secteur de la santé et posent la problématique de la disponibilité et d'inégalité de l'accès aux services de santé.

### **Une pyramide des âges marquée fortement par les jeunes et un taux de fécondité des plus élevé au monde**

Le deuxième facteur socio-démographique, tout aussi important que le précédent, concerne le caractère jeune de la population nigérienne. En effet, les personnes âgées de moins de 18 ans représentent 56,62% de la population totale. On y note aussi une prédominance des personnes de moins de 15 ans qui représentent plus de 50% de la population<sup>20</sup>. Ces données démontrent le caractère jeune de la population qui s'explique, d'une part, par le fort taux de croissance démographique du pays, 3,9%, et d'autre part, par un Indice Synthétique de Fécondité estimé en 2015 à 7,3 enfants par femme<sup>21</sup>. Ces deux taux font partie des plus élevés au monde, ce qui fait de la population du Niger l'une des plus croissantes au monde. À ceux-là s'ajoute une espérance de vie de 61,6 ans en 2018. Toutefois, le pays enregistre l'un des plus faibles Indices de Développement Humain. En 2022, il est classé 189<sup>ème</sup> sur les 191 pays classés par les Nations-Unies, ce qui fait de lui l'un des plus pauvres du globe. Cette

20. Institut National de la Statistique, Annuaire statistique 2019 : [https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/publication\\_sectorielle/annuaire/sante/MSPPAS\\_Annuaire\\_Statistiques\\_2019\\_V20092021.pdf](https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/publication_sectorielle/annuaire/sante/MSPPAS_Annuaire_Statistiques_2019_V20092021.pdf)

21. Ibid.

situation se lit également à travers le niveau de pauvreté extrême qui s'élevait, selon la Banque Mondiale, à 41,8 % de la population en 2021, touchant plus de 10 millions de personnes. En 2020, le Produit Intérieur Brut par habitant est de 590,5 dollars par an, en 2020 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022). La pauvreté est aussi attribuée à la forte croissance démographique du pays bien que cela ne fasse pas l'unanimité des chercheurs. Ainsi, jeunesse de la population, forte fécondité et pauvreté se conjuguent au Niger. De ce fait, ces facteurs agissent sur le système de santé rendant à la fois difficile la maîtrise de la croissance de la population mais aussi limitent l'accessibilité (du fait de cette extrême pauvreté) aux services de santé quand ils sont disponibles.

### **Croyances religieuses versus politiques démographiques et sanitaires**

Le troisième facteur socio-démographique est l'intercession des croyances religieuses opposées à certaines politiques publiques en matière de démographie de santé. En effet, le fait religieux est prépondérant dans la société nigérienne qui est à plus de 95% musulmane<sup>22</sup>. Pour réduire la pauvreté, mais aussi maîtriser la croissance démographique, les autorités politiques ont mis en œuvre diverses politiques parmi lesquelles la réduction de la natalité à travers la vulgarisation de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Néanmoins, cette politique s'est heurtée à la résistance d'une part importante de la population qui est par ailleurs pro-nataliste (Elhadji Moustapha Chétima, 2020). Les leaders religieux musulmans font partie des premiers à s'attaquer à ces politiques. Leur opposition était d'ailleurs plus manifeste vers la fin des années 1990 et le début 2000 au moment des campagnes de la vaccination contre la poliomyélite. En effet, selon ces leaders, cette vaccination constitue un "complot" de l'Occident contre le monde musulman afin de réduire sa croissance démographique. De ce fait, les autorités politiques du Niger seraient complices dans ce complot. Avec les politiques de planification familiale introduites par les autorités,

---

22. Abdoulaye Sounaye, L'Islam au Niger : éviter l'amalgame, revue Humanitaire, 2011  
<https://journals.openedition.org/humanitaire/1023>



cette autre mesure a été perçue comme une stratégie pour réduire la natalité dans la société musulmane. Par conséquent, les leaders religieux ont multiplié les interventions afin de convaincre la population pour son rejet. Ainsi, leurs discours ont connu l'adhésion d'une grande partie de la population. Toutefois, malgré cette résistance, les autorités ont initié diverses stratégies consistant à impliquer certains leaders religieux et traditionnels faisant passer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 42,15% en 2019 à 45,59% en 2022 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022).

Avec la pandémie de COVID-19, certains leaders religieux musulmans ont senti venir un autre "complot" de l'Occident contre le monde musulman afin de toujours réduire sa démographie. Cette perception s'est renforcée lorsque les mesures barrières ont affecté l'accomplissement des prières dans les mosquées. En effet, avec l'instauration des mesures barrières et l'isolement partiel ou total des villes, les lieux de culte ont été interdits de fréquentation. Au Niger, cette mesure a connu une résistance de la part de la population musulmane qui voyaient son inopportunité (Dagobi, 2020b; Hima Oumarou, 2022; Issa, 2021; Moumouni, 2021)»author»: [ { «family»: »Hima Oumarou», »given»: »Saley» } ], »issued»: { «date-parts»: [ [ «2022» ] ] } }, { «id»: 20118, »uris»: [ «http://zotero.org/groups/5159621/items/2ATS85CI» ], »itemData»: { «id»: 20118, »type»: »article-journal», »abstract»: »Appelée « virus chinois » au début de sa propagation, la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19. Cette mesure a ainsi renforcé leurs perceptions concernant les ' théories du complot ' avancées contre les musulmans. Selon les croyants, les prières et les invocations permettraient de maîtriser la propagation de la maladie (Moumouni, 2021), mieux, elles seraient plus exhaussées lorsqu'elles sont accomplies dans les mosquées. La décision de la fermeture des mosquées et les risques des troubles que cela peut engendrer a poussé les autorités politiques à responsabiliser les leaders religieux pour son annonce publique. C'est donc au détriment des commerces restés ouverts que cette décision, mal perçue par la population, a été entérinée. Cette mesure consistant à fermer les lieux de culte était particulière car elle est la seule qui

avait nécessité la concertation entre autorités politiques et religieuses. Aussi, elle a été particulièrement difficile d'application à Niamey et dans plusieurs localités du pays (Dagobi, 2020b).

De ce fait, au Niger les croyances religieuses constituent un des déterminants qui favorisent le succès ou l'échec de certaines politiques publiques en matière de santé comme le démontre le paragraphe ci-dessus. Les discours sur et autour de certaines mesures et pratiques de prévention, comme la contraception, la vaccination et bien d'autres, entravent quelquefois la bonne marche de certaines stratégies en matière de santé. Les choix et les décisions font régulièrement l'objet de discussion entre les autorités, les chefs religieux et coutumiers.

## **Des implications du Conseil Islamique**

Le Conseil Islamique du Niger (CIN) a joué un rôle clé dans l'annonce de la décision de fermeture des lieux de culte. Divers arguments théologiques ont été avancés pour défendre cette décision. Le recours au CIN permettait au gouvernement « de se décharger d'un problème particulièrement délicat et de renvoyer dos à dos le Conseil islamique et les citoyens » (Dagobi, 2020b). Toutefois, les décisions du CIN n'ont pas fait l'unanimité auprès de la population d'où les contestations enregistrées çà et là dans le pays. Ces contestations s'expliqueraient aussi par les impacts économiques de ces mesures sur la population discuté plus bas.

Cette contestation ne constitue pas une première dans l'histoire du Niger. En effet, ces dernières années, les autorités politiques font face à des contestations des associations islamiques lorsqu'elles prennent des mesures en lien avec la religion. La dernière est intervenue en juin 2019 lors de l'adoption de la loi sur la réglementation de la construction des lieux de culte. Les contestations des interventions des autorités politiques dans le domaine religieux constituent la conséquence des interventions des leaders religieux dans l'espace public nigérien. En effet, avec l'avènement de la liberté d'association consacrée au début des années 1980, le Niger, pays à dominance musulmane, a connu une

multitude d'associations religieuses notamment islamiques (Idrissa 2018 ; Sounaye 2016 ; Zakari 2009). Les nouvelles associations se sont activées pour diffuser leurs valeurs en utilisant les NTIC (Sounaye, 2011). L'une des manifestations de ces interventions est l'appropriation de ces valeurs par les fidèles, notamment musulmans, et l'intouchabilité de la chose islamique (Souleymane, 2020). Si l'intouchabilité s'observe à travers les manifestations de contestations, l'appropriation des valeurs islamiques se manifeste par le comportement vestimentaire, la confiance en la protection divine, etc. Avec la pandémie de COVID-19, une part importante de la population nigérienne a vu en la prière un important moyen pour s'en protéger. C'est en ce sens qu'Afrobarometer avance, après un sondage, que les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour se prévenir contre le COVID-19 (Moumouni, 2021). Ce travail démontre l'influence de la religion sur les perceptions des Nigériens.

## **Données socio-économiques**

### **Une économie peu diversifiée dominée par un secteur primaire informel**

Sur le plan économique, le Niger est un pays dont l'économie reste peu diversifiée. Elle est dominée par le secteur primaire qui est informel. Pour preuve, l'agriculture, tributaire de la pluviométrie, contribue à hauteur de 40% dans le PIB. Quant au secteur industriel, il reste très faible et orienté vers la transformation des produits alimentaires (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022). Avec la pandémie du COVID-19, les autorités politiques et sanitaires ont instauré des mesures de prévention dont certaines ont impacté le revenu de la population concernée. Parmi celles-ci, la fermeture des frontières, la fermeture des commerces et de certaines entreprises, le couvre-feu de 19h à 6h, etc. Selon la Banque mondiale (Banque Mondiale, 2020), ces mesures ont engendré la perte d'emplois, la baisse de la consommation et bien d'autres conséquences. Les mesures ont eu beaucoup d'effets négatifs du fait qu'un nombre important de Nigérien dépend

du secteur informel et ne dispose pas de soutien pour atténuer leur perte de revenus (Banque Mondiale, 2020; Issa, 2021)»URL»:»https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2020/10/28/to-better-address-the-covid-19-crisis-niger-should-focus-on-health-measures-and-on-protecting-jobs-and-livelihoods»,»author»: [{«family»:»Banque Mondiale»,»given»:»»}],»accessed»: {«date-parts»: [[«2024»,6,4]]},»issued»: {«date-parts»: [[«2020»,10,28]]}}, {«id»:20118,»uris»: [«http://zotero.org/groups/5159621/items/2ATS-85CI»],»itemData»: {«id»:20118,»type»:»article-journal»,»abstract»:»Appelée « virus chinois » au début de sa propagation, la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19. Toujours selon cette institution, la pandémie a augmenté « la pauvreté de 0,1 point de pourcentage pour atteindre 41,7%, et faisant basculer plus 400 000 personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté » (Banque Mondiale, 2021). Sans conteste, les mesures socio-sanitaires ont impacté les conditions de vie d'une grande partie de la population qui vit au jour le jour pour la recherche de son gagne-pain.

## **Conséquences des mesures sanitaires sur l'activité économique**

Face à la mise en application stricte des mesures de prévention, la population de la ville de Niamey a manifesté son opposition à celles-ci à l'exemple du couvre-feu, instauré de 19h du soir à 6h du matin, qui a engendré l'arrêt de plusieurs activités génératrices de revenu (Souleymane, 2020). Cette interdiction de circulation a été perçue par la population (les jeunes en majorité) comme une restriction de leur liberté, d'où leur refus de s'y conformer et en manifestant une forme de désobéissance civile de leur part. À cet effet, ils ont organisé des marches de contestation nocturnes à Niamey et dans certaines localités du pays. Le rejet des mesures barrières, du fait qu'elles ont eu des impacts négatifs sur les revenus des personnes, a influencé les perceptions du COVID-19 auprès de la population. Cette dernière aurait sans doute influencé les perceptions sur la vaccination d'autant plus que le taux de la vaccination pour cette maladie reste faible. Pour faire face aux contestations, les autorités ont d'abord procédé à l'usage de la force

publique (Issa, 2021) la maladie à coronavirus 2019 (Covid-19). Ensuite, elles ont initié des mesures d'atténuations ciblant les personnes vulnérables et les entreprises impactées (Dagobi, 2020b; Moumouni, 2021).

## **Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)**

### **Développement de la téléphonie mobile et de l'Internet**

La pandémie du Covid-19 est intervenue au Niger dans un contexte de vulgarisation des NTIC. Ces dernières ont contribué à la diffusion des informations (vraies ou fausses) sur le COVID-19. En matière de l'utilisation des NTIC, le Niger connaît une avancée ces dernières années. Sur l'usage de la téléphonie mobile, à titre illustratif, de 40,9% en 2014, le taux des personnes âgées de 15 ans et plus possédant le téléphone portable est passé à 79,2% en 2018 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2020a). Cela s'accompagne du développement de l'accès à l'internet par une grande partie de la population (Naba Boukari & Mijitaba Maman, 2018). Ces canaux s'ajoutent aux moyens classiques de transmission d'informations que sont les médias traditionnels. En somme, en 2021, l'infrastructure de la Technologie de l'Information et de la Communication « est composée de 3 500 km de fibre optique, 60 radios privées, 184 radios communautaires et 17 chaînes de télévision dont 15 privées » (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2021). Le développement de ces moyens de communications a facilité la diffusion de l'information au sein de la population. Par cette avancée, les zones les plus reculées du pays s'informent à la minute près.

Avec le COVID-19, les réseaux sociaux numériques ont servi de moyen de diffusion d'informations parmi tant d'autres. En effet, ce sont des milliers de messages (vidéos, audios, images, écrits) qui sont véhiculés via ces réseaux. S'ils ont contribué à la sensibilisation de la population sur le COVID-19, ils ont par ailleurs permis la désinformation d'une partie importante de la population. « Les réseaux sociaux ont joué un

rôle déterminant dans le détournement de l'opinion sur la réalité de la maladie » (Hima Oumarou, 2022). De plus, lors des marches d'opposition aux mesures barrières, les jeunes et les leaders religieux ont utilisé ces canaux afin de faire entendre leurs voix. C'est ainsi que des messages de contestation des mesures y sont diffusés afin de mobiliser le maximum de participants. Ainsi, comme l'affirme Dagobi « les réseaux sociaux constituent un puissant facteur de construction de l'opinion » (Dagobi, 2020a).

## **Fakes news et les réseaux sociaux**

Avec la découverte du vaccin contre cette maladie, les réseaux sociaux ont également été utilisés par les Antivax dans plusieurs pays africains (Desclaux et al., 2020). Selon ces auteurs, les réseaux sociaux ont contribué à la diffusion des fake news sur les vaccins à travers la propagation des vidéos et des propos antivaccins. Parmi les messages diffusés, la diffusion d'une pétition appelant les africains à ne pas accepter le vaccin et avancent que l'infodémie a joué un rôle important dans le refus du vaccin en Afrique. Le Niger, n'étant pas coupé du reste du monde, a également connu la diffusion de telles informations. Par conséquent, les réseaux sociaux numériques pourraient contribuer à la résistance vaccinale de la population d'autant plus qu'ils ont contribué au déni de la pandémie (Hima Oumarou, 2022) et aux rejets des mesures barrières (Dagobi, 2020b).

L'impact des réseaux sociaux et plus globalement des NTIC (différents médias) sur l'acceptabilité vaccinale se mesure à travers le succès ou l'échec des campagnes ainsi que sur la fréquentation des services de santé. Au-delà, certaines mesures de santé sont notoirement délaissées par la population pour des raisons qui s'expliquent souvent à travers les messages distillés par les réseaux sociaux.

## **Données socio-sanitaires**

### **Couverture sanitaire en augmentation**

Les statistiques nationales montrent une augmentation du taux de couverture sanitaire qui passe de 52,68% en 2020 à 53,21% en 2021 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022). Le taux de couverture vaccinale en Penta 3 enfants de 0-11 mois est à 100,23%. On note cependant, une prévalence forte de la malnutrition chronique, 45,1%, chez les enfants de 6-59 mois et une baisse du taux d'utilisation de soins curatifs qui passe de 49,48% en 2020 à 47,04 en 2021. Au même moment, le taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié a augmenté en passant de 35,32% en 2019 à 39,74% en 2021. L'amorce de certaines réformes sectorielles telles que celles du Système National d'Information Sanitaire (SNIS), la réforme hospitalière, le Financement Basé sur les Résultats (FBR), le redécoupage des gros districts et l'affectation des médecins dans les CSI, ont permis d'enregistrer des avancées significatives. C'est ainsi que, à titre illustratif, le taux de densité du personnel de santé est passé de 0,37‰ en 2016 à 0,45‰ en 2021. Ainsi, les capacités du système de santé se sont accrues avec le rehaussement du plateau technique dans plusieurs formations sanitaires, l'acquisition de matériel de pointe et l'affectation des spécialistes dans les centres hospitaliers et l'ouverture de deux hôpitaux de référence à Niamey (en 2016) et à Maradi (en 2019). En même temps, il faut noter le renforcement des mécanismes de surveillance, de prise en charge, de prévention et de contrôle des phénomènes de santé dont des maladies épidémiques (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2016).

### **Prédominance de maladies transmissibles à caractère endémo-épidémiques**

La situation sanitaire du pays est marquée par la prédominance de nombreuses maladies transmissibles à caractère endémo-épidémiques (paludisme, choléra, méningites, VIH/sida, tuberculose) et l'émergence

de maladies non transmissibles (hypertension artérielle, diabète, cancers, drépanocytose, maladies mentales, etc.). Par ailleurs, la survenue quasi régulière de situations d'urgence (crises alimentaires et nutritionnelles, catastrophes naturelles ou provoquées) contribue à accroître la charge de la maladie dans la population, situation aggravée par la faible protection sociale de la population face au risque de maladie (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2016).

L'expérience des épidémies n'est donc pas nouvelle pour le pays car plusieurs fois touché par ce phénomène devenant de plus en plus récurrent. En effet, le Niger enregistre régulièrement des épidémies de rougeole (en 2020 et 2021), de méningite (en 2005, 2022 et 2023), de diphtérie (en 2022), de choléra (en 2021 et 2022) qui sont les principales maladies épidémiques du pays. En réponse à cette situation, plusieurs dispositifs et actions sont mis en place afin de prévenir et de contrôler ces maladies. On note au niveau stratégique la mise en place du Conseil National de Gestion des Épidémies (CNGE) devenu comité One Health et la création d'un second organe dénommé Institut National de Coordination (INC). Au niveau opérationnel, il y a le dispositif SURGE (équipe d'intervention d'urgence pluridisciplinaire) ainsi que l'expérimentation de la Surveillance à Base Communautaire (SBC). La surveillance et la riposte aux épidémies sont ainsi au cœur de la Politique Nationale de Santé.

## **Gestion des épidémies : le SARS-COV2 ou COVID-19**

### **Forte mobilisation politique en réponse à une urgence de santé**

Le Niger a aussi fait l'expérience de la récente pandémie du COVID-19 pour laquelle les autorités politiques et le système de santé ont vite réagi à travers une importante mobilisation. Dans la réponse à cette urgence sanitaire, plusieurs mesures ont été mises en place par les autorités politiques et sanitaires. Celles-ci couvrent à la fois la prévention



(l'instauration des mesures barrières, la vaccination), le diagnostic (test TDR et PCR) et la prise en charge (la gratuité de soins) des malades. Afin de rendre ses interventions efficaces, deux comités ont été mis en place. Premièrement, un comité interministériel appuyé par un comité consultatif (leaders religieux et traditionnels) et un groupe d'experts. Deuxièmement, un comité technique de la gestion de l'épidémie placé sous la tutelle du secrétariat du Ministère de la Santé Publique (Abdou Oumarou, Oumarou, et al., 2023; Dagobi, 2020b). Afin de mieux maîtriser la propagation du virus, les autorités sanitaires ont mis en place des dispositifs de recherche des cas positifs dans les principales agglomérations du pays à travers la mise à disposition d'une ligne verte et des équipes mobiles (Dagobi, 2020b; Hima Oumarou, 2022). De plus, 1500 agents de santé ont été recrutés à la fonction publique afin de renforcer le dispositif de prise en charge de la pandémie. À cela s'ajoutent des formations assurées aux agents de santé sur la prise en charge de la maladie (Abdou Oumarou, Oumarou, et al., 2023). Ces interventions ont permis de rassurer davantage la population à se faire dépister. En effet, plus la population acquiert l'expérience sur la maladie, plus elle s'adonne aux mesures édictées par les autorités. Toutefois, ce schéma pourrait ne pas être le cas concernant la vaccination contre cette maladie.

## **Résistance de la population contre les mesures barrières**

Malgré ces garde-fous, les interventions ont connu des réticences de la part de la population locale. En effet, l'application stricte des mesures pensées à l'extérieur ne suscite généralement pas de résistances de la part des populations locales (Olivier de Sardan, 2021). Les mesures barrières contre le COVID-19 étaient perçues comme contraire au contexte socio-culturel du pays. À titre d'exemple, les combinaisons portées par les préleveurs aux domiciles des cas suspects, n'étant pas connus, ont engendré la stigmatisation des personnes dépistées, effrayé la population riveraine et fait naître une réticence à se faire dépister (Hima Oumarou, 2022). Cet épisode démontre cette transposition des mesures sans leur contextualisation au préalable. Toutefois, les autorités ont fini par adapter certaines mesures et à en alléger d'autres. Comme

le note Ousseini (Teoma Mamadou, 2022), la gestion de la maladie a évolué, de l'inspiration des modèles importés à la prise « en compte de la dimension sociale, culturelle et religieuse de la maladie ».

## **Premiers cas COVID-19 et conséquences sur la fréquentation des centres de santé**

Avec l'annonce des premiers cas positifs au COVID-19 en mars 2020, les centres de santé ont enregistré une faible fréquentation par la population qui craignait de contracter la maladie (Baissa et al., 2021). L'une des conséquences de cette baisse de fréquentation est la réduction du taux de couverture de la vaccination de routine qui est passé de plus de 100% en 2019 à 97,70% en 2020 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2020a, 2021). Toutefois, pour absorber les effets de la pandémie du COVID-19 sur le déroulement de cette vaccination, la direction des immunisations et ses partenaires ont développé plusieurs stratégies. Il s'agit en effet du renforcement de la communication auprès des leaders communautaires et des parents sur la nécessité du respect du calendrier vaccinal. Cela a permis de maintenir la progression des activités de vaccination dans toutes les localités (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2020b) et ainsi rehausser le taux de la couverture vaccinale. De 97,70% en 2020, le taux de couverture vaccinale en Penta 3 pour les enfants âgés de 0 à 11 mois a atteint 100,23% en 2021 (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022). Depuis lors, il ne cesse de croître.

En dépit de la baisse de fréquentation des établissements de santé, mentionnée ci-haut, les activités de consultation, de diagnostic et de soins ont continué à être dispensées. Ainsi, les effets liés au contexte de la pandémie du COVID-19 ont vite été résorbés. En effet, l'État a adopté des stratégies novatrices de vaccination comme celles de la vaccination adaptée aux milieux ou encore l'intégration de la vaccination de routine à d'autres interventions visant à améliorer la croissance et le développement au cours des deux premières années de vie (OMS, 2023). Cette réponse a permis de réduire de 33 % le nombre d'enfants «

zéro dose » qui passe de 31 040 en 2019 à 23 071 enfants en 2021 et à 15 465 enfants en 2022 ce en dépit du contexte du COVID-19.

## **Introduction des vaccins contre le COVID-19**

Pour ce qui est de la vaccination, aussitôt que les vaccins contre cette maladie ont été mis au point, les autorités se sont mobilisées afin de les rendre disponibles auprès de la population. C'est avec le soutien de l'OMS, à travers le dispositif COVAX, et des partenaires bilatéraux comme multilatéraux que le pays s'est procuré les doses de vaccins de diverses marques dont Sinovac, Sinopharm, Astrazeneca et Janssen. Les premières doses réceptionnées, en mars 2021, étaient au nombre de 400 000 de marque Sinopharm, fruits d'une relation bilatérale entre le Niger et la Chine. Le mois suivant, à travers le mécanisme COVAX, un deuxième lot de doses du vaccin a été reçu. Par le même mécanisme, 5.914.660 doses de ces vaccins au courant de l'année 2022. Avec cette réception, le nombre total des doses du pays a atteint 9.787.660 pour une cible estimée à 10 700 443 personnes âgées de plus de 18 ans, soit 47,7% de la population du pays (OMS, 2022). La réception de doses se poursuivait au fur et à mesure que la vaccination évoluait.

La première campagne de vaccination a été lancée le 29 mars 2021 par le Premier Ministre de l'époque, Brigi Rafini, avec les 400.000 doses de Sinopharm. Au lancement de la vaccination, la situation liée au COVID-19 se résume comme suit : 5.001 cas d'infection dont 186 décès et 4.590 guérisons. Pour renforcer l'immunité de la population, les autorités ont ciblé quatre groupes considérés comme prioritaires : les agents de santé du pays, les personnes âgées de plus de 60 ans avec comorbidité, les Forces de Défense et de Sécurité, les réfugiés et les migrants. Un an après le lancement de la vaccination, 1.547.038 personnes ont été entièrement vaccinées. Ce résultat découle des efforts fournis par les autorités politiques et sanitaires qui se sont engagées à vacciner le maximum de personnes. C'est ainsi que plusieurs campagnes de vaccination ont été organisées sur l'ensemble du pays avec la mise en place des vaccino-dromes. Au total, 7 campagnes de vaccination ont été menées : mai 2021, juin 2021, octobre 2021, décembre 2021, février 2022, juin 2022

et octobre 2022 (OMS, 2023). A travers ces campagnes, impliquant la mobilisation des médias et le bouche-à-oreille, ce sont 883.372 doses qui ont été administrées dans l'intervalle du 25 février au 3 mars 2022.

## **Vaccination contre le COVID-19 et autres vaccinations**

A la même période, plusieurs campagnes de vaccination contre la rougeole (mai 2021), le choléra (avril 2022) et la méningite (du 1er novembre 2022 au 27 janvier 2023) ont été menées. Aussi, depuis l'arrivée des premières doses du vaccin contre le COVID-19 au Niger, en mars 2021, plusieurs campagnes de vaccination contre cette maladie ont été conduites mobilisant d'importantes ressources humaines, matérielles et financières. Les rapports officiels (SNIS, OMS pays) font ressortir une grande disparité entre les résultats enregistrés lors de ces différentes campagnes. Au moment où les résultats des autres vaccinations sont à des taux de couverture nationale élevés rougeole (99,8%), choléra (96,4%), fièvre jaune (95,2%), celui de la vaccination contre le COVID-19 est de 22% (OMS, 2022).

Ce faible taux de couverture vaccinale contre le COVID-19 peut s'expliquer, selon une étude quantitative (Abdou Oumarou, Ibrahim, et al., 2023), par un manque d'informations sur la vaccination (pas connaissance des campagnes de vaccination et de la gratuité du vaccin), la minimisation de la dangerosité de la maladie, le doute sur l'efficacité du vaccin, etc. À ces éléments s'ajoute l'importance de la foi religieuse des Nigériens. En effet, comme le ressort Moumouni (2021) dans un sondage d'opinion, les Nigériens mobilisent plus la prière que le vaccin pour se protéger contre le COVID-19. Ils « pensent très majoritairement (88%) que la prière est plus efficace qu'un vaccin pour prévenir l'infection à la COVID-19 »(Moumouni, 2021). Malgré sa faiblesse, le taux de couverture vaccinale contre le COVID-19 reste le fruit de diverses stratégies adoptées notamment l'implication des centres de santé et la mise en place des « vaccinodromes » dans les centres urbains, comme annoncé ci-haut. L'État a aussi opté pour une communication responsable afin de venir à bout de l'infodémie à travers la sensibilisation et la responsabilisation des communautés. Pour ce faire, l'OMS a produit et

diffusé 9000 messages/spots de sensibilisation pour stimuler l'acceptation de la vaccination (OMS, 2022). Ces efforts ont permis de booster le taux de couverture vaccinale contre COVID-19 de 14% en 2021 à 22% en 2022, soit une augmentation de 8%, ce qui reste insignifiant vu l'urgence sanitaire mondiale et comparativement aux vaccinations du PEV qui enregistrent des taux à trois chiffres (Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales, 2022). Cette disparité entre le taux de couverture des autres formes de vaccination et celui du Covid-19 suscite légitimement des interrogations.

## **Conclusion**

Réalisée dans le cadre du projet Alliance SHS Afrique, cette analyse du contexte national s'est appesantie sur les facteurs socio-démographiques, socio-économiques, technologiques et socio-sanitaires qui entrent en compte dans l'analyse des questions de santé. En effet, beaucoup de ces facteurs sont considérés comme des déterminants qui conditionnent et/ou agissent sur la santé individuelle comme collective. Les éléments à la fois contextuels (comme la pandémie du COVID-19 et sa gestion) et environnementaux ou conjecturels (différentes crises à travers le monde) ont eu des effets sur les politiques et les stratégies de santé (prévention des maladies, santé de la reproduction...etc.) mise en œuvre par les autorités politiques. Ce sont donc les effets de ces facteurs sur le champ de la santé qui sont analysés et en particulier leur retentissement sur l'activité vaccinale. Plus spécifiquement, cette analyse a surtout permis d'affiner la problématique et la question scientifique développée dans le protocole de recherche pour le besoin de l'enquête terrain (prochain chapitre). L'analyse a permis surtout de mieux préciser les questions spécifiques sur les aspects concernant les stratégies et les dispositifs vaccinaux ainsi que sur les perceptions des populations et le contexte socio-historique déterminant les rapports des populations à la vaccination et au système de santé. Un recoupant des résultats de cette analyse avec ceux de la revue de littérature et de l'enquête terrain va être fait dans la discussion générale afin que ces différents résultats enrichissent la compréhension des différents phénomènes observés.

## Références bibliographiques

- Abdou Oumarou, M., Ibrahim, B. H., Abouka, A. C., & Vergnas, O. L. (2023). *Étude des déterminants de l'hésitation de la vaccination contre le Covid-19 au Niger*. <https://shs.hal.science/halshs-04498531>
- Abdou Oumarou, M., Oumarou, S. H., Abdoulaye, A., Abouka, A. C., Mamane, S. S. I., & Hamani, O. (2023). *Expériences individuelles et collectives de la pandémie du Covid-19 au Niger : Points de vue des personnes testées, des professionnels de santé et de la population générale*. <https://shs.hal.science/halshs-04499623>
- Baissa, A. M., Oumarou, B., Moussa, H., Anya, B.-P. M., Didier, T., Biey, J. N.-M., Katoto, P., & Wiysonge, C. S. (2021). Impact de la pandémie de la COVID-19 sur l'utilisation des services de santé dans la ville de Niamey : Une analyse dans 17 formations sanitaires de janvier à juin 2020. *Pan African Medical Journal*, 39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.159.28282>
- Banque Mondiale. (2020, octobre 28). *Pour mieux parer à la crise de la COVID-19, le Niger gagnerait à prioriser l'action sanitaire et la protection de l'emploi et des moyens de subsistance*. <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2020/10/28/to-better-address-the-Covid-19-crisis-niger-should-focus-on-health-measures-and-on-protecting-jobs-and-livelihoods>
- Banque Mondiale. (2021). *Niger Economic Update: Maximizing Public Expenditure Efficiency for Rebuilding Better*. <https://documents.banquemondiale.org/fr/publication/documents-reports/documentdetail/312941626237789841/niger-spring-2021-economic-update-maximizing-public-expenditure-efficiency-for-rebuilding-better>
- Dagobi, E. A. (2020a). *La communication gouvernementale dans la gestion de la pandémie de COVID-19 au Niger : Le dispositif étatique et son fonctionnement*. 2(n° 11), 139-168.

- Dagobi, E. A. (2020b). *Les mesures de prévention de la pandémie de Covid-19 au Niger : L'exemple de la suspension de la fréquentation des mosquées*. 1(n° Numéro Spécial Covid-19), 219-237.
- Desclaux, A., Bila, B., Sow, K., Varloteaux, M., & HOUNGNIHIN, R. A. (2020). *Les populations d'Afrique sont-elles prêtes à accepter le vaccin anti-Covid-19 ?* [https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins\\_textes/divers21-01/010080146.pdf](https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers21-01/010080146.pdf)
- Elhadji Moustapha Chétima, B. G. (2020). *Résistance et « normes pratiques » autour de la délivrance des services contraceptifs du post partum dans les structures de santé de la commune urbaine de Tessaoua* (Mémoire de Master, Université Abdou Moumouni de Niamey, P.120). <https://journals.openedition.org/lectures/35868>
- Hima Oumarou, S. (2022). *Le personnel de santé face à la Covid-19 : La pratique du test au Centre de Recherche Médicale et Sanitaire de Niamey (CERMES)* (Mémoire de Master, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niamey, 114 p).
- Issa, I. O. (2021). Covid-19 et impacts du confinement sur la population de Niamey (Niger). *European Scientific Journal, ESJ*, 17(27), 22. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n27p22>
- Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. (2016). *ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES DU NIGER 2015*. Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. [https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/2020/06/Annuaire\\_Statistiques\\_2015\\_DS-MSP.pdf](https://www.stat-niger.org/wp-content/uploads/2020/06/Annuaire_Statistiques_2015_DS-MSP.pdf)
- Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. (2020a). *ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES DU NIGER 2019*. Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. [https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS\\_Annuaire-Statistiques-2019-V20092021.pdf](https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS_Annuaire-Statistiques-2019-V20092021.pdf)

- Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. (2020b). *Bulletin trimestriel des activités de vaccination et de la surveillance des maladies évitables par la vaccination* (Numéro 01).
- Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. (2021). *ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES DU NIGER 2020*. Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. [https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS\\_Annuaire-Statistiques-2020-V02032022.pdf](https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS_Annuaire-Statistiques-2020-V02032022.pdf)
- Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. (2022). *ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES DU NIGER 2021*. Ministère de la santé Publique, de la Population et des Affaires Sociales. [https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS\\_Annuaire-Statistiques-2020-V02032022.pdf](https://snis.ne/wp-content/uploads/2022/12/MSPPAS_Annuaire-Statistiques-2020-V02032022.pdf)
- Moumouni, A. (2021, mars). *Les Nigériens font plus confiance aux prières qu'aux vaccins pour prévenir la COVID-19*. <https://www.afrobarometer.org/publication/ad434-les-nigeriens-font-plus-confiance-aux-prieres-quaux-vaccins-pour-prevenir-la/>
- Naba Boukari, M., & Mijitaba Maman, M. (2018). *UTILISATION DES RESEAUX SOCIAUX NUMERIQUES AU NIGER : QUELLES VALEURS AJOUTEES POUR LES PETITES ENTREPRISES?*
- Olivier de Sardan, J.-P. (2021). *La Revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*. KARTHALA Éditions.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Rapport annuel 2021*. [www.afro.who.int/fr/countries/niger](http://www.afro.who.int/fr/countries/niger)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2023). *Rapport annuel 2022*. [https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/sitrep\\_covid19\\_niger\\_27\\_dec\\_2021.pdf](https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/sitrep_covid19_niger_27_dec_2021.pdf)



- Sounaye, A. (2011). L'Islam au Niger : Éviter l'amalgame. *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, 28, Article 28. <https://journals.openedition.org/humanitaire/1023?lang=en>
- Teoma Mamadou, O. (2022). *Dispositif de prise en charge des cas de la Covid-19 à l'hôpital général de référence de Niamey (HGR)*. Mémoire de Master, Université Abdou Moumouni de Niamey, Niamey, 156 p.

# **Cartographie des acteurs : comprendre les enjeux, les freins et les leviers de la vaccination**

## **Introduction**

**C**ette cartographie des acteurs est réalisée dans le cadre de l'étude concernant les effets de la vaccination contre le COVID-19 sur les autres dispositifs vaccinaux au Niger. En effet, l'inventaire des acteurs de la vaccination, leurs interactions et bien d'autres aspects sont répertoriés à travers une démarche anaclitique. La dimension analyse des parties prenantes/acteurs à travers une cartographie est de plus un travail d'analyse supplémentaire qui complète l'analyse thématique des entretiens dans la prochaine partie (enquête terrain). De ce fait, l'outil NET-MAP<sup>23</sup> a été choisi pour ce travail. NET-MAP est un exercice ordonné de cartographie des intervenants dans un projet ou un programme de développement qui donne une information plus étendue que la matrice des parties prenantes à savoir : l'identification des parties prenantes ; l'identification des ressources ; le poids et l'influence de chaque acteur ; la communication entre les parties prenantes et la stratégie de mobilisation des parties prenantes pour le succès du projet. C'est donc une transposition (usage détourné) de l'outil conçu et appliqué initialement dans le domaine du développement (particulièrement en ingénierie de projet) qui est fait dans le cadre de la recherche. La méthode d'analyse se trouve être pertinente pour compléter les autres formes d'analyses mobilisées pour cette recherche.

## **Méthodologie**

La première étape de ce travail a été de recueillir un maximum de  
23. [https://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00XBZB.pdf](https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00XBZB.pdf)

données et d'informations sur les différents acteurs présents dans le champ de la vaccination au Niger. C'est aux moyens d'interviews, de recherche documentaire et médiatique que les informations ont été collectées. La deuxième étape a consisté au classement par catégorie d'acteurs et à l'élaboration des vignettes qui rassemblent les informations à travers les items suivants : rôle, le poids, l'influence, intérêt, positionnement et interaction. L'analyse des informations pour chacun des items est faite sous le prisme de l'objet ou du champ qui celui de la vaccination. La troisième étape est la réalisation des cartes et donc la schématisation. C'est donc une présentation visuelle et symbolique des acteurs et la synthèse des informations les concernant qui est réalisée.

## Résultats

Au total une quinzaine d'acteurs (sans exhaustivité) a été identifiée et répertoriée. Ces acteurs peuvent être regroupé en 5 catégories à savoir : acteurs institutionnels stratégiques, acteurs institutionnels opérationnels, acteurs communautaires, partenaires et population. Les vignettes par acteurs se présentent comme suit.

### MSP/DI

*Garant de la santé, gouvernance du système de santé, rôle central*

*Très forte, n'a pas les moyens de sa politique (financement)*

*Faible mais mobilise en partie les ressources humaines, donc un poids relatif*

*Favorable à la vaccination, défenseur*

*Quiétude sociale, la santé de la population, PIB renforcé, productivité de la population*

*Coordonne, échange avec les acteurs du secteur, bonne interaction*

### Médecin chef de district (MCD)

*Supervision de la mise en œuvre des campagnes de vaccination, participation aux vaccinations, remonte les données*

*Influence relative, forte par rapport à la mise en œuvre des campagnes de vaccination et faible par rapport aux stratégies et politiques vaccinales*

*Responsable de l'ensemble du district sanitaire, poids relatif, fort en ce qui concerne les opérations de terrain mais faible par rapport aux décisions stratégiques*

*Niveau opérationnel, favorables à la vaccination*

*Santé de la population*

*Échange avec les acteurs locaux et la hiérarchie*

### **Chef CSI**

*Mise en œuvre des campagnes de vaccination, collecte les informations*

*Influence relative, forte par rapport à la mise en œuvre des campagnes de vaccination et faible par rapport aux stratégies et politiques vaccinales*

*Responsable de son aire de santé, poids relatif, moyen en ce qui concerne les opérations de terrain mais faible par rapport aux décisions stratégiques*

*Niveau opérationnel, favorables à la vaccination*

*Santé de la population*

*Échange avec les acteurs locaux et la hiérarchie*

### **CESE**

*Gestion des données sanitaires*

*Influence relative, forte par rapport à la mise en œuvre des campagnes de vaccination et faible par rapport aux stratégies et politiques vaccinales*

*Responsables opérationnels chargés de la mise en œuvre des campagnes de vaccination*

*Niveau opérationnel, favorables à la vaccination*

*Santé de la population*

*Échange avec les acteurs locaux et la hiérarchie*

*Communicateur*

*Sensibilise, mobilise et informe la population*

*Influence relative, forte par rapport à la mise en œuvre des campagnes de vaccination et faible par rapport aux stratégies et politiques vaccinales*

*Responsables opérationnels chargés de la mise en œuvre des campagnes de vaccination*

*Niveau opérationnel, favorables à la vaccination*

*Santé de la population*

*Échange avec les acteurs locaux et la hiérarchie*

### **CDI**

*Gestion de la chaîne de froid, et de l'approvisionnement des intrants*

*Influence relative, forte par rapport à la mise en œuvre des campagnes de vaccination et faible par rapport aux stratégies et politiques vaccinales*

*Responsables opérationnels chargés de la mise en œuvre des campagnes de vaccination*

*Niveau opérationnel, favorables à la vaccination  
Santé de la population  
Échange avec les acteurs locaux et la hiérarchie*

### **UNICEF**

*Agence des UN, supervision, expertise, fourniture des vaccins  
Pas de pouvoir de décision mais forte influence (à travers le financement)  
Fort, participe au financement de la vaccination  
Stratégique, collecteur des fonds  
Droit à une bonne santé, solidarité internationale  
Interlocuteur des grandes agences/fondations, lead les PTF au niveau national*

### **GAVI**

*Achat et fourniture des vaccins, renforcement des soins de santé primaire, réglemente l'acquisition des vaccins, plaidoyer auprès des bailleurs  
Faible influence mais impacte fortement les décisions de l'état (pouvoir implicite/ influence relative), dispose des moyens financiers  
Pèse fortement sur les décisions d'acquisitions des vaccins, finance l'achat des vaccins  
Favorable à la vaccination, positionnement stratégique  
Santé des populations, protection contre les maladies évitables par la vaccination, réduction de la pauvreté  
Interagit avec les gouvernements, les agences onusiennes, les donateurs et les fabricants des vaccins*

### **OMS**

*Coordonne la santé mondiale, plaidoyer auprès des bailleurs, expertise,  
Faible pouvoir de décision (Pouvoir implicite/ Influence relative), mais très forte influence (dispose des moyens)  
Très fort, finance une grande part  
Promoteur, défenseur, mobilisateur de fonds  
Amélioration de la santé mondiale,  
Recommandation, défini les politiques de santé mondiale, médiateur, coordonne*

### **CROIX ROUGE**

*Assistance humanitaire, promotion du respect du droit international humanitaire, appui à la vaccination  
Influence moyenne car les choix stratégiques sont du ressort des autorités politiques*

*Poids moyennement important s'agissant des aspects opérationnels*

*Tactique compris entre le stratégique et l'opérationnel*

*Santé et bien-être de la population*

*Interagit avec les acteurs institutionnels, opérationnels et communautaires*

### **ONG/ associations du secteur de la santé**

*Mission de santé publique, mettent en œuvre des projets/programmes de santé, participent au financement de la vaccination*

*Influence moyennement forte s'agissant de la mise en œuvre de la vaccination*

*Poids moyennement fort pour les questions opérationnelles*

*Favorables à la vaccination, accompagnent la mise en œuvre de la vaccination*

*Défenseurs du droit à la santé et l'accès au service de santé*

*Échangent avec les acteurs institutionnels, opérationnels et communautaires*

### **Relais communautaire**

*Interface entre l'aire de santé et la population, sensibilise et mobilisation la population*

*Influence relativement faible quant aux prises de décisions mais moyennement forte s'agissant de la mobilisation de la population*

*Poids relativement important auprès de la communauté*

*Favorables à la vaccination car impliqués dans la mise en œuvre*

*Santé de la population*

*Échangent avec les acteurs opérationnels, et la communauté*

### **Chefs coutumiers**

*Interface entre l'aire de santé et la population, sensibilise et mobilisation la population*

*Influence relativement faible quant aux prises de décisions mais moyennement forte s'agissant de la mobilisation de la population*

*Poids relativement important auprès de la communauté*

*Favorables à la vaccination car impliqués dans la mise en œuvre*

*Santé de la population*

*Échangent avec les acteurs opérationnels, la communauté et souvent avec la hiérarchie*

### **Leaders d'opinions**

*Interface entre l'aire de santé et la population, bien souvent sensibilise la population*

*Influence relativement faible quant aux prises de décisions mais agissent sur l'opinion public*

*Poids relativement important auprès de la communauté*

*Bien souvent favorables à la vaccination*  
*Santé de la population et motivations/intérêts particuliers*  
*Échangent avec les acteurs opérationnels, la communauté et souvent avec la hiérarchie*

### **Leaders religieux**

*Interface entre l'aire de santé et la population, bien souvent sensibilise la population*  
*Influence relativement faible quant aux prises de décisions mais agissent sur l'opinion public*  
*Poids relativement important auprès de la communauté*  
*Bien souvent favorables à la vaccination*  
*Santé de la population et motivations/intérêts particuliers*  
*Échangent avec les acteurs opérationnels, la communauté et souvent avec la hiérarchie*

### **Population**

*Bénéficiaires de services de santé, jouit des offres de services de santé*  
*Influence moyennement forte car le succès des campagnes de vaccination dépend de sa participation/engagement/ intéressement*  
*Moyennement fort car le succès des campagnes de vaccination dépend de son implication/acceptation*  
*Bien souvent favorables à la vaccination*  
*A droit à une bonne santé et un accès aux services de santé*  
*Sollicitée par les différents acteurs (institutionnels, opérationnels, OSC)*

## Acteurs en présence dans le champ de la vaccination

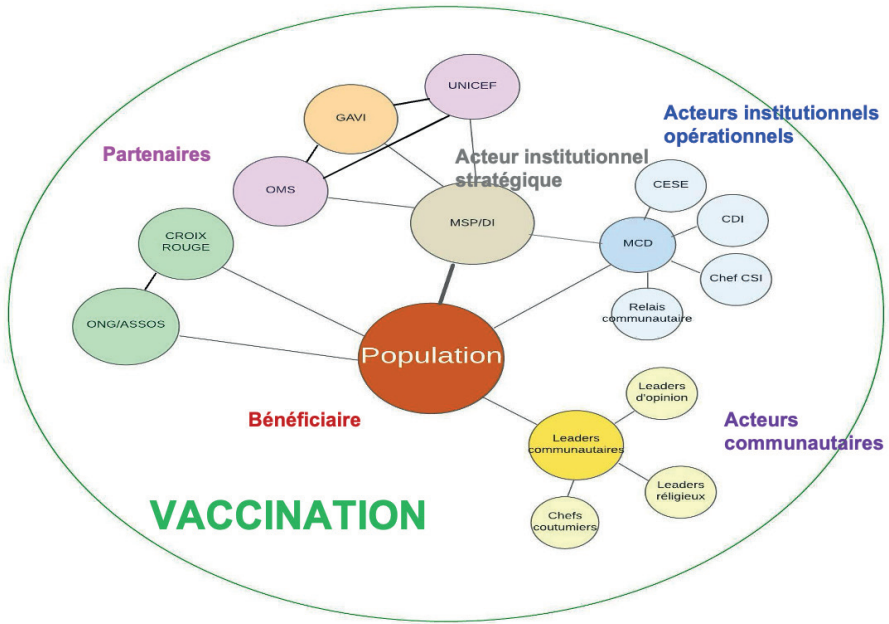


Figure 7 : Acteurs en présence dans le champ de la vaccination

**Légende :** MSP : Ministère de la Santé Publique ; DI : direction des immunisations ; MCD : Médecin Chef de District ; CSE : Chargé de la Surveillance Épidémiologique ; CDI : Chargé Des Immunisation ; Chef CSI : Chef du Centre de Santé Intégré.

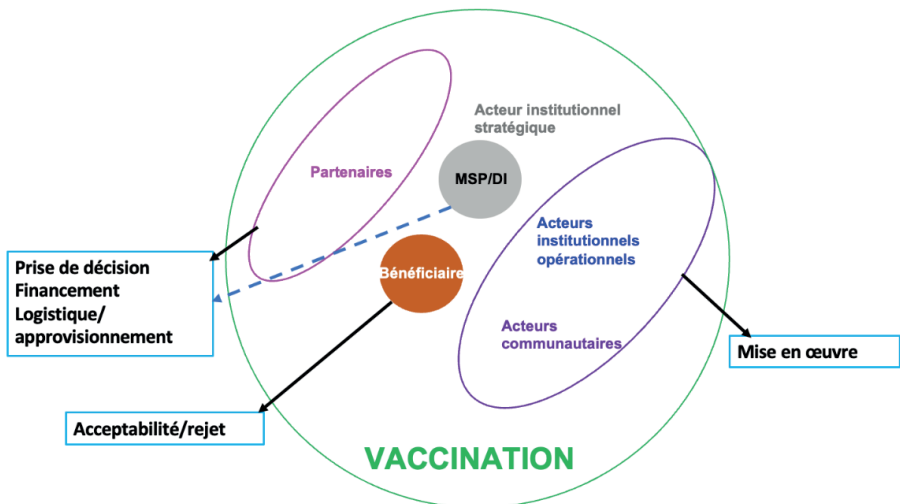


Figure 8 : Rôles et poids des acteurs de la vaccination



# Positionnement des acteurs

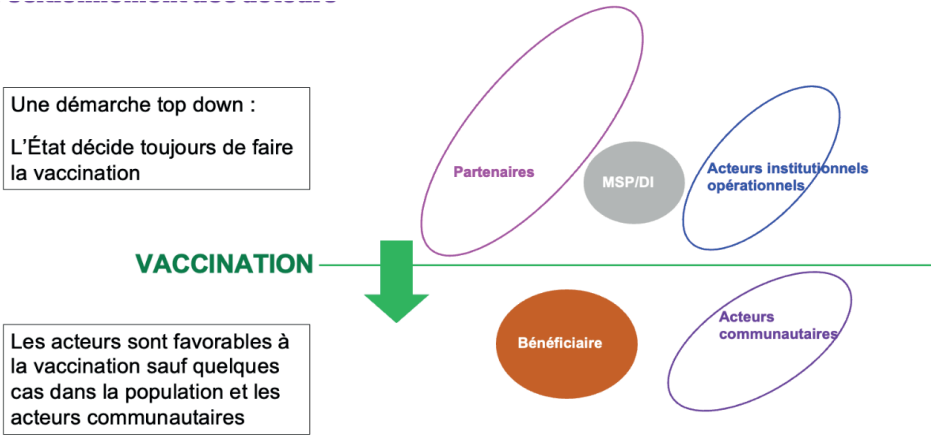


Figure 9 : Positionnement des acteurs

# Qualité des relations entre acteurs

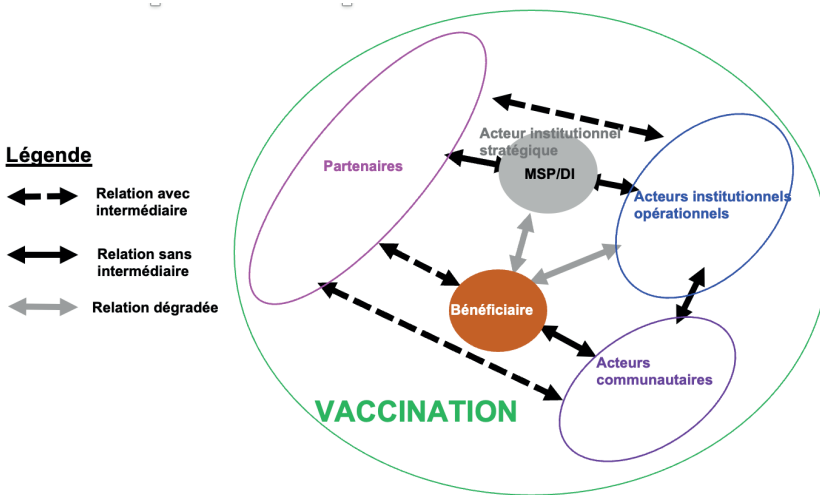


Figure 10 : Qualité des relations entre acteurs

L'analyse des figures ci-dessus (acteurs en présence, rôle et poids, positionnement et qualité des relations) fait ressortir les informations ainsi qui suit :

- Multiplicité d'acteurs en présence dans le champ de la vaccination (institutionnels, opérationnels communautaires, bénéficiaire)
- Relation de bonne qualité d'un côté (institutionnels, stratégiques, partenaires) mais dégradée de l'autre (autorité, acteurs opérationnel et population)
- Poids important des partenaires (appuis financiers, décisionnel, approvisionnement) alors que la vaccination est une question du ressort (régalienne) des pouvoirs publics
- Rôle crucial des acteurs communautaires dans la mise en œuvre (terrain)
- La Vaccination s'inscrit bien souvent dans une démarche Top down

De cette synthèse nous pouvons faire à nouveau une analyse qui regroupe 4 items (acteurs en présence, rôle et poids, positionnement et qualité des relations) à travers la notion du pouvoir c'est-à-dire la capacité dévolue à une instance ou entité, une autorité ou une personne, d'utiliser les moyens propres à exprimer un choix, exercer la compétence qui lui est attribuée soit par la Loi, soit par un mandat dit aussi «procuration»<sup>24</sup>. En appliquant cette définition, trois niveaux de pouvoir peuvent être observer. Il s'agit du pouvoir de décision, de celui du financement et enfin de l'acceptation ou du rejet comme le représente la figure ci-dessous.

---

24 <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/pouvoir.php#:~:text=Le%20pouvoir%20c'est%20la,mandat%20dit%20aussi%20%22procuration%22>.

## Interdépendance des trois entités ou « Triangle du pouvoir »

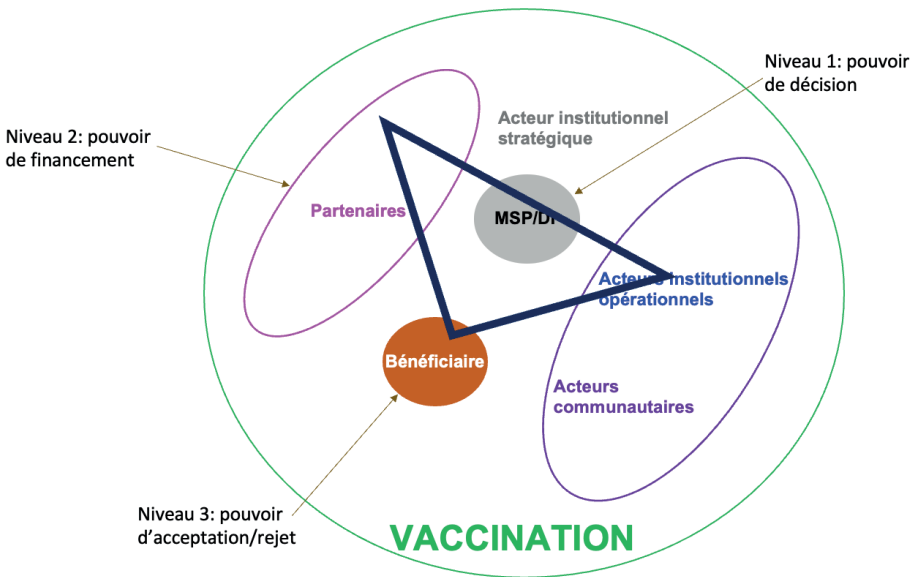


Figure 11 : Interdépendance des trois entités ou « Triangle du pouvoir »

L'initiative et la décision de réaliser une campagne de vaccination émane bien souvent (pour ne pas dire toujours) des autorités sanitaires et politiques. En effet, c'est généralement en réaction aux épisodes épidémiques et pour les activités des vaccinations routines que la population bénéficie des services de vaccination. Toutefois, même si les autorités sont à l'initiative/décision, très souvent elles n'ont pas les moyens de leurs politiques. C'est en ce moment qu'entre en jeu le deuxième niveau de pouvoir qui est celui des partenaires internationaux qui appuient financièrement une grande partie des opérations (subvention, acquisition, logistique...). Le troisième niveau de pouvoir est concentré par les bénéficiaires (la population) qui sont dans le besoin et au nom de qui les autorités sollicitent l'appui des partenaires. Le degré d'acceptation et de rejet de la population demeurent un enjeu pour les autorités et ses partenaires.

Il découle alors de cette analyse, le constat qu'il y a une certaine inter-

dépendance des trois niveaux de pouvoir qui fait qu'aucune entité ne va pas sans l'autre. Les autorités décident de vacciner la population qui a besoin d'être vaccinée sauf que les opérations ne peuvent être effectivement réalisées sans l'appui financier des partenaires. En effet, les autorités sanitaires ont recours aux partenaires dans le cadre du financement des campagnes de vaccination. Toutefois, ces efforts restent faibles au regard des enjeux démographiques et des prévisions budgétaires comme indiqué dans l'analyse situationnelle du Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS 2022-2026)<sup>25</sup>.

*“L'allocation budgétaire annuelle pour le programme de vaccination au niveau central, qui est essentiellement consacrée à l'achat de vaccins et de consommables, reste faible (1,92% du budget santé) et ne permet pas de financer les autres composantes des services de vaccination (coût opérationnel). Cette situation entraîne des ruptures de stock fréquentes de vaccins, la non prise en compte de certaines populations spécifiques (nomades, personnes vivant dans les zones désertiques, PDI et Réfugiés) et la situation d'insécurité qui entraîne le déplacement des populations de leurs zones d'origine sans quitter l'aire de santé”.*

*“Malgré l'appui de Gavi pour le cofinancement des vaccins subventionnés, il y a un retard dans l'acquisition des vaccins entraînant des ruptures de stocks récurrentes de vaccins et de consommables”.*

*“En ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19, malgré les efforts déployés par l'État pour la vaccination de la population, beaucoup reste encore à faire. La faible couverture vaccinale COVID peut être expliquée en partie par la réticence de la majorité de la population vis-à-vis des vaccins contre cette maladie à laquelle elle n'y croit même pas”.*

La signature, le 13 octobre 2022, de la « déclaration de Niamey » lors du Forum national en faveur de la vaccination et l'Éradication de la

25. [https://www.sante.gouvne.org/documents-strategiques\\_msp/](https://www.sante.gouvne.org/documents-strategiques_msp/)

Polio au Niger annonce des perspectives nouvelles. Cette rencontre avait pour objectif d'encourager l'engagement national pour la mise en œuvre de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination et l'Agenda de vaccination 2030. Cependant, l'engagement politique des autorités nationales et le soutien des partenaires ne suffisent pas à eux seuls. Il faut bien entendu travailler sur l'adhésion complète de la population à accepter les vaccinations et donc permettre d'atteindre des bonnes couvertures vaccinales et la réduction des taux des maladies évitables par la vaccination.

## **Conclusion**

La méthode de cartographie couplée à l'analyse des parties prenantes/acteurs a permis l'identification et la catégorisation des acteurs (acteurs en présence, rôle et poids, positionnement et qualité des relations) présents dans le champ de la vaccination au Niger. L'analyse qui en a découlé de ce premier travail a fait ressortir les enjeux, les obstacles et les leviers qui sont des facteurs éminemment importants à prendre en considération pour la réussite des politiques et/ou stratégies en matière de vaccination notamment les questions de santé plus généralement. Toutefois, ce travail n'est pas exhaustif et appelé à être complété par d'autres outils. L'enquête qualitative, dont les résultats sont présentés dans le prochain chapitre, complète de manière approfondie les aspects liés aux perceptions, représentation et rôle des acteurs sur la question de la vaccination au Niger.

# Vaccinations et maladies épidémiques au Niger : une enquête qualitative par entretien auprès des acteurs et la population

## Introduction

La récente revue de littérature (chapitre ci-haut) fait état de l'impact de la vaccination COVID-19 sur la santé physique et mentale des vaccinés ainsi que ses avantages pour la santé, son efficacité et son innocuité, en plus de son impact sur la couverture vaccinale. Dans d'autres contextes cet impact concerne les vaccinations contre la rougeole (Sénégal), la grippe (Tunisie) et polio (Madagascar). Cette situation corrobore l'alerte, en 2022, de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) qui signalent que la pandémie du COVID-19 est à l'origine du plus grand recul ininterrompu des vaccinations en trente ans. Selon ces deux agences Onusiennes, le pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses de vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) a chuté de 5 points de pourcentage entre 2019 et 2021 pour se stabiliser à 81%.

De plus, l'hésitation vaccinale, phénomène qui se définit comme le « retard à l'acceptation ou au refus des vaccinations malgré l'existence d'un dispositif d'offre vaccinale » de plus en plus croissant s'est davantage cristallisé pendant la pandémie du COVID-19 (Abdou Oumarou, Ibrahim, et al., 2023; Bramadat et al., 2019). Les récentes études qualitatives multicentriques du groupe de recherche en sciences humaines et sociales appliquées à la santé du Pasteur Network<sup>26</sup> ont en effet

---

26. Programme REcherche PAsteurienne Internationale en Réponse au coronavirus en Afrique REPAIR, Work Package 5 Sciences sociales et Santé : application à la COVID-19 en Afrique <https://pasteur-network.org/fr/ce-que-nous-faisons/projets-collaboratifs/repair/#:~:text=Le%20Programme%20REPAIR%20est%20un,r%C3%A9ponses%20communes%20pour%20le%20continent>.

observé plusieurs situations dont la montée de l'hésitation vaccinale (réticence, refus, rejet, retard), un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur. Les conclusions faisaient mention de rapports complexes à la vaccination COVID-19 et les conséquences probables sur d'autres dispositifs vaccinaux. Il s'en suit d'une "crise de confiance" des populations renforcée par le contexte de la pandémie du COVID-19 malgré la mobilisation politiques et des scientifiques. Ainsi, les rapports des populations à la vaccination se modifient davantage, ce en dépit de ses bénéfices probants (évidences basées sur la médecine).

Sur la base de ces évidences scientifiques et de l'actualité, la question générale des « rapports des populations à la vaccination » est de nouveau apparue sur quoi des investigations doivent être menées. Cette problématique est explorée indirectement à travers la question des « effets de la vaccination contre Covid-19 sur les autres dispositifs vaccinaux » dans le cadre du nouveau programme de recherche dénommé Alliance SHS Afrique (voir introduction). Cet objet de recherche est commun aux quatre pays (Madagascar, Niger, Sénégal et Tunisie) participant à l'étude mais doit être spécifié pour tenir compte des contextes nationaux.

Au Niger, pour rappel, le pays fait couramment l'expérience des épidémies comme la rougeole (2020, 2021), la méningite (2005, 2022-2023), la diphtérie (2022); choléra (2021, 2022) et la récente pandémie du Covid-19 (2020-2022). Toutefois, on constate une disparité entre les résultats enregistrés courant la période 2020-2022 (période retenue pour l'étude). Il s'agit d'une part, de taux élevés des vaccinations contre la rougeole 99,8%, le choléra 96,4%, la fièvre jaune 95,2% et d'autre part, un taux faible à 22% de vaccination contre le COVID-19. Le premier constat est qu'il n'y a pas d'effets de la vaccination contre le COVID-19 ni même du contexte de la pandémie sur les autres vaccinations (cf. rapports SNIS, OMS) mais plutôt un faible taux de couverture de la vaccination contre le COVID-19. Les raisons du faible taux de couverture de la vaccination contre le COVID-19 sont donc à chercher.

C'est pourquoi, dans le cadre de programme de recherche, nous avons cherché à comprendre les facteurs qui expliquent le faible taux

de vaccination contre le COVID-19. Plus spécifiquement, il s'agissait de : i) analyser les stratégies et les dispositifs de la vaccination contre le COVID-19 et ceux des autres maladies (méningite, rougeole, fièvre jaune) ; ii) décrire les pratiques des acteurs institutionnels et communautaires dans les dispositifs des vaccinations ; iii) étudier les représentations des populations sur les vaccinations et iv) analyser les facteurs contextuels et historiques comme déterminant des choix vaccinaux des populations.

## **Méthodologie**

Il s'agit étude qualitative mobilisant les approches de la socio-anthropologie appliquées à la santé. La population d'étude était composée de : i) acteurs institutionnels en charge de la conception et de la mise en œuvre des stratégies et dispositifs de vaccination (acteurs stratégiques, décisionnels, professionnels de santé, acteurs communautaires) ; ii) population cibles prioritaires des vaccinations (personnes âgées, professionnels de santé, forces de sécurité, personnes avec comorbidité), ou cibles secondaires (monsieur tout le monde). Les critères d'inclusion étaient d'abord avoir un profil correspondant à une des catégories des cibles. Ensuite, être âgé de plus de 18 ans et enfin consentir librement de participer à l'étude en répondant aux questions. La taille de l'échantillon était répartie comme suit : 05 acteurs institutionnels du niveau central ; 05 acteurs institutionnels du niveau opérationnel ; 05 acteurs institutionnels communautaires ; 20 personnes cibles prioritaires et 20 personnes cibles secondaires.

Sur la base d'un choix raisonné, l'étude s'est déroulée à Niamey dans les quartiers de Koira Kano dans la commune 1 (quartier ayant des caractéristiques socio-économique et démographique qui peuvent être qualifié d'« aisé ») et de Banga Bana dans la commune 5 (qui contraste avec les caractéristiques de Koira Kano donc un quartier rural). Quant aux acteurs institutionnels et communautaires, ils ont été identifiés à travers le découpage de l'administration sanitaire correspondant aux zones des populations cibles des programmes vaccinaux. Il s'agit donc



du district sanitaire 1 couvrant Koira Kano et du district sanitaire 5 couvrant le quartier Banga Bana.

L'enquête s'était déroulée courant octobre à décembre 2023 avec comme méthode de collecte de données la recherche documentaire, l'entretiens semi-directifs et l'observation. Les données collectées ont été analysées (en privilégiant le codage in vivo) aux moyens de la statistique descriptive, de l'analyse thématique et l'analyse lexicométrique.

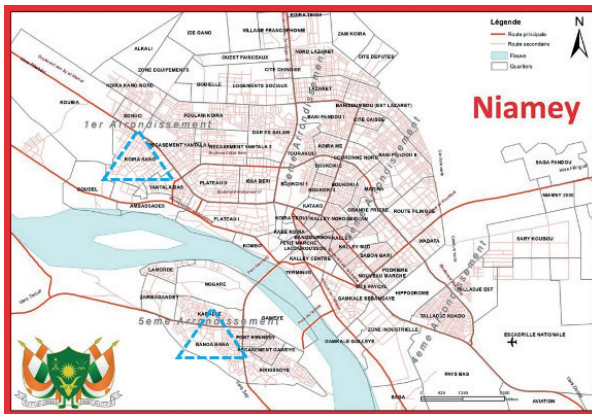


Figure 1 : Plan cadastral de la ville de Niamey

<https://gifex.com/fr/wp-content/uploads/42802/Carte-de-Niamey.jpg>

Figure 12 : Plan cadastral de la ville de Niamey

## Résultats

### Synthèse des données et répartitions des populations de l'enquête

Un total de 57 personnes a été enquêtées dont 56 entretiens enregistrés et 1 synthèse. La durée totale des entretiens est de 50,9 heures et une moyenne de 43 minutes. Tous les 56 entretiens enregistrés ont été transcrits et codés. La figure qui suit présente l'effectif, la catégorie ainsi que la répartition de la population enquêtée.

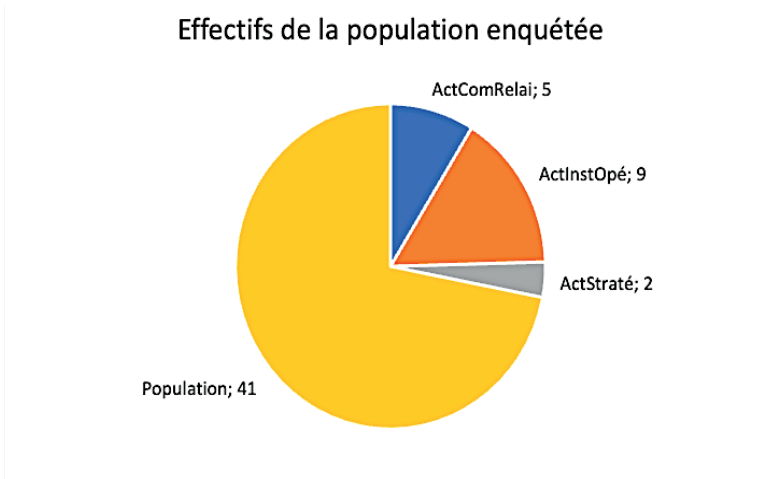


Figure 13 : Effectif, catégorie et répartition de la population enquêtée

Sachant que la langue française est la langue de travail donc celle utilisée pour l'interview réalisée avec les acteurs institutionnels, le français et 2 langues nationales (Hausa et Zarma) ont été utilisées pour les interviews avec la population. La répartition est présentée par la figure ci-dessous.

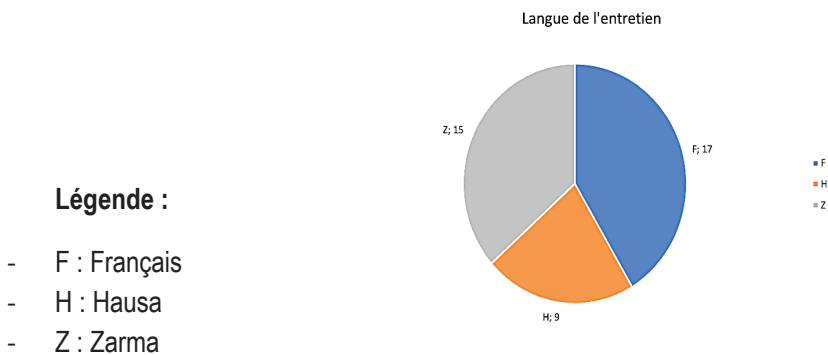
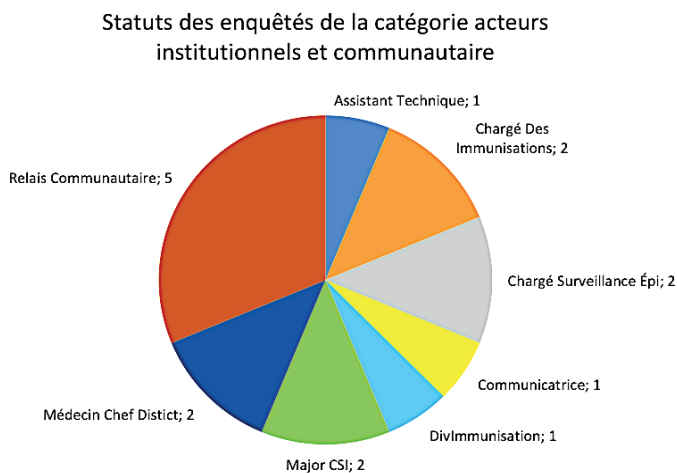


Figure 14 : Répartition des enquêtés selon la langue

Quant aux statuts des personnes enquêtées de la catégorie acteurs institutionnels et communautaires, la répartition se présente comme suit :



*Figure 15 : Répartition des enquêtés selon les catégories acteurs institutionnels et communautaires*

Ainsi, après la synthèse des données descriptives de la population, les résultats acteurs i) institutionnels et communautaires puis ii) populations sont présentés et commentés dans les pages qui suivent, avant une discussion générale qui elle va concerner l'ensemble des parties (revue de la littérature, analyse du contexte national, cartographie et enquête terrain).

# Stratégies, dispositifs et pratiques des acteurs institutionnels et communautaires en matière de vaccination

Huit grandes thématiques ont été identifiées à la suite de l'analyse. L'arbre thématique synthétisant les informations (sous-thèmes) se présente ainsi qu'il suit.

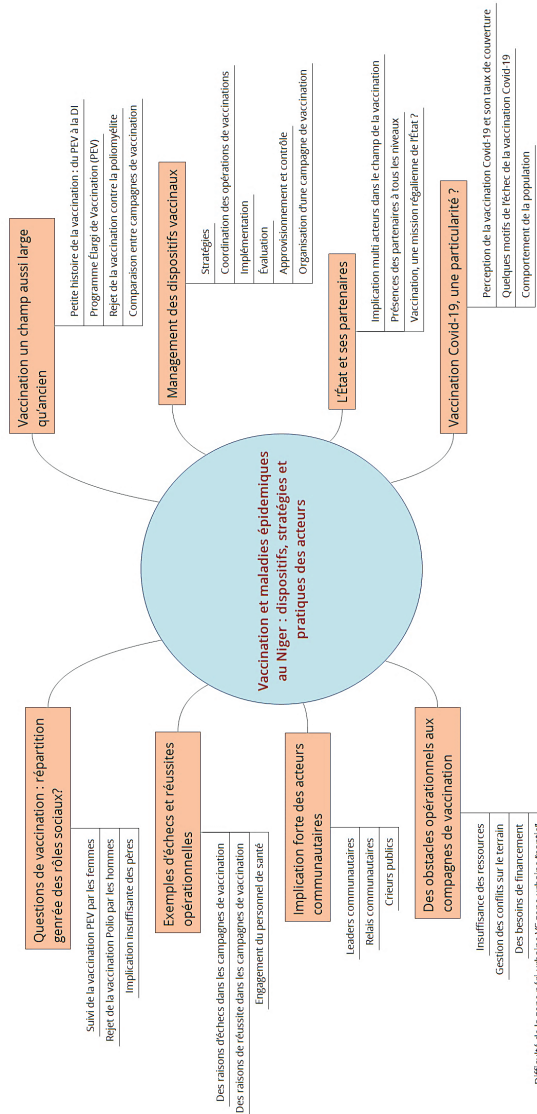


Figure 16 : Arbre thématique issu du corpus acteurs de la vaccination

## **Vaccination, du Programme Élargi de Vaccination (PEV) à la Direction des Immunisations**

La vaccination au Niger est un programme mis en place par le Ministère de la Santé Publique (MSP) dans les années 1980. A sa création le PEV ciblait les enfants de 0 à 1 an, les vieux, les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer. Actuellement le PEV cible les enfants de 0 à 23 mois en leur administrant les vaccins tels que l'antitétanique, le BCG, le pentavalent et ceux contre d'autres maladies. Le PEV est déroulé sur les 72 districts sanitaires du pays. Il reçoit l'appui des partenaires tels que l'OMS, l'UNICEF, GAVI ALLIANCE et de plus en plus la Banque Mondiale et la Fondation Billes et Melinda GATES. Cette vaccination est faite pour prévenir les maladies à potentiel épidémique surtout chez les enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 23 mois. Parmi les vaccins on peut citer : le BCG, le Penta, la polio, le VAR, le VAA, le MEN A, le ROTA, le VAT pour les femmes enceintes. Les vaccinations du PEV se déroulent essentiellement dans les centres de santé et quelquefois des stratégies avancées (déplacement dans les quartiers) sont proposées pour vacciner les perdus de vue. Des budgets sont programmés par les responsables des districts qui expriment leurs besoins souvent adressées directement aux partenaires (bailleurs de fonds) qui les financent. Toutefois, certaines vaccinations, bien que suffisamment financé (disponibles et gratuites), rencontrent difficilement l'assentiment de la population.

Le PEV a évolué pour devenir une Division puis une Direction et maintenant la Direction nationale des Immunisations (DI) rattachée à la Direction Générale de la Santé Publique (DGSP). La DI assure la mission d'organiser les vaccinations préventives, les ripostes vaccinales contre les maladies à potentiel épidémique en collaboration avec la Direction de la Surveillance et de la Riposte contre les Épidémies (DSRE). La DI gère aussi les plans de route pour l'introduction de nouveau vaccin. Les principaux défis du programme de vaccination restent l'achat des vaccins qui coûtent, le souci au niveau de la demande et les populations dans les zones d'accès difficile notamment les zones d'insécurité qui sont encore en marge de la vaccination.

## **Management des dispositifs vaccinaux : stratégies, coordination, implémentation, approvisionnement et évaluation**

« La priorité des autorités est de vacciner le maximum de personnes cibles ». Pour ce faire, deux types de stratégies de vaccination sont mobilisées : stratégie fixe (pour les populations qui sont entre 5 et 15 km d'un centre/point de vaccination) et stratégie mobile (pour les populations qui sont à plus de 15 km d'un centre/point de vaccination). Quel que soit la stratégie, la vaccination demeure gratuite sur l'ensemble du territoire national car les coûts opérationnels (acquisition des vaccins, distribution, organisation des campagnes) sont supportés par l'État à travers le soutien de ses partenaires. Détermination et priorisation des cibles à vacciner, intensification de la vaccination, installation des vaccinodromes, création des sites mobiles, élaboration de stratégie de communication, la prise en charge des effets secondaires, la recherche de perdus de vue, Identification des non-vaccinés et adoption de stratégie spécifique dans les zones risquées sont autant d'approches stratégiques expérimentées par le MSP. La répartition des rôles entre la DI, le district, les centres de santé, les points focaux vaccination, l'équipe cadre et le CESE est faite en amont des campagnes vaccinales. La coordination des actions des partenaires est assurée par la Direction des Immunisations. L'ensemble des opérations (approvisionnement, stockage, distribution, inoculation du vaccin, veille pharmacologique) est coordonné par la DI avec l'appui des autres directions du MPS. Coordination de la prise en charge, organisation de la vaccination, suivi et gestion des données de la campagne de vaccination sont autant d'éléments de la chaîne de coordination.

L'organisation entière de la campagne est du ressort des niveaux opérationnel (entre les districts et les centres de santé). La décision d'organiser une campagne est prise par le district sur la base des remontées d'information des centres de santé de même que l'organisation de la stratégie avancée, la définition de la cible et des objectifs de vaccination, l'identification des relais communautaires, les choix des sites de vaccination ainsi que l'évaluation des coûts. La gestion opérationnelle de la campagne de vaccination au niveau du district sanitaire passe

essentiellement par la disponibilisation des ressources, la gestion des fonds, la rétribution des vaccinateurs ainsi que des autres intervenants. Une bonne organisation des campagnes et une bonne gestion opérationnelle permettent d'atteindre des taux de réussite satisfaisants tout en restant dans la prospection de nouvelles stratégies.

Après l'identification de la cible à vacciner et la réception des informations par le biais des Chargés de Surveillance Épidémiologique (CSE), la planification des ressources est faite sur la base de la démarche Bottom up (du bas vers le haut) c'est-à-dire des centres de santé à la direction des immunisations en passant par le district et la direction régionale. Pour la mise en œuvre, le calcul du nombre de doses à administrer et le planning de la vaccination PEV se font continuellement. Comme l'illustre ce propos « ici, on fait toutes les vaccinations euh le BCG euh pneumo, penta et VAR, VAA et toutes les différentes sortes de vaccination nous ont fait ça. Par exemple, aujourd'hui, c'est un vendredi, le vendredi, on fait le BCG euh VAA, et VAR tous les vendredis ». Le calendrier vaccinal aux premiers jours de l'enfant est composé du penta 1, ROTA 1 et VPO. Le « VPO c'est polio dès la naissance, maintenant dès qu'on fait le BCG on donne les 2 gouttes là de polio, donc c'est ça VPO zéro ». Une sorte d'économie des doses se met en place, compte tenu des ressources limitées par les agents de santé dans l'objectif de ne faire aucune perte de dose. « On ne peut pas ouvrir un flacon pour une seule personne, donc tous les enfants qui sont nés dans la semaine, euh on leur donne RDV le vendredi pour qu'ils viennent faire le BCG ».

Après estimation des besoins au niveau national, les vaccins sont commandés par les partenaires en l'occurrence l'UNICEF qui en assure la fourniture. Le stockage des vaccins et le dispatching est du ressort de la DI. Quant au contrôle de la qualité des vaccins « ça y'a rien à faire c'est obligatoire ». « C'est les filières du système des nations unies qui font le contrôle. Mais au niveau pays, il y a l'ANRSP, il y a la direction de laboratoire et pharmacie aussi maintenant qui est devenu ARP je pense qui est responsable en tout cas du contrôle qualité et tout ce qui se passe par rapport à ça ». Aussi, des évaluations sont conduites en amont comme en aval des campagnes de vaccination. Le premier niveau d'évaluation est celui des besoins des centres de santé en parti-

culier et des districts de manière générale. Une fois la campagne finie, intervient l'évaluation administrative avant celle de la couverture vaccinale. Ainsi, on retrouve trois niveaux d'évaluation d'une campagne de vaccination « d'abord, pendant la campagne, il y a la supervision qui est faite pour voir la qualité. Il y a le monitoring pendant la campagne qui est fait pour voir les communautés qui ne sont pas touchées pour orienter les équipes là-bas. Et à la fin on fait une enquête de couverture post-campagne ». Toutefois, peu d'information sont données par les acteurs de mise en œuvre concernant les évaluations des couvertures vaccinales.

### **L'État et ses partenaires : une implication multi acteurs dans le champ de la vaccination qui n'est pas sans conséquence**

Plusieurs acteurs étatiques DI (niveau stratégique), DRSP et District (niveau opérationnel), communautaires (leaders religieux, chefs coutumiers) et institutionnels (agences onusiennes, GAVI, Croix Rouge) sont impliqués dans la question de la vaccination au Niger. L'appui des acteurs institutionnels est considérable par sa nature (technique, financier surtout) et son ampleur (volume, intervention dans la supervision). Une répartition des rôles entre acteurs/partenaires et l'État est faite de même que les enveloppes financières. La collaboration entre l'État et partenaires lors des campagnes de vaccination se fait à plusieurs niveaux : l'approvisionnement, le stockage, le conditionnement, la distribution et la production des données. Cette forte présence des partenaires est remarquée (souvent décriée) à la fois par les acteurs opérationnels et communautaires qui participent à la mise en œuvre des campagnes de vaccination. Pourtant, la vaccination reste un domaine régalien de l'État qui s'assure que la population reste protégée contre les maladies, notamment épidémiques. Elle est donc une question importante pour l'État, car le coût/conséquence de la non vaccination peut être grave si une épidémie s'installe. Cependant, l'implication des partenaires extérieurs à tous les niveaux de la chaîne de la vaccination est malgré tout quelquefois perçue par les acteurs communautaires et même la population comme une perte de souveraineté de l'État.



## **Du rejet de la vaccination contre la poliomyélite à la différenciation des campagnes de vaccination**

La vaccination contre la poliomyélite, introduite depuis plus d'une vingtaine d'année, est maintenant de plus en plus rejetée pour différentes raisons qui restent propres à la population. En effet, la nocivité de ce vaccin n'a pas été démontrée mais des rumeurs sont distillées comme quoi le vaccin anti polio peut rendre les enfants stériles : « oui, et polio aussi, polio aussi a un point d'interrogation, toujours on dit que c'est fait pour empêcher aux enfants de procréer ». Le doute sur l'innocuité de la vaccination contre la poliomyélite s'installe dans les zones urbaines et périurbaines où il y a un nombre important de la population. Dans ces conditions, il est plus difficile alors d'atteindre les objectifs de la vaccination et une certaine lassitude s'installe avec les agents de santé. La Création d' « association d'opposition » à la vaccination contre la polio ne facilite pas les choses aux professionnels de santé responsables du district qui déploient moult stratégie dont celle de la « pédagogie de la peur » à travers les séquelles à vie que la poliomyélite est capable de laisser aux enfants non vaccinés donc non protégés.

Des différences de taux de participation (taux de couverture vaccinale + ou – satisfaisants) existent entre les campagnes de vaccination selon la nature du vaccin (oral ou injectable), la cible (enfant ou adulte) et le type de maladie à prévenir (maladies « autochtones » connues de la population ou non connues comme le cas du COVID-19). Les professionnels de santé observent qu'il y a une préférence des autres vaccinations à celle contre le COVID-19. Par exemple, un médecin explique la différence entre une campagne de masse et les sorties avancées « c'est en cas d'épidémie qu'on parle de la campagne de masse. Les sorties avancées c'est juste pour rattraper les enfants qui n'ont pas été vaccinés. Voilà la différence ».

### **Vaccination COVID-19, une particularité ?**

Les rumeurs répandues sur le COVID-19 ont joué sur la perception des populations sur la maladie et son vaccin. Plus de 52% de la cible à

vacciner a été touchée même si dans certain cas la vaccination est faite par contrainte. Il y a toutefois une certaine réticence à se faire vacciner contre le COVID-19. Parmi les raisons il y a entre autres la peur des effets secondaires. Les raisons du faible taux de couverture sont à chercher dans le calcul du dénominateur « logiquement, la covid, pour moi la covid, d'abord l'affaire de calcul du dénominateur me cause un problème. On a, on vaccine les enfants de 18 ans et plus, on veut le calculer sur la population globale. Ça, c'est un problème. Le PEV, en vaccinant les enfants de 0 à 11 mois ». La vaccination contre le COVID-19 ciblait d'abord prioritairement les personnes âgées, personnes avec comorbidité, les professionnels de santé et les agents de sécurité avant de s'étendre à l'ensemble de la population de plus de 18 ans. Elle est facultative, contrairement au PEV qui a un caractère obligatoire et concerne les 0-5 ans. La différence de taille de cible (calcul du dénominateur) et le caractère facultatif de la vaccination Covid expliquent pourquoi son taux de couverture ne frôle que 52% qui n'est pas à comparer avec ceux du PEV (95% et plus) car n'ayant pas les mêmes cibles ni le même caractère. Aussi, plusieurs motifs du rejet du vaccin contre le COVID-19 sont donnés parmi lesquels il y a la multiplicité des vaccins, le refus du vaccin par certains agents de santé, l'absence d'intérêt, le retard de livraison, la faible publicité et surtout le retard de l'engagement des politiques. La sensibilisation est vue comme une des solutions pour une future campagne réussie.

De manière générale, la réticence de la population est forte quand il s'agit de la vaccination contre le COVID-19 et moyennement modérée pour la polio. La population est peu réticence pour le PEV contrairement au COVID-19. L'adhésion de la population est donc cruciale et cela ne peut être possible qu'à travers une forte mobilisation sociale « ça a beaucoup changé, ça a beaucoup changé, surtout avec la mobilisation sociale avec les véhicules sonorisés, donc beaucoup de gens avaient adhéré ».

### **Implication forte des acteurs communautaires**

Les leaders communautaires (chefs de quartier, chefs religieux et coutumiers) accompagnent les professionnels de santé en leur facilitant les

opérations de vaccination sur le terrain. Ils jouent un rôle d'interface entre la communauté et les professionnels de santé. « Il y a aussi, la communauté qui fait partie et les leaders, les leaders religieux, les associations, les personnes influentes du quartier qui nous aident dans la réalisation de ces activités de vaccination ». « Ils interviennent, elles interviennent beaucoup dans la réalisation des activités de la vaccination ». Les rapports entre les leaders communautaires et les agents de santé peuvent être qualifiés de bons car ils continuent à participer pleinement aux activités de communication et de sensibilisation sur la vaccination comme le confie ici un acteur communautaire : « nous participons nous même à la sensibilisation, aux séances de sensibilisation. Ah, quelquefois c'est en rassemblement ».

Les relais communautaires sont mobilisés dans le cadre des activités de vaccination avec pour rôle la facilitation et la préparation de terrain pour les agents de santé. Les relais sont identifiés parmi la communauté et sont formés à cet effet. Ils sont rémunérés à l'occasion des activités « nous, ils ne nous amènent rien. Sauf, si on travaille, ils nous payent pour ça, quel travail on fait ? On part faire la vaccination contre la poliomyélite, ils nous payent notre argent. On fait les quatre jours et ils nous payent. C'est les sorties, s'il y a quelque chose, s'il n'y en a pas, tant mieux ». Les relais sont quelquefois appuyés par l'UNICEF : « oui, on a été une fois à l'Unicef, cette année. Cette année, il y avait UNICEF qui nous a appuyé. Ce n'était pas pour une campagne, c'est pour la recherche des perdus de vue ». Les relais communautaires travaillent en bonne intelligence avec les chefs de quartiers « oui on l'informe et il fait de son mieux, et quand il dit les gens lui fait des reproches pour lui dire c'est ici on a amené quelque chose et tu n'as même pas donné aux gens. Les gens sont ce qu'ils sont en réalité. Vraiment le chef du quartier même fait toujours de son mieux ». Les relais communautaires ont donc un rôle important dans la prévention des épidémies. De plus, des crieurs publics sont aussi mis à contribution pour diffuser les informations auprès de la population sur les campagnes. Les crieurs sont désignés parmi la communauté par les chefs de quartiers. Leur rôle est essentiellement la diffusion des informations sur le passage des vaccinés ce en dépit de quelques obstacles.

## **Obstacles opérationnels et leviers des campagnes de vaccination : exemples d'échecs et de réussites**

Certains Centres de Santé manquent de congélateurs et pour parler à ce problème le district se charge de récupérer les accumulateurs pour les congeler et les renvoyer le lendemain au niveau de ces CSI. La supervision des vaccinateurs constitue aussi un écueil pour les responsables des districts car bien souvent le budget reste insuffisant, « parfois, c'est la MCD qui prend l'initiative de recruter des superviseurs supplémentaires sur fond propre comme une contribution locale ». En plus de la baisse de la fréquentation des CSI pendant Covid, quelquefois les interactions avec certains usagers étaient devenues conflictuelle. Des difficultés persistent pour accéder à certaines catégories de population comme les saisonniers et les femmes enceintes. « Lorsqu'il y a un nombre important de refus, les cas sont remontés au responsable du CSI qui se rend sur le site accompagné de ses techniciens et ça marche puisqu'ils arrivent à convaincre certaines personnes ». Une autre difficulté est celle avec VAR 2, qui se fait en dernier, est plus ou moins laissée par les mères. Pour le niveau opérationnel, l'absence de partenaire et de financement direct est formulée comme premiers besoins en plus de la nécessité d'avoir de fonds suffisants pour les campagnes de vaccination. Actuellement les districts font face à des situations d'incertitude du fait que les budgets sont insuffisants de même que les ressources humaines. Multiplier les partenaires est vu comme une solution.

La particularité du district 5 est qu'il est à cheval entre une zone urbaine et rurale. Pour la zone rurale, la population est difficile d'accès pour des raisons à la fois de sécurité mais aussi géographie et de condition de vie. *« Mais notre particularité ici, c'est que nous on a des CSI ruraux. C'est la particularité du district 5 par rapport aux autres districts. Oui y a un décalage parce que les CSI ruraux il faut aller dans les zones à risque. Là où il y a les terroristes derrière les montagnes là-bas, par exemple quand je vais à Bougoum, vers la frontière vers le Burkina. Faut aller un peu derrière les collines, derrière les collines pour aller vacciner les gens et c'est des zones qui sont déconseillées par exemple par les forces de l'ordre. Tu vois ? Quand tu vas à Saga Gourma, Séno-*

*bali, d'accord il faut que cette population descende en groupe. Oui qui sont recasés, donc ce n'est pas facile de mettre la main sur une population qui est mobile, le matin quand toi tu vas là-bas, eux ils sont déjà descendus pour chercher de quoi vivre ».*

En plus de l'infox et de l'échec de la communication, le manque d'intérêt de la population et donc sa réticence à se faire vacciner sont entre autres raisons qui ont causé les échecs des campagnes de vaccination particulièrement polio et COVID. La non implication ou du moins la faible implication de l'ensemble des acteurs est aussi invoquée comme cause d'échec. « Avec le recul, je demande un peu plus d'implication de toutes les parties prenantes, toutes les parties prenantes je dis bien parce que c'est important que les parties prenantes jouent leurs rôles, parce que on ne veut pas payer les vaccins et puis rester comme une lettre morte. Voilà ». Une autre raison est l'insuffisance du personnel et surtout la « tricherie » dans la vaccination comme l'explique un des enquêtés qui considère qu'« on est des intellectuels tarés, on est responsables de l'échec » et fort heureusement de quelques réussites.

La question de la vaccination n'est pas exemptée de la « répartition genrée des rôles sociaux ». Même si le suivi de la vaccination PEV est assuré par les femmes il n'en demeure pas moins que certains hommes notamment les pères rejettent tout particulièrement la vaccination contre la polio ou bien sont insuffisamment impliquée sur cette question. Cette situation trouve son explication dans les facteurs culturels où l'enfant appartient à son père qui peut décider pour lui malgré ou en dépit de sa mère. C'est l'analyse que donne ce professionnel de santé : « *celui qui est l'homme dans la famille a interdit à la femme d'accepter qu'on fasse la vaccination à l'enfant, tu sais qu'elle ne va pas accepter. La femme n'a pas d'autorité, donc elle va refuser. Puisque c'est l'homme le chef de la famille, s'il manifeste son refus de la vaccination, c'est fini* ».

Pour les professionnels de santé les résultats sont satisfaisants notamment pour les vaccinations du PEV « non les résultats sont satisfaisants, nous ... Alors que le penta et les autres vaccins.... Tout ça là c'est bon ». Toutefois, ils souhaitent trouver un moyen d'augmenter l'adhésion au VAR 2 avec cette suggestion : « aujourd'hui si on dit qu'on va

partager les moustiquaires imprégnées pour tous les enfants qui bénéficieront de VAR, si les mamans viennent ah, le VAR 2 va flécher ». Le principal motif du manque d'adhésion au VAR 2 est la période à laquelle se fait le vaccin c'est-à-dire la fin du calendrier vaccinal. Le forum national sur la vaccination est cité en exemple de réussite « le succès c'est le forum national de la vaccination organisé avec toutes les composantes de la population du Niger, tout le monde. Ça a été un vrai succès. Ça a permis au Niger de payer tous ses arriérés et d'avoir des vaccins jusqu'au premier trimestre 2024. On a déjà le budget de 2024, ça c'est le succès. Le succès c'est le programme élargi de vaccination. Ça a contribué énormément à la réduction des malades qu'il y a. Donc, c'est, c'est important. C'est vraiment important ». L'altruisme du personnel de santé et la conscience professionnelle (« Il faut travailler avec ta conscience ») sont cités comme levier et caractères particuliers des agents de santé qui leur donne une certaine fierté.

## **En conclusion**

Finalement, il n'y a pas de différence entre les dispositifs vaccinaux que ce soit ceux du PEV, de la Polio, du COVID ou des autres maladies épidémiques. Les acteurs institutionnels et opérationnels sont les mêmes de même que le management des dispositifs (stratégie, approvisionnement, mise en œuvre, évaluation). Toutefois, des facteurs comme la zone (urbain vs péri urbain) et les ressources notamment financières allouées d'une vaccination à l'autre peuvent certaines fois jouer sur les pratiques des acteurs et donc créer des différences dans la réussite des campagnes. Ainsi, les raisons du faible taux de couverture de la vaccination contre le COVID-19 (objet de cette recherche) sont à chercher dans le calcul du dénominateur comme l'explique ce propos : « logiquement, la covid, pour moi la covid, d'abord l'affaire de calcul du dénominateur me cause un problème. On vaccine les personnes de 18 ans et plus, on veut le calculer sur la population globale. Ça, c'est un problème. Alors que le PEV, vaccine les enfants de 0 à 11 mois ». En définitive, il faut comprendre que la vaccination contre le COVID-19 est facultative, concerne les personnes âgées, personnes avec comor-

bidité, les professionnels de santé et les agents de sécurité avant de s'étendre à l'ensemble de la population de plus de 18 ans, contrairement au PEV qui a un caractère obligatoire et concerne tous les 0-5 ans. Mais ce ne sont certainement pas les seules explications possibles car les logiques des populations cibles sont complexes et évanescentes.

## Perceptions, représentations et pratiques des populations en matière de vaccination

Huit grandes thématiques ont été identifiées à la suite de l'analyse. L'arbre thématique synthétisant les informations (sous-thèmes) se présente ainsi qui suit.

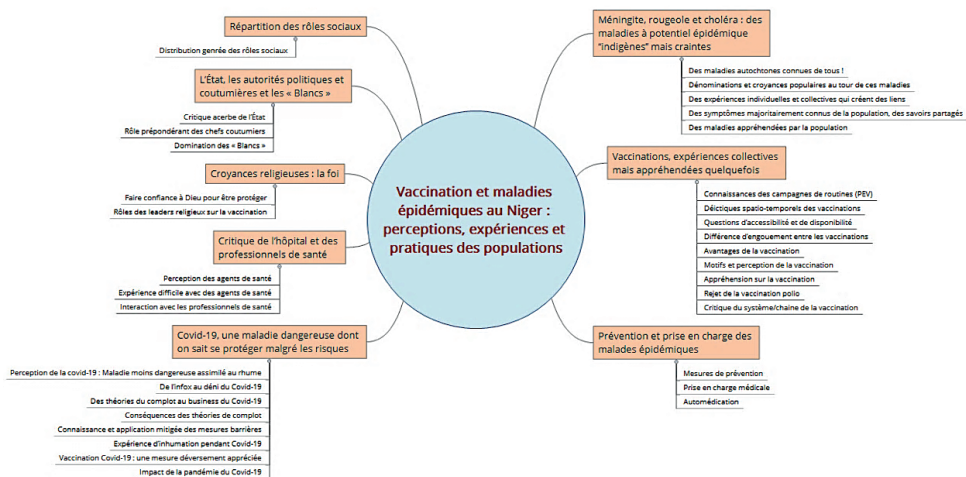


Figure 17 : Arbre thématique issu du corpus population cible des programmes vaccinaux

## **Méningite, rougeole et choléra : des maladies à potentiel épidémique « indigènes » mais craintes**

La plupart des enquêtés citent les facteurs de prévention, les modes de transmissions et surtout le caractère contagieux de ces maladies pourtant encrées et originaires de la contrée. Rougeole, méningite, choléra, fièvre jaune sont autant de maladies épidémiques qui sévissent dans les régions du sahel. Elles sont historiquement et géographiquement encrées dans le milieu. Des savoirs populaires, des pratiques et des traditions sont nés au tour de ces maladies. La socio-histoire (étude du passé dans le présent) récente de ces maladies (Rougeole, méningite, choléra, fièvre jaune) montre un rapport historique particulier pour ces « épidémies connues » comme des objets ou phénomènes ancrés contrairement au Covid. Communément appelée *doubou dobou* (fièvre jaune), *sankarao* en Hausa, et *Guinda kobu* en Zarma (méningite) *Doussa* (rougeole), ces appellations, issues de deux langues locales majoritairement parlées, permettent d'identifier ces maladies qui sont très fréquentes dans le pays. Aussi, des croyances sur les causes et les traitements de ces maladies sont développées de même que le recours aux traitements traditionnels qui permettent d'en guérir.

Les expériences individuelles ou collectives sont marquées fortement par la récurrence des maladies épidémiques. C'est le cas par exemple de la récente épidémie de méningite en 2017 qui a fait beaucoup de victime dans la capitale où « il y a eu d'abord une grande psychose, parce que on a tellement parlé de la maladie et le vaccin n'était pas accessible ». L'ampleur que prenait l'épidémie et l'indisponibilité des vaccins ou du moins l'insuffisance pour couvrir l'ensemble de la population ont créé des situations de panique généralisée dans la ville de Niamey. Cela a eu comme conséquence une grande spéculation sur les prix des vaccins vendus en pharmacie les rendant difficilement accessible. Des formes de « solidarité vaccinale » sont nées au tour des familles, des habitants d'un même quartier et des pratiquants religieux. Certaines maladies épidémiques notamment le choléra et la méningite sont plus craintes que les autres (rougeole ou COVID-19) du fait de leur haut degrés de contagiosité mais surtout des séquelles (la méningite) qu'elles peuvent



laisser au malade une fois guéri. En plus de la contagiosité, les mesures de prévention et de contrôle (isolement, quarantaine, lazaret) conditionnent les représentations des populations sur ces maladies qui les qualifient comme des maladies graves et mortelles.

## **Vaccinations, expériences individuelles et collectives quelquefois appréhendées**

Les vaccinations du PEV (tuberculose, polio, diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole, hépatite B, fièvre jaune) ou vaccination de routine constituent l'expérience vaccinale la plus répandue. Ces vaccinations sont citées en premier avant les campagnes des vaccinations ciblant les adultes (méningite, fièvre jaune...). Les campagnes du PEV sont plus accessibles et acceptées par la population du fait peut être de la disponibilité, de la facilité d'accès et des stratégies (porte à porte, systématique après la naissance) mises en place pour faciliter l'adhésion des populations. Les campagnes du PEV bénéficient d'une organisation bien huilée et des ressources importantes qui font aussi leurs succès. Les moyens de communication déployés et la mobilisation des acteurs communautaires (leaders communautaires, d'opinion) sont importants. Cependant, la vaccination contre la poliomyélite est majoritairement refusée et critiquée par la population qui déclarent ne pas avoir confiance à la fois aux acteurs et au vaccin qui est risqué.

Que ce soit contre le COVID-19, la méningite ou le PEV, les lieux de vaccination sont majoritairement connus même si certains enquêtés déclarent manquer d'informations sur les lieux de vaccination contre le COVID-19. Le calendrier vaccinal du PEV est assez bien connu de même que les dates des passages des vaccinateurs. Au dire des enquêtés, les vaccinations notamment COVID-19, méningite et autres (non PEV alors) sont plus ou moins accessibles selon que la personne habite un quartier « on suppose que bon Koirra Kano est assez bien fourni en termes de caractéristiques de la population qui y vit ». Les difficultés d'accès aux vaccinations non PEV sont relativement peu énumérées. Les enquêtés ont connaissance de la gratuité des vaccins qu'ils soient du PEV (ciblant les enfants) ou contre le COVID-19, méningite et

autres. Toutefois, au besoin, sentiment d'être sécurisé et se protéger par la vaccination s'oppose celui de la contrainte car pour certains ils se vaccinent pour des raisons autres que celle de se protéger.

Alors, il y a une absence d'intérêt pour la vaccination contre le COVID-19 contrairement à celle contre la méningite ou la rougeole. Aux besoins de protection pour certaine vaccination s'oppose celui de contrainte pour d'autres vaccinations d'où la différence d'engouement entre les vaccinations. Les bienfaits de la vaccination (protection, prévention, immunisation) sont majoritairement connus surtout s'il s'agit des PEV et des maladies dites autochtones comme la méningite, la rougeole... etc. Cependant, il y a des enquêtés qui trouvent la vaccination sans aucun avantage surtout s'il s'agit de celle contre le Covid-19 « sincèrement moi je ne vois pas l'avantage dedans ». Ainsi, diverses explications sont données comme motifs d'acceptation de la vaccination (apparition du premier cas, un proche, effectuer un voyage, vaccination imposée « On me l'a imposé parce que je devais partir en France... »). Se faire vacciner est aussi vu comme une chance parce que l'on habite dans un « quartier fourni » ou parce que l'on travaille dans une administration qui assure la prise en charge de son personnel ainsi que leurs familles à la différence de la vaccination de masse ou ciblées.

Subséquentement, la vaccination est quelquefois appréhendée malgré la protection qu'elle est capable de procurer à la personne qui la reçoit. La peur des effets secondaires, contre qui il faut prendre du paracétamol pour éviter la fièvre et la douleur au bras lors qu'on est moins rassuré sur les « risques liés à la vaccination » qui sont des explications qui motive par exemple le rejet du vaccin polio. La vaccination contre la poliomyélite est perçue comme comportant des risques comme entre autres celui de limiter les naissances ou rendre « inapte ». Une statistique intuitive donnée « par exemple si je prends la polio sur 10 personnes, 8 te diront qu'elle a des risques, les gens parlent beaucoup de ça ». Le refus de la vaccination de poliomyélite tire alors son origine dans le fait que cette vaccination est vue comme un moyen de stérilisation des enfants à laquelle une opposition est faite. D'autres raisons sont données qui explique le rejet de la vaccination contre la poliomyélite.

Il s'agit par exemple de la non-qualification des vaccinateurs à qui le jugement d'absence de fiabilité ou de sérieux dans l'activité est reproché en plus du turnover ou de processus de vaccination non sécurisés.

Une critique forte est faite contre ce qui convient de qualifier de « système ou la chaîne de la vaccination » qui se compose entre autres d'acteurs, de l'approvisionnement, du contrôle, de produits ou intrants, de stratégies, d'organisation. Plusieurs reproches sont faits à ce « système » ou cette chaîne de la vaccination : doute sur l'efficacité des vaccins ; dégradation de la gestion des vaccinations ; gestion abusive des fonds de vaccination ; personnel non fiable ; ignorance des objectifs de la vaccination ; vaccination sélective ; méfaits de la vaccination ; vaccination imposée ; détournement des vaccins ; insuffisance/rupture des vaccins ; rejet de stratégie vaccinale porte à porte ; « organisation coloniale de la vaccination » ; doute sur le service de vérification de vaccins ; acceptation d'une vaccination et rejet d'une autre...etc.

## **Mesures de prévention et de prise en charge des maladies épidémiques**

Parmi les mesures de prévention figurent entre autres le respect du calendrier vaccinal pour le PEV, le respect des mesures d'hygiène et la motivation (encouragement) à la consultation de routine. S'agissant des vaccinations non PEV (rougeole, la fièvre jaune, méningite), la grande majorité des enquêtés adhère surtout à celles auxquelles ils sont habitués. Il y a de ce fait une confiance en la vaccination accordée à ces vaccinations. La prise en charge débute par le diagnostic (l'autodiagnostic à travers les symptômes qui sont plus ou moins connus de tous) qui est posé dans un centre hospitalier. Seul l'hôpital est « capable » de confirmer le diagnostic et assurer la prise en charge dont la gratuité est connue et appréciée de tous. Pour certains, le traitement à l'hôpital procure un sentiment de confiance en la médecine moderne et un rejet à demi-teinte de la médecine traditionnelle. Plusieurs pratiques d'automédication contre certaines maladies épidémiques sont décrites par les enquêtés. Pour d'autres, on remarque une certaine préférence de la médication traditionnelle malgré la confiance au système de santé qui est donc placé en deuxième recours.

## **COVID-19, une maladie « fabriquée » dangereuse pour certains et banale pour d'autres**

Diversément perçu (c'est du rhume européen, Covid, chez nous, c'est le rhume, COVID-19 est un non-événement, COVID-19 comme une invention, COVID-19 comme un complot contre l'islam, Covid, c'est du rhume inventé pour avoir de l'argent), le COVID-19 paraît moins dangereux que les autres maladies épidémiques de la « contrée ». Il y a une certaine instrumentalisation du COVID-19 qui crée une indifférence face à la maladie qui est la base du refus de se faire tester. On note une absence d'influence du contexte du Covid sur les vaccinations mais plutôt une prise de conscience et des enseignements retenus du Covid. Toutefois, on relève une acceptation conditionnée d'une éventuelle vaccination par quelques enquêtés.

De nombreuses rumeurs avaient circulé dans les médias particulièrement à travers les réseaux sociaux accentuant ainsi les perceptions sur le COVID. D'un côté, il y a des gens qui suivent les informations via les médias officiels et de l'autre ceux qui s'informent (uniquement) à travers les réseaux sociaux pour qui « COVID-19 est juste une invention », « ils ont créé leur maladie », « vaccin sciemment inventé ». La force des rumeurs influe quelquefois sur la décision vaccinale conduisant ainsi au déni du COVID-19. Les théories faisant état de « complot contre le Noir ou pour réduire la population africaine et/ou musulmane » avaient été beaucoup distillées notamment via les réseaux sociaux. Ces mêmes théories accusaient les dirigeants de complicité et inventaient les chiffres sur le COVID-19 créant pour certains des doutes sur la communication officielle. Plusieurs qualificatifs fusaient pour exprimer cette idée de complot et surtout de perte de confiance à l'égard des autorités : complicité des autorités politiques ; complot des occidentaux ; utilisation du covid comme fonds de commerce ; avidité du gouvernement ; amour du gain de l'État. Les conséquences de l'infodémie et surtout des théories du complot (création de la maladie, recherche de profit...) sont le rejet du vaccin contre le COVID-19 et donc sur la décision vaccinale. Cela s'illustre à travers ces différents propos : « pour moi, le seul vaccin où les gens se sont fatigués c'est le COVID » ; « Ça

ce sont les blancs qui ont créé leur truc, ne dit même pas autre chose c'est eux » ; « C'est pour tromper la vigilance des gens. On vous fait peur, si vous parlez encore on vous donne de l'argent ».

Le respect des mesures barrières surtout en temps de Covid est conditionné par la protection divine ce malgré les avantages probants des mesures préventives tels que le lavage des mains, la distanciation ainsi que le port de masque. On observe un rejet systématique de ces mesures, surtout celle concernant la fermeture des mosquées, par une grande partie des enquêtés. Un enquêté raconte son expérience de l'inhumation d'un proche décédé suite au Covid et ses interactions avec les professionnels de santé à cette occasion. Le comportement des agents de santé face au corps et même leurs attitudes après l'enterrement a suscité en lui un doute quant à la qualification des agents de santé sur la prise en charge post mortem.

S'agissant de la vaccination (contre la fièvre jaune, la méningite et le COVID-19 surtout), il y a d'un côté ceux pour qui cette mesure comporte des avantages à la fois de protection ou d'assurance mais aussi elle est vue comme un moyen pour disposer de documents de voyage (carnet/certificat de vaccination) ou pour d'autres intérêts (pécunier par exemple) ou par contrainte (influence des proches, institution). De l'autre côté, il y a ceux pour qui la vaccination, Covid notamment, comporte aucun avantage, « sincèrement moi je ne vois pas l'avantage dedans », car ils n'y font pas confiance, ont une réticence vis-à-vis des vaccinateurs, doutent sur l'efficacité du vaccin et/ou sa nouveauté, ont peur des effets secondaire du vaccin ou ont besoin de vérification sur son innocuité. Un sentiment de méfiance voir de mépris du vaccin Covid et d'allégation de fraude pèsent particulièrement sur cette vaccination.

Comme effets immédiats des mesures, c'est l'isolement social (quelquefois c'est la stigmatisation), chômage, perte de revenu sont entre autres des conséquences économiques et sociales négatives de la pandémie du COVID-19. « Ça a été des moments très durs à accepter » car « notre liberté a été confisquée ». On note des impacts forts du contexte COVID-19 sur les rapports sociaux du fait du confinement, de l'isolement sanitaire de la ville de Niamey et surtout de l'interdiction des

rassemblements comme lors des prières collectives, de cérémonies de mariages ou baptêmes. Les séquelles sont surtout le hiatus entre les dirigeants et une grande partie de la population avec une montée de sentiment de méfiance et de défiance des autorités.

## **Rapports mitigés à l'hôpital et aux professionnels de santé**

Premiers sur la ligne, les professionnels de santé « ont fait de leur mieux parce que sans eux on va souffrir, que Dieu les récompense » déclare un enquêté. Par leur « convivialité et leur gratitude » les efforts consentis par les professionnels de santé ont en partie été apprécié par la population de même que leur professionnalisme. Toutefois, certains travers existent (comme dans toutes profession ou œuvre humaine) comme le cas pour cet enquêté qui partage une mauvaise expérience qui stigmatise une catégorie de la population : « certains ne sont pas compétents et d'autres ils n'ont pas un bon cœur. Ils ne s'occupent pas des malades, parce que nous nos malades viennent des villages et eux ils sont en ville ».

Plusieurs situations et ressentis caractérisent les rapports et les interactions des enquêtés avec les professionnels de santé. Elles vont du sentiment de rejet à la stigmatisation conduisant au « dégoût » voire à la « crainte » des hôpitaux. Le cadre/environnement hospitalier n'en est pas aussi pour rien, l'absence d'intimité dans les hôpitaux, la « désorganisation », difficultés d'accessibilité, non réactivité des agents de santé, favoritisme des agents de santé sont autant d'aspects qui caractérisent les expériences des populations/usagers. S'agissant tout particulièrement de la vaccination, le « manque de professionnalisme des vaccinateurs » ont conduit à des sentiments de « réserve » voire même de « rejet » de certaine vaccination comme celle de la poliomyélite.

En dépit de quelques ratés, on note globalement une bonne interaction avec les professionnels comme nous le mentionne cet enquêté « on se comprend bien sauf si tu tombes sur une mauvaise personne ». Les conditions ne sont pas les mêmes entre ceux qui fréquentent les établissements de santé publics et ceux dont leurs statuts socioprofessionnels font d'eux des « nantis » du système de santé à qui des équipes sont

dédiées pour des prestations de proximités. « On se fait vacciner souvent à la BCEAO comme maman était... elle travaillait là-bas donc quand il y a eu vaccination on nous a demandé de venir et on se faisait vacciner, on se faisait enregistrer là-bas. Non on allait à l'agence. Bon comme c'est des agents qu'on voit souvent, comme par exemple ils sont à l'infirmierie de la BCEAO donc on se connaissait un peu déjà... ».

## **Croyances religieuses : la foi comme moyen de protection**

D'une part, le fait religieux, la foi et les croyances religieuses (l'islam en l'occurrence) plus généralement conditionne l'esprit et induit à des comportements d'indifférence face aux risques comme c'est le cas dans ces propos : « moi je me fie à ALLAH et c'est lui qui m'a protégé ». La dévotion est un phénomène culturel fondamentale dans la société nigérienne et la maladie est perçue comme œuvre divine face à la quelle seules les prières permettent d'y faire face. « Remettre tout au dos de Dieu », ainsi « la foi comme un refuge contre le Covid » donc le « fatalisme face à la prévention » à l'image de ces propos « bon la maladie attrape celui que Dieu a dit et elle laisse celui que Dieu a dit ». D'autre part, les leaders religieux (prédicateurs/imams) communément appelés marabouts ont joué un rôle de facilitateurs puisque c'était à eux (par le biais de l'Association Islamique du Niger) que les autorités politiques avaient confié la charge de l'annonce de la mesure concernant la fermeture des mosquées, une conséquence logique de l'interdiction des rassemblements. Certains parmi les leaders religieux ont toutefois joué un rôle contraire aux buts et objectifs des mesures de protection à travers des discours favorisant les rejets de ces dernières : « aucune maladie ne peut empêcher les gens de prier en congrégation » ; la vaccination réduit la natalité (propos très souvent prononcé contre la vaccination contre la poliomyélite). La « la vaccination, c'est une protection » certes, mais elle est liée à la « croyance » car « les médecins traitent et Dieu guérit ». L'intervention du politique dans la gestion du religieux a été mal perçue de même que celle des chefferies traditionnelles dont l'exemple marquant est celui la visite de l'Émir de Kano au Niger vers la fin de la pandémie qui avait suscité un grand tôle au point où le président de la République a dû défendre la position.

## **Critique des autorités politiques et coutumières et complot des « Blancs »**

D'abord, les décisions des autorités politiques ont été savamment critiquées y compris sa posture dans la gestion de la pandémie du Covid tout particulièrement et dans une moindre mesure lors des récentes épidémies de méningite. Le désengagement progressif de l'État de la vaccination et sa démission dans le contrôle des produits pharmaceutiques, comme illustré par ces propos « l'État nigérien, s'il dit qu'il va faire, wallay il ne va pas faire » ont raffermi les perceptions de certaines personnes qui les qualifient « d'autorités avides et corrompues » à qui elles n'en font pas confiance. L'insuffisance des médecins, la non-transparence de l'État, le défaut de communication, sa participation au complot pour réduire la natalité (en acceptant l'introduction des vaccins Covid et polio) ou même sa recherche d'un intérêt financier ont incité au rejet de ces vaccinations. Il s'ensuit une dénonciation de la politique des autorités qui sont taxé de négligeant dans la gestion des crises épidémiques.

Ensuite, la contribution des chefs coutumiers ne s'est pas fait attendre lorsqu'il s'est agi de mobiliser l'ensemble des forces vives. L'État, connaissant bien la place des leaders coutumiers auprès des communautés, s'est référé aux chefs coutumiers, avec l'appui des crieurs publics qui sont sous leur coupe, pour accompagner les campagnes de vaccination. Sachant bien le respect que les populations ont à l'égard des demandes des chefs coutumiers, l'implication de ces derniers par les autorités a été vécue comme une immixtion des politiques dans les chefferies traditionnelles.

Enfin, du « complot des blancs contre la population » à la méfiance des Blancs, la pandémie du Covid et ses corollaires a fait renaître un sentiment de domination des blancs sur la population africaine jadis colonisée par ces derniers. Un enquêté nous confiait « je ne crois pas à l'existence de cette maladie, c'est juste les blancs qui ont réussi à nous dominer parce qu'ils ont dominé nos dirigeants. Ils ont contrôlé le monde entier puisque même le hadj, ils ont réussi à nous l'interdire. Vous savez que leur campagne a eu l'effet escompté ». Face à ce



type ressentiment de domination politique, économique voire culturelle et culturelle, l'émancipation du peuple, qui ne saurait compter sur ces dirigeants qualifiés de corrompus, passe par une prise de conscience collective et le rejet systématique des valeurs des « Blancs ». Il faut dire que le contexte politique (dénonciation de certains accords avec l'ex puissance coloniale, la France, les mouvement anti système/politique française et plus globalement de l'occident, à l'égard des pays africains) que traverse les pays du sahel notamment le Niger, le Mali et le Burkina a beaucoup marqué les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

## **En conclusion**

La population a des perceptions différenciées sur les maladies épidémiques qui peuvent agir sur l'acceptabilité des vaccinations des « maladies autochtones » contrairement à celles contre les « maladies fabriquées ». Ainsi, les vaccinations contre la méningite, choléra, rougeole, fièvre jaune semblent plus acceptées contrairement à celles contre la polio et le Covid-19. En conséquence de cela, on observe une acceptation conditionnée voir mitigée d'une éventuelle vaccination si jamais une nouvelle épidémie d'une maladie méconnue émergeait ou re-émergeait. Donc il y a une influence possible des facteurs historiques et culturels à travers les liens socio-historiques de la population avec certaines maladies à potentiel épidémique dites « maladies autochtones » pour qui il existe des savoirs construits voir stabilisés. Aussi, une influence des facteurs contextuels (politique, social, économique) n'est pas à exclure qui jouent sur les rapports des populations au système de santé, aux autorités et à l'Occident.

## **Avoir recourt à lexicométrie pour saisir les sens des discours**

En complément des analyses statistiques descriptives et thématiques, l'analyse lexicométrique a permis de traiter les corpus (acteurs et population) afin d'établir leurs vocabulaires et de classer en fonction de leur fréquence, de leur répartition, de leurs catégories grammaticales<sup>27</sup>. Pour cela, c'est le Logiciel Iramuteq<sup>28</sup> qui a été utilisé. L'analyse a permis de mettre en évidence les vocabulaires (formes actives) les plus utilisés ensemble dans les mêmes phrases parmi les réponses données par les enquêtés. De plus, cet outil offre la possibilité de coder les corpus à travers des variables d'intérêts (sexe, âge, localité, catégorie socio-professionnelle) cela permet d'identifier les classes ou types de vocabulaires correspondants aux variables. Le dendrogramme (figure ci-dessous) présente les classes des vocabulaires issus du corpus la population cible des programmes vaccinaux. Ils sont répartis en 5 classes comme suit :

- ▶ Classe 1 : Peur de la pandémie du Covid-19 (discours dominé par les 18-40 ans qui sont aussi présents dans la classe 4) ;
- ▶ Classe 2 : Prise en charge hospitalière (discours dominé le sexe féminin) ;
- ▶ Classe 3 : Vaccination des enfants (discours dominé par les +60 ans) ;
- ▶ Classe 4 : Capacité de décision et de contrôle du gouvernement (discours dominé par les 18-40 ans, le sexe masculin du quartier Koira Kano) ;
- ▶ Classe 5 : Symptômes et moyens de prévention contre le choléra (discours dominé les habitants du quartier Banga Bana).

---

27. <https://hal.science/hal-00834039/document#:~:text=La%20lexicom%C3%A9trie%20est%20l'alliance,r%C3%A9partition%2C%20de%20leurs%20cat%C3%A9gories%20grammaticales>.

28. [http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation\\_19\\_02\\_2014.pdf](http://iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf)

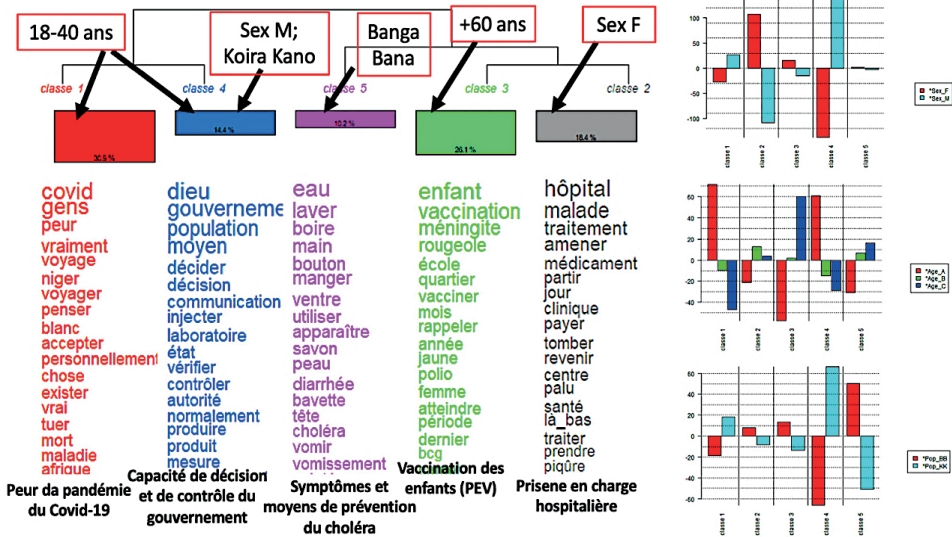


Figure 18 : Dendrogramme des classes thématiques issues du corpus population cible des programmes vaccinaux

En plus de fournir cette arborescence, le logiciel Iramuteq® permet également de projeter graphiquement selon une Analyse Factorielle des Correspondances (AFC) ces différentes classes de mots. Cette visualisation fournit des paires d'images superposables représentant pour l'une (figure à gauche) les proximités relatives des mots et pour l'autre (figure à droite) des variables concernées (via des tags ou variables prédéfinis) et ce autour des centres de ces lexiques. Les mots centraux sont les plus communs et la distance au centre indique la spécificité de tel ou tel mot.

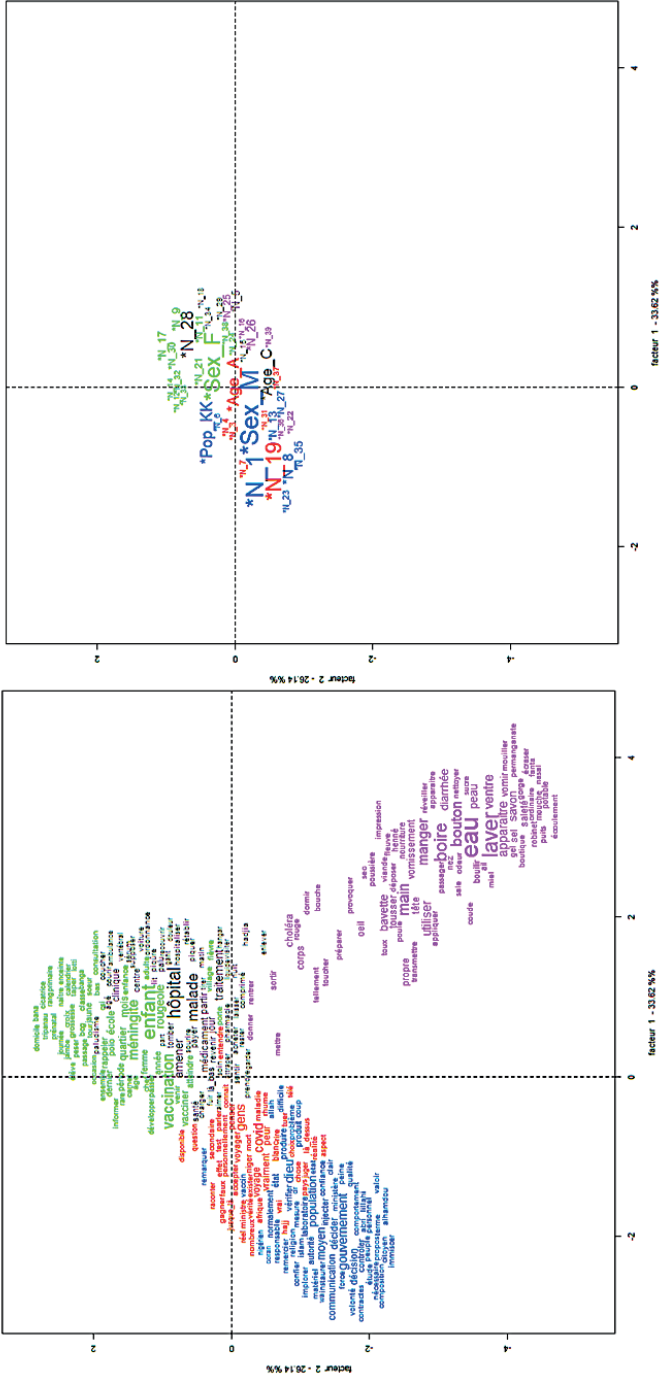


Figure 19 : AFC des classes des mots du corpus population

Figure 20 : AFC des variables du corpus population

Quant au corpus acteurs de la vaccination, leurs discours sont essentiellement marqués par leurs catégories professionnelles plus précisément par le rôle qu'ils jouent dans le champ de la vaccination. Le dendrogramme (figure ci-dessous) présente les classes des vocabulaires issus de ce corpus et les vocabulaires sont répartis en 7 classes comme suit :

- ▶ Classe 1 : Appui des partenaires (discours dominé par les acteurs institutionnels stratégiques) ;
- ▶ Classe 2 : Mobilisation communautaire (discours dominé par les acteurs institutionnels opérationnels) ;
- ▶ Classe 3 : Organisation des activités au niveau district communautaire (discours dominé par les acteurs institutionnels opérationnels) ;
- ▶ Classe 4 : Rôle et activités des acteurs communautaires (discours dominé par les acteurs communautaires) ;
- ▶ Classe 5 : Contexte de la pandémie du Covid-19 (sans tendance des variables)
- ▶ Classe 6 : Déroulé d'une journée de travail d'un acteur communautaire ;
- ▶ Classe 7 : vaccination des enfants et des adultes (sans tendance des variables).

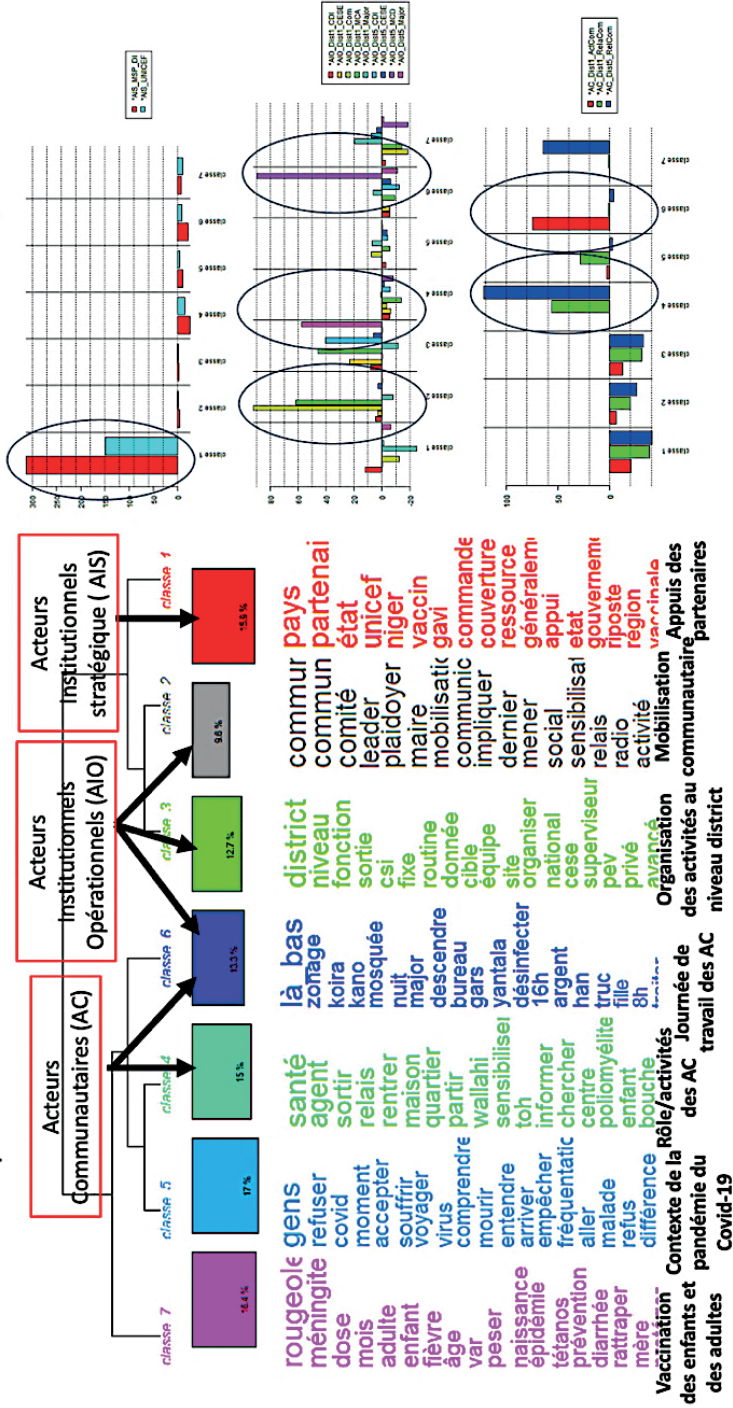


Figure 21 : Dendrogramme des classes thématiques issues du corpus acteurs de la vaccination

L'AFC des classes de mots (figure à gauche) et de la variable catégorielle professionnelle (figure à droite) se présente comme suit :

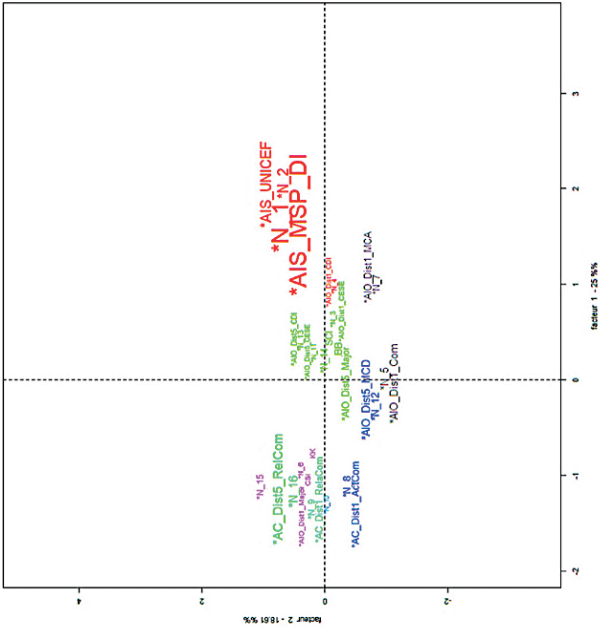


Figure 22 : AFC des classes des mots du corpus acteurs

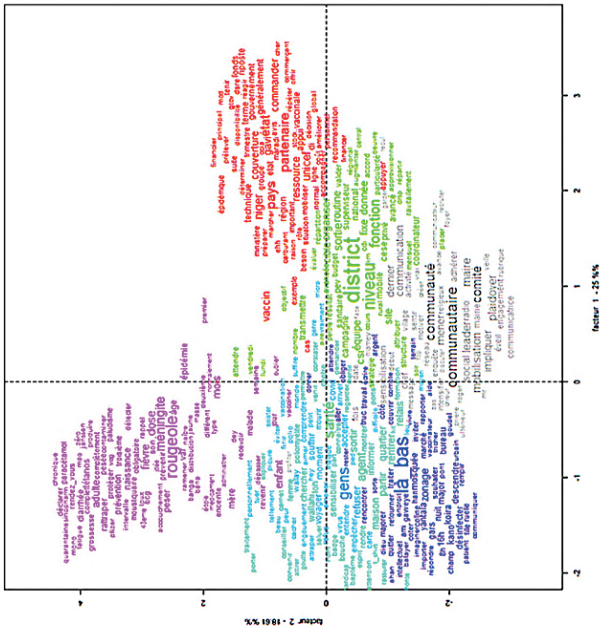


Figure 23 : AFC des variables du corpus acteurs

## **En conclusion**

Les discours des deux principales populations d'études (acteurs de la vaccination et population cible des programmes vaccinaux) sont évidemment différents parce que les guides d'entretien ne sont pas très identiques. D'un côté, la population fait les récits des expériences et des ressentis au sujet des vaccinations et au-delà des maladies épidémiques (prévention, prise en charge) ainsi que leurs rapports au système de santé et aux autorités (différence marquée par certaines variables telles que l'âge, le sexe et le quartier). De l'autre côté, les discours des acteurs institutionnels stratégiques, opérationnels et communautaires marqués par des différences des rôles qu'ils jouent dans le champ de la vaccination.





## Conclusion générale

La revue documentaire a confirmé que le contexte de la pandémie COVID-19 a eu des impacts sur la continuité, la fréquentation et la demande des services des soins curatif et préventif dans plusieurs pays à travers le monde. Mais, c'est surtout le processus d'élaboration des vaccins contre le COVID-19 qui a joué en défaveur de son acceptation au-delà bien entendu des facteurs socio-démographiques, socio-économiques, technologiques et socio-sanitaires propres à certains pays qui entrent en compte dans l'analyse des questions de santé. En effet, ces facteurs agissent sur la santé individuelle comme collective et affectent surtout plusieurs politiques et stratégies en matière de santé (mesures de prévention et de contrôle des maladies épidémiques).

Au Niger, en plus de la démographie (jeunesse et effectif de la population) et de la géographie (immensité du territoire et inaccessibilité de certaines zones), les NTIC (notamment à travers l'usage des réseaux sociaux) ont beaucoup joué sur l'acceptabilité de certaines vaccinations comme celles contre le COVID-19 ou la poliomyélite. En plus de l'identification et la catégorisation des acteurs (acteurs en présence, rôle et poids, positionnement et qualité des relations), la cartographie couplée à l'analyse des parties prenantes ainsi que l'enquête terrain ont fait ressortir les enjeux, les obstacles et les leviers qui sont des facteurs éminemment importants à prendre en considération pour la réussite des politiques et/ou stratégies en matière de vaccination, notamment les questions de santé plus généralement. De ce fait, les populations ont des perceptions différenciées sur les maladies ainsi que leurs vaccinations (PEV, Polio, COVID-19, autres). Aussi, la forte intervention des partenaires surtout extérieurs dans le champ de la vaccination est perçue comme une perte de souveraineté de l'État dans un domaine considéré comme régalien. Toutefois, il faut noter le rôle prépondérant joué par les acteurs communautaires (chefs de quartiers, leaders religieux, relais

communautaires, crieurs publics) dans les activités de vaccination à travers des actions de sensibilisation et de mobilisation des populations.

Acteurs opérationnels et communautaires tout comme la population sont unanimes sur le déficit d'investissement de l'État dans la vaccination. Infos et théories du complot (particulièrement sur le Covid et la polio), peur des effets secondaires, doute sur le procédé vaccinal et la mise en place de certaines mesures barrières pendant la pandémie du COVID-19, à tous ces facteurs s'ajoute une montée de la défiance institutionnelle et la perte de confiance vis-à-vis de l'État. La situation n'est cependant pas que très sombre, des efforts sont déployés par les autorités sanitaires avec bien entendu toujours le soutien des partenaires et des acteurs communautaires (leaders religieux et coutumiers) dont il faut expliquer à la population la nécessité de cette démarche multi acteurs. Le partage, la dissémination et l'appropriation de ces différents résultats par l'ensemble des acteurs constituent une solution idoine.

# Vers un transfert de connaissance pour une utilisation des résultats par l'ensemble des acteurs

## Introduction

Une grande importance est aujourd'hui accordée à l'utilisation des résultats de recherche pour améliorer le bien-être des populations, surtout dans les domaines qui traitent d'enjeux sociaux tels que les interventions et les services de santé, sociaux, éducatifs et judiciaires. En effet, des approches comme le transfert de connaissances, la prise de décision et les pratiques éclairées (Woodbury et al., 2014) par des données probantes, la mobilisation, la valorisation et l'application des connaissances, sont développées pour favoriser l'utilisation de la recherche scientifique dans le terrain de la pratique (IRD, 2022). Parmi le foisonnement de termes qui sont apparus pour décrire le concept de « recherche vers l'action » (Graham et al., 2006), nous retenons pour cette étude l'expression « transfert des connaissances » (S. Nutley et al., 2009; S. M. Nutley, 2011). Notre définition englobe toutes les étapes liées au concept de recherche vers l'action, de la production de la recherche jusqu'à son utilisation et inclut l'ensemble des efforts pour favoriser l'utilisation de la recherche, qu'ils soient interactifs ou non.

De ce fait, différentes stratégies de transfert de connaissance sont développées par des équipes de recherche et des acteurs sociaux dans le but de permettre l'appropriation et l'utilisation des connaissances scientifiques par les praticiens, les décideurs au niveau local, régional et national et la communauté. Parmi ces stratégies on peut citer entre autres les ateliers de partage, de capitalisation ou de dissémination des résultats, les notes de politique (ou Policy Briefs), les publications des rapports et d'articles scientifiques, les conférences et les présentations. Ces stratégies participent à la volonté de s'appuyer sur des données

scientifiques valides pour soutenir les politiques en matière de santé et la pratique d'aide à la décision qui s'est répandue depuis les années 90. Cette pratique vise à renforcer les capacités des décideurs et des conseillers à appuyer leurs décisions sur la sélection et l'analyse d'informations pertinentes, fiables et réactives (Halley des Fontaines & Alla, 2007).

Défini comme « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé (des populations), d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé » (Canadian Institutes of Health Research, 2016), le transfert de connaissance permettrait ainsi de faire le pont entre les différentes parties prenantes, en particulier les décideurs des politiques publiques pour une meilleure intégration des données dans leurs décision qui viendrait alors répondre aux besoins de la population en matière de santé. Ainsi, le modèle prenant en compte les données scientifiques pour reformer les politiques sanitaires constitue-t-il, de plus en plus, une source d'intérêt pour les chercheurs et occupe une place de choix dans les agendas internationaux (Graham & Tetroe, s. d.).

C'est pourquoi, dans le cadre du projet Alliance SHS Afrique, une place de choix est réservée à l'activité de transfert de connaissance pour qu'à la fin du projet :

- Les bénéficiaires directs aient accès aux résultats de l'enquête de terrain ;
- Les équipes SHS sont davantage reconnues au niveau institutionnel, national et continental pour leur apport scientifique ;
- Les bénéficiaires directs et les parties prenantes se sont approprié les résultats de la recherche par le biais des ateliers de restitution et par l'élaboration des Policy briefs, dans une démarche participative.

Un séminaire en Transfert de connaissances a été organisé par le projet Alliance SHS Afrique en mai 2024 à Tunis. Au cours cet atelier, le Niger et les autres pays ont élaboré un plan détaillé des stratégies de

transfert de connaissances qu'ils comptent réaliser pour amener à une prise en compte des résultats de la recherche. À ce plan s'ajoute une note de politique qui présente pour le Niger, les freins et leviers de la vaccination tirés de l'expérience du COVID-19. Elle servira de support à la grande majorité de nos activités de Transfert de Connaissances.

Le plan de transfert de connaissance et la note de politique élaborés se présentent comme suit :

### **Plan de transfert de connaissances**

C'est un guide qui permet de bien structurer la démarche de Transfert de Connaissances. Il est principalement constitué de 7 composantes : l'analyse de la situation, l'objectif général du TC, le contenu à transférer, les acteurs à impliquer, les publics cibles à rejoindre, les stratégies à utiliser pour transférer les connaissances aux publics cibles et l'évaluation du TC.

SYNTHÈSE DU PLAN DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES		
Pour répondre à quels besoins? (Analyse des besoins)	Besoins pour les acteurs (autorités sanitaires) :  Données probantes sur les facteurs qui limitent l'adhésion de la population aux programmes de santé	Besoins pour la population :  Transparence sur les politiques vaccinales et meilleure communication sur les maladies
Pour atteindre quoi? (Objectif général)	Améliorer les stratégies de gestion des épidémies en se basant sur l'expérience du COVID- 19	
Quels sont les effets espérés? (Finalités de l'utilisation des connaissances)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en compte des résultats et recommandations de la recherche dans les décisions sanitaires</li> <li>- Contextualisation (tenir compte des réalités locales) des stratégies vaccinales</li> <li>- Rehaussement de la part de l'État dans le financement de la vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meilleure compréhension de la coopération de l'État avec les PTF dans la vaccination par la population</li> <li>- Accès aux informations sur les résultats des contrôles de vaccins par la population</li> <li>- Augmentation de l'adhésion de la population à la vaccination</li> </ul>

Quoi ? (Connaissances)	Pour qui ? (Publics cibles)	Pourquoi ? (Objectifs spécifiques)	Comment ? (Stratégies de TC)	Avec qui ? (Acteurs à impliquer)
Les populations ont des perceptions différenciées sur les maladies épidémiques et leurs vaccinations	MSP (DI, DC, l'ARNP et la Direction de laboratoire et pharmacie)	Mobiliser et motiver les autorités sanitaires à contextualiser (tenir compte des réalités locales, des perceptions de la population) les stratégies vaccinales afin qu'elles soient plus compréhensibles et transparentes pour la population	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier délibératif</li> <li>- Note politique</li> <li>- Séance de restitution des données de l'étude aux acteurs institutionnels</li> </ul>	Conseillers du ministre Responsables des différentes directions, Professionnels de santé responsables des vaccinations Facilitateur
	OSC	Informier et sensibiliser la population sur l'importance de la vaccination		
	Acteurs communautaires	Changer les pratiques d'information et de sensibilisation des AC et OSC autour du rôle important des partenaires ainsi que celui de la vaccination		
La population et une part des acteurs opérationnels ont le sentiment que l'Etat perd sa souveraineté vis-à-vis de ses PTF	MSP	Influencer la prise de décision des autorités sanitaires afin de parvenir à un renforcement du financement étatique de la vaccination	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier délibératif</li> <li>- Note politique</li> <li>- Table ronde (En comité restreint pour favoriser des échanges plus ouverts avec les OSC et AC)</li> </ul>	SG du MSP, Facilitateur
Les facteurs comme la zone (urbain VS péri urbain) et les ressources notamment financières allouées d'une vaccination à l'autre conditionnent les pratiques des acteurs et créent donc des différences dans la réussite des campagnes	OSC Acteurs communautaires	Mobiliser pour informer et sensibiliser la population sur le rôle important des PTF		



Les acteurs communautaires jouent un rôle prépondérant dans les activités de vaccination	MSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcer la collaboration avec les acteurs communautaires</li> <li>- Outilier davantage les acteurs communautaires dans les actions de sensibilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atelier délibératif</li> <li>- Note politique</li> <li>- Vidéo</li> <li>- Infographie</li> </ul>	SG du MSP et conseillers ministre, Professionnels de santé responsables des vaccinations, infographiste, Facilitateur
	OSC Acteurs communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer et sensibiliser avec des évidences sur leur rôle central dans la mise en œuvre des stratégies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunion</li> <li>- Formation de champions communautaires et les OSC</li> <li>- Vidéo de sensibilisation</li> <li>- Réseaux sociaux</li> </ul>	
Les PTF ont une place importante dans la vaccination (ils accompagnent à grande échelle le financement des campagnes de vaccination et l'approvisionnement en vaccins)	Population générale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Améliorer les perceptions qu'a la population des rôles des partenaires techniques et financiers de l'État</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne de sensibilisation de masse, presse, réseaux communautaires, réseaux sociaux, messages à travers les compagnies téléphoniques</li> <li>- Vidéo (cinéma mobile, spot publicitaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acteurs de la société civile</li> <li>- Chefs coutumiers</li> <li>- Chefs religieux</li> <li>- Leaders d'opinions</li> <li>- Communicateurs</li> <li>- Médias</li> </ul>
Dans quel contexte? (3 principaux facteurs favorables et défavorables)	Favorables		Défavorables	
	Réceptivité des autorités sanitaires		Contexte politique du pays	
	Crédibilité du CERMES		Ressources pour le TC	
	Recrudescence des épidémies (méningite, diphtérie)			

Est-ce que cela fonctionne? (Évaluation du TC)	Indicateurs	Méthode de mesure
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'acteurs ayant participé aux ateliers délibératifs, réunions, tables rondes et formations</li> <li>- Degré de satisfaction des participants aux ateliers délibératifs, réunions et tables rondes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liste des participants aux ateliers, formations et tables rondes</li> <li>- Questionnaires</li> <li>- Entretien qualitatif (À moyen et long terme après les ateliers)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perception de l'utilité des connaissances transmises aux participants des ateliers délibératifs, réunions et tables rondes</li> <li>- Intention d'utilisation des connaissances</li> <li>- Nombre de Note Politique distribué et Vidéos visionnées</li> <li>- Nombre de messages téléphoniques envoyés</li> <li>- Degré d'atteinte des engagements pris lors des ateliers</li> <li>- Nouveaux partenariats entre les acteurs de la société civile, les acteurs communautaires et les décideurs établis suite aux stratégies de TC</li> <li>- Niveau d'adhésion aux vaccinations par la population</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaires</li> <li>- Données générées automatiquement par les sites Web</li> <li>- Liste des abonnés ayant reçu un message téléphonique</li> <li>- Évaluation finale du transfert de connaissances</li> <li>- Taux de vaccination national</li> </ul>

## Note de politique

Outil du Transfert de Connaissances, la note de politique se présente comme « un texte court, écrit en langage clair et dans un format attrayant qui résume les résultats d'une recherche (ou de plusieurs) et formule des recommandations pour un public non spécialiste dans le but qu'il en fasse usage dans ses pratiques professionnelles ou pour la prise de décision » (Arnautu & Dagenais, 2021; Dagenais & Ridde, 2018). L'objectif principal de la note de politique est d'éclairer les décisions des décideurs politiques ou de motiver l'action. Elle est toujours utilisée comme support d'échanges lors d'activités de transfert de connaissances (qui est un processus plus large et englobant), car ne pouvant à elle seule mener à la décision (Keepnews, 2016; Wong et al., 2017). Cet outil se base sur un ensemble de critères d'organisation, de rédaction et de présentation du contenu. Il présente des pistes d'actions qui reposent sur des évidences scientifiques aux décideurs afin d'améliorer les pratiques. Il constitue également une base solide ouvrir un dialogue avec les parties prenantes sur la pertinence et la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations (Dagenais & Ridde, 2018).

Dans le cadre du projet Alliance SHS Afrique, des notes de politiques ont été élaborées par chacun des quatre pays afin de s'assurer d'une utilisation active des données résultats des différentes recherches. Il s'agit de mettre en place des stratégies de transfert par pays dont entre autres un atelier délibératif, qui est « un processus de transfert interactif qui réunit une variété d'acteurs impliqués ou touchés par un enjeu pour discuter des solutions, en se basant sur des données de recherche et en utilisant la délibération pour aboutir à une entente (consensus ou non) ou à un plan d'action à mettre en œuvre » (Mc Sween-Cadieux et al., 2018; Ridde & Dagenais, 2017). En effet, les ateliers délibératifs sont de plus en plus recommandés comme stratégie pour inciter à l'utilisation des données de recherche, notamment en Afrique.

**La note de politique du Niger est ainsi présentée :**



# LA VACCINATION : FREINS ET LEVIERS TIRÉS DE L'EXPIÉRIENCE DU COVID-19

Ibrahim Balkissa, Bello Adamou, Mamane Abdou Oumarou, Hima Oumarou Souley, Assoumane Cheffou Adouka, Guede Cataud, Abdoulaye Bah

## Résumé

Au Niger, la couverture vaccinale contre les maladies épidémiques a toujours enregistré des taux satisfaisants (plus de 95%). Toutefois, on constate un faible taux de vaccination contre le COVID-19 (52%). Une étude menée par le CERMES note que des facteurs influençant les pratiques des acteurs d'une part, les perceptions de la population sur les maladies épidémiques et leurs vaccinations et les représentations qu'elle se fait de l'État et ses partenaires d'autre part, influencent fortement son degré d'adhésion aux vaccinations. Des actions de sensibilisation centrées sur ces perceptions et l'importance de l'accompagnement des partenaires feraient augmenter cette adhésion.

## Faits saillants

1

La population perçoit différemment les maladies épidémiques et leurs vaccinations. Elle a également le sentiment que l'État perd sa souveraineté vis-à-vis de ses partenaires

2

Les acteurs communautaires ont un rôle prépondérant dans les activités de vaccination

3

Le management (stratégie, coordination, suivi, évaluation) est uniforme pour l'ensemble des dispositifs vaccinaux

## Introduction

La vaccination constitue la principale arme de prévention contre la survenue et la propagation des maladies épidémiques (OMS., 2022). Cependant, certaines vaccinations souffrent d'un déficit d'adhésion (Polio, COVID). Ce phénomène s'est accru avec la pandémie du COVID-19 (CERMES, 2023). Ainsi, le CERMES a mené une recherche pour comprendre les facteurs expliquant cette disparité. L'étude montre que les perceptions différenciées des populations sur les vaccinations et la place de l'État dans les politiques vaccinales conditionnent leur acceptabilité. Cette note propose des pistes d'actions pour renforcer l'adhésion de la population aux campagnes.



## Approche

Une recherche qualitative basée sur 57 entretiens semi-directifs a été menée d'octobre à décembre 2023 à Niamey auprès de la population en zone résidentielle et péri-urbaine et des acteurs de la vaccination.

# Résultats

## Freins à la vaccination

Des perceptions différenciées sur les maladies épidémiques qui jouent sur l'acceptabilité de la vaccination des « maladies autochtones » contrairement à celles contre les « maladies fabriquées » : Méningite, choléra, rougeole... VS Polio, COVID-19

Un désinvestissement de l'État et une forte intrusion des partenaires extérieurs dans la vaccination, engendrant une perte de confiance vis-à-vis de l'État

Une population et certains acteurs opérationnels qui ont le sentiment que l'État perd sa souveraineté vis-à-vis de ses partenaires qui prennent plus de place dans un domaine aussi régalien qu'est celui de la vaccination

Une disparité dans les pratiques des acteurs en fonction des zones (urbain VS péri urbain) et des ressources allouées d'une vaccination à l'autre, ce qui influence la réussite des campagnes

## Leviers potentiels à la vaccination

Une implication des acteurs communautaires en tant qu'interface entre l'État, ses partenaires et la population. Leur forte influence auprès de la population

Un management (stratégie, coordination, suivi, évaluation) uniforme pour tous les dispositifs vaccinaux

Une interaction entre des acteurs multiples (professionnels de santé, partenaires, communautaires) dans le champ de la vaccination

COVID, chez nous, c'est le rhume

Ah non maintenant le gouvernement ne prend pas en charge, c'est les ONG...

Ils appuient les CSI et le District dans la sensibilisation. Ça influence, ils ont une influence dans la communauté surtout les chefs des quartiers s'ils parlent les gens écoutent.

## Conclusion

Cette étude montre des représentations variées des maladies épidémiques, qui vont de la crainte de certaines d'entre elles (méningite, rougeole, choléra...) à la minimisation voire le déni d'autres (COVID-19 et polio). Elle illustre aussi le rôle central des acteurs communautaires dans les ripostes épidémiques. Par ailleurs, l'implication des partenaires techniques et financiers est perçue comme une forte intrusion dans le champ de la vaccination, un domaine régalien de l'État. Ainsi, il est important d'agir sur ces perceptions de la population afin de renforcer son adhésion aux vaccinations surtout dans un contexte de recrudescence de ces maladies.

## Recommandations



À la direction de la communication du MSP

**Impliquer encore plus les acteurs communautaires dans l'élaboration et la mise en oeuvre des stratégies de communication sur les vaccinations.** Leur expertise et leur connaissance des besoins locaux peuvent grandement contribuer à la réussite de ces initiatives. Les inviter à participer aux ateliers de co-construction, pour leurs points de vue uniques, renforcerait l'impact des actions de communication et sensibilisation.

**Sensibiliser davantage la population sur les risques liés aux maladies épidémiques (en particulier celles qui émergent) et sur l'importance de la vaccination.** En combinant activement les moyens de communication traditionnels (les médias, les crieurs publics...) ainsi que les nouvelles technologies de l'information et les réseaux sociaux (influenceurs), un public plus large et plus diversifié peut être atteint.



À la direction de la communication du MSP



À la Direction des immunisations et FANRSP

**Renforcer la confiance du public en fournissant des informations claires et accessibles sur les vaccins.** Ceci est essentiel, vu l'importance qu'accorde la population à la transparence en matière de contrôle qualité des vaccins. Par exemple, la création d'une plateforme dédiée à cet effet pourrait être un moyen efficace de diffuser ces informations de manière transparente et compréhensible pour tous.

**Augmenter l'investissement financier et la participation de l'État dans des campagnes de vaccination et sensibiliser la population sur l'intérêt de l'implication des partenaires** pour accroître la confiance dans les programmes de vaccination et encourager une adhésion complète de cette dernière.

Aux autorités sanitaires

### Pour en savoir plus

1. Mamane Abou-Domero et al. Contributions des Sciences Humaines Sociales (SHS) à la compréhension des épidémies au Niger : Casq Investigations empiriques sur le Covid-19. Fédération du porteur, 2023. 978-2-37251-514-0 - 10.1281/revue01781922 - /recherche/0464292
2. OMS/UNICEF. (2022) La pandémie de COVID-19 à l'origine du plus grand recul interrégional des vaccinations en trente ans.pdf [Extrait en ligne]. <https://www.unicef.org/fr/commissaire-de-urgence-du-covid-19-a-lorigine-du-plus-grand-recul-des-vaccinations>
3. Alliance SHS Afrique. Rapport préliminaire, vaccination et maladies épidémiques au Niger - perceptions, pratiques acteurs.

## Références bibliographiques

Arnautu, D., & Dagenais, C. (2021). Use and effectiveness of policy briefs as a knowledge transfer tool : A scoping review. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00885-9>

Canadian Institutes of Health Research. (2016). Knowledge translation. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>

Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). Policy brief as a knowledge transfer tool : To “make a splash”, your policy brief must first be read. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 203-205. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.003>

Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation : Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>

Graham, I. D., & Tetroe, J. M. (s. d.). Whither Knowledge Translation : An International Research Agenda. *Nursing Research*, 56(4 Suppl. 1), S86-S88  
ST-Whither Knowledge Translation: An In.

Halley des Fontaines, V., & Alla, F. (2007). Apprendre à décider : L'Evidence Based Public Health. *Santé Publique*, 19(hs), 135-137. <https://doi.org/10.3917/spub.070.0135>

IRD. (2022). Le transfert de connaissances : Favoriser des pratiques et des politiques fondées sur la recherche. <https://www.ird.fr/le-transfert-de-connaissances-favoriser-des-pratiques-et-des-politiques-fondees-sur-la-recherche>

Keepnews, D. M. (2016). Developing a Policy Brief. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 17(2), 61-65. <https://doi.org/10.1177/1527154416660670>

Mc Sween-Cadieux, E., Dagenais, C., & Ridde, V. (2018). A deliberative dialogue as a knowledge translation strategy on road traffic injuries in Burkina Faso : A mixed-method evaluation. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0388-8>

Nutley, S. M. (2011). Challenges and opportunities of studying research-based knowledge use. Conférence publique présentée dans le cadre des activités de l'Équipe de recherché en partenariat sur le transfert de connaissances.

Nutley, S., Walter, I., & Davies, H. T. O. (2009). Promoting Evidence-based Practice : Models and Mechanisms From Cross-Sector Review. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 552-559. <https://doi.org/10.1177/1049731509335496>

Ridde, V., & Dagenais, C. (2017). What we have learnt (so far) about deliberative dialogue for evidence-based policymaking in West Africa. *BMJ Global Health*, 2(4), e000432. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000432>

Wong, S. L., Green, L. A., Bazemore, A. W., & Miller, B. F. (2017). How to write a health policy brief. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family Healthcare*, 35(1), 21-24. <https://doi.org/10.1037/fsh0000238>

Woodbury, M. G., Bscpt, Msc, J., & Kuhnke, J. (2014). Evidence-based Practice vs. Evidence-informed Practice: What's the Difference? *Wound Care Canada*, 12, 18-21.

## **Annexes**



# Autorisation de recherche



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE,  
DE LA POPULATION ET DES AFFAIRES SOCIALES  
COMITÉ NATIONAL D'ETHIQUE  
POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ  
CNERSE  
nethique@gmail.com

## DELIBERATION N°62 /2023/CNERSE

**Objet** : Autorisation

LE COMITÉ NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ REUNI A  
NIAMEY le JEUDI 19/10/2023

- Vu la Constitution du 25 novembre 2010 ;
- Vu la loi n° 2011-020 du 8 Août 2011 déterminant l'organisation générale de l'administration Civile de l'Etat et fixant ses missions ;
- Vu le décret n°2013-504/PRN/MSP du 04 décembre 2013 portant organisation du Ministère de la Santé Publique ;
- Vu le décret n° 2016-161/PRN du 02 avril 2016, portant nomination du Premier Ministre, Chef du Gouvernement ;
- Vu le décret n° 2016-572/PRN du 19 Octobre 2016, portant remaniement des membres du Gouvernement ;
- VU le décret n°2016-623/PRN/MSP du 14 Novembre 2016 portant organisation du Gouvernement et fixant les attributions des Ministres d'Etat, des Ministres et des Ministres délégués ;
- Vu le décret n°2016-624/PM du 14 Novembre 2016 précisant les attributions des membres du Gouvernement ;
- VU le décret n°2016-644/PRN/MSP du 01 décembre 2016 portant création, missions, composition et fonctionnement du Comité National d'Éthique de la Recherche en Santé ;
- Vu l'arrêté n°2017-000073/MSP/CAB/SG/DEP du 07 Février 2017 portant nomination des membres du Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé ;
- Vu le protocole soumis en septembre 2023 par CERMES sur «comprendre les effets de la vaccination contre le Covid-19 sur les autres dispositifs vaccinaux au Niger».

Après avoir entendu les membres de l'équipe d'investigation



## **DECIDE**

**Article Premier** : CERMES est autorisé à conduire une étude sur la compréhension des effets de la vaccination contre le covid-19 sur les autres dispositifs vaccinaux au Niger.

**Article 2** : Le promoteur a finalisé le protocole final en tenant compte des observations formulées par le Comité lors de la session du **19/10/2023**;

**Article 3** : Le promoteur doit soumettre au Comité les rapports d'étapes ainsi qu'une copie du rapport final ;

**Article 4** : Le promoteur doit signaler au comité toutes difficultés majeures rencontrées sur le terrain ;

**Article 5** : toute modification de ce protocole tel que soumis à la session du **19/10/2023** doit faire l'objet d'une nouvelle soumission au comité d'éthique ;

**Article 6** : pour les enquêtes internationales, impliquant les chercheurs nigériens leurs noms doivent figurer dans les publications des résultats ;

**Article 7** : La présente décision sera communiquée partout où besoin sera.

### **Ampliations :**

MSP	ATCR
SG/MSP	info
Chrono	1

***Pour le Comité National d'Ethique***

**Président CNEERS**

**IBRAHIM JEAN ETIENNE**



# **Note d'information pour les participants à l'étude**

*Investigateur principal : Mamane ABDOU OUMAROU*  
*Contact : (+227) 99 96 96 96 Email : mamaneabdououmarou@gmail.com*

## **Objectif général**

Comprendre les facteurs qui expliquent le faible taux de vaccination contre le Covid-19.

## **Objectifs spécifiques**

- Analyser les stratégies et les dispositifs de la vaccination contre le Covid-19 et ceux des autres maladies (méningite, rougeole, fièvre jaune) ;
- Décrire les pratiques des acteurs institutionnels et communautaires dans les dispositifs des vaccinations ;
- Étudier les représentations des populations sur les vaccinations ;
- Analyser les facteurs contextuels et historiques comme déterminant des choix vaccinaux des populations.

## **Résultats attendus**

- Les stratégies et les dispositifs de la vaccination contre le Covid-19 et ceux des autres maladies (méningite, rougeole, fièvre jaune) sont analysés ;
- Les pratiques des acteurs institutionnels et communautaires dans les dispositifs des vaccinations sont décrites ;
- Les représentations des populations sur les vaccinations sont étudiées ;
- Les facteurs contextuels et historiques comme déterminant des choix vaccinaux des populations sont analysés.

## **Procédures**

Cela consiste en un entretien individuel qui va durer entre 1h et 1h30mn environ. Si vous acceptez de participer, on va recueillir vos connaissances et vos opinions sur les vaccinations (Covid-19 et autres maladies).

Vos réponses resteront **confidentielles et anonymes**. Le papier sur lequel vous allez apposer votre signature (indiquant votre consentement) sera gardé séparément de vos réponses. Personne en dehors de l'équipe de recherche n'aura accès aux informations que vous allez nous donner. Tous les dossiers seront gardés confidentiels. **Dans les documents, nous utiliserons un code à la place de votre nom. Les enregistrements seront détruits à la fin du programme.**

## **Votre participation à cette étude est entièrement volontaire**

Si, à n'importe quel moment, vous voulez vous retirer de cette étude, vous êtes libre de le faire. Si vous décidez de ne pas participer ou de vous retirer avant la fin de la discussion, vous êtes aussi libre de le faire.

## **Si vous avez des questions**

Si vous avez des doutes ou si vous avez besoin de plus amples clarifications, vous pouvez contacter l'investigateur principal dont les coordonnées sont situées à l'entête de ce document.

## **Vos droits en tant que participant**

Encore une fois, votre participation est volontaire et je répète que vous êtes libre de changer d'avis à tout moment concernant votre participation ou de refuser de répondre à certaines questions. Cette étude a été examinée et approuvée par le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Niger (CNEERS).



Je certifie que la nature et le but, les bénéfices potentiels ainsi que les risques possibles liés à la participation à cette recherche ont été expliqués au participant ci-dessus.

Date : .....

Signature de la personne ayant recueilli le consentement

### **Guide d'entretien adressé aux acteurs institutionnels (niveau stratégique, opérationnel et communautaires)**

**Début de l'entretien :** ..... **Fin de l'entretien :** .....

**Lieu de l'entretien :** .....

#### **Identité de l'enquêté**

Nom et prénom : ..... Profession : .....

Genre : .....

1. Connaissances sur la vaccination au Niger
2. Politiques, stratégies et dispositifs des vaccinations au Niger (maladies épidémiques comme méningite, choléra, rougeole, Covid-19)
  - Vaccinations obligatoires
  - Vaccinations facultatives
  - Définition des cibles (critères)
  - Évaluation des coûts
  - Stratégies (vaccinodrome, porte à porte, espace public, centre de santé)
  - Évaluation (enquête de couverture, satisfaction, CAP)

3. Organisation des dispositifs des vaccinations (déroulement d'une campagne de vaccination)
  - Approvisionnement (disponibilité, acquisition, accessibilité)
  - Conditionnement
  - Stockage
  - Transport (acheminement dans le pays et sur les points)
4. Implication/rôle/interaction des acteurs intervenants dans les dispositifs vaccinaux
  - Acteurs institutionnels niveau stratégique (coordination)
  - Acteurs institutionnels niveau opérationnel (professionnels de santé)
  - Acteurs communautaires (chefs coutumiers/religieux, leaders d'opinion)
5. Financement et partenariat
  - Ressources propres (budget État)
  - Partenaires extérieurs (UNICEF, GAVI, OMS...)
  - Autres sources de financement (tiers payant)
6. Expérience/retour du terrain
  - Succès et réussites
  - Ratés et erreurs
  - Recommandations

## **Fiche d'analyse des entretiens avec les acteurs institutionnels**

**(niveau stratégique et opérationnel et communautaires)**

**Code de l'entretien ou nom et prénom de l'enquêté :**

**Date et lieu de l'entretien**

Contexte général de l'entretien : (lieu, heure, le contexte politique...

Contenu de l'entretien (points débattus, les positions de l'enquêté)

Limites de l'entretien :

Identifier 4 principaux thèmes dans l'entretien :

Observations de l'enquêteur sur l'entretien :



## Guide d'entretien adressé aux populations cibles prioritaires et cibles secondaires des vaccinations

**Début de l'entretien :** ..... **Fin de l'entretien :** .....

**Lieu de l'entretien :** .....

### **Identité de l'enquêté**

Nom et prénom : ..... Profession : .....

Genre : .....

1. Connaissances et perceptions des maladies épidémiques et leurs vaccinations (creuser dans la mémoire, l'histoire personnelle, familiale)
  - Méningite, Choléra, Rougeole...
  - Covid-19
  - Opinion sur le bénéfice/avantage/risque d'une vaccination
2. Expériences sur les maladies (citées ci-dessus) et leurs vaccinations
  - Expériences personnelles
  - Expériences à travers une personne proche
3. Choix vaccinaux
  - Existence d'un besoin, une nécessité, une contrainte...
  - Vaccination(s) faite(s) pourquoi ?
  - Vaccination(s) non faite(s) pourquoi ?
4. Perceptions des dispositifs/acteurs de la vaccination (acteurs institutionnels, professionnels de santé, acteurs communautaires)
  - Description d'un dispositif de vaccination si connu
  - Interactions avec les acteurs de la vaccination

5. Contexte de la pandémie du Covid-19 (fermeture de frontière, confinement, port de masque, distanciation, isolement sanitaire, couvre-feu, dépistage, vaccination, infodémie)
- Comment ce contexte est-il perçu ?
  - Comment ce contexte a-t-il déterminé les choix pour les vaccinations (Covid-19 et autres) ?

### **Fiche d'analyse des entretiens avec les populations cibles prioritaires et cibles secondaires des vaccinations**

**Code de l'entretien ou nom et prénom de l'enquêté :**

**Date et lieu de l'entretien**

Contexte général de l'entretien : (lieu, heure, le contexte politique...)

Contenu de l'entretien (points débattus, les positions de l'enquêté)

Limites de l'entretien :

Identifier 4 principaux thèmes dans l'entretien :

Observations de l'enquêteur sur l'entretien :

