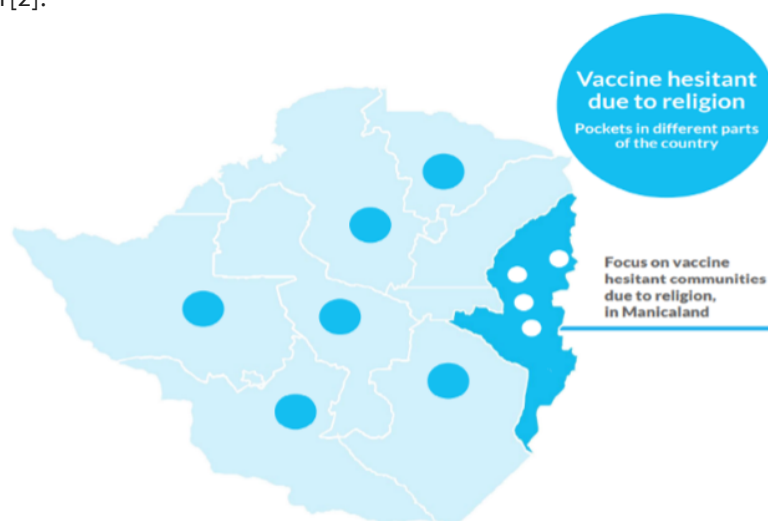


COMMENT PRENDRE EN COMPTE ET FAIRE ÉVOLUER LES NORMES SOCIALES ET LES PRATIQUES NÉFASTES QUI ENTRAVENT LA DEMANDE DE VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ET SON ACCEPTATION PAR LES COMMUNAUTÉS RÉTICENTES DE LA PROVINCE DU MANICALAND AU ZIMBABWE

Situation

Les groupes religieux apostoliques représentent le segment le plus important de la population au Zimbabwe[1] . Ils sont particulièrement présents dans la province du Manicaland, à l'est du pays, limitrophe du Mozambique. Selon l'enquête démographique et de santé menée au Zimbabwe (en 2010-2011), la religion apostolique est pratiquée par 33% des femmes et des hommes âgés de 15 à 49 ans au Zimbabwe. En raison de la doctrine qu'ils professent, de leurs croyances et de leurs pratiques religieuses, ces groupes ultraconservateurs ont une influence négative sur les comportements en matière de santé et sur le recours aux services modernes de santé reproductive, maternelle, néonatale, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que de nutrition et de lutte contre le VIH. Le rejet par la religion apostolique des services modernes et des médicaments limite considérablement les choix de la population et sa prédisposition à consulter[2].



L'épidémie de rougeole qui a frappé le Zimbabwe en avril 2022[3] a montré que les ménages de confession apostolique comptaient souvent de nombreux enfants non vaccinés, cumulaient un grand nombre de cas et recensaient un taux élevé de mortalité infantile[4].

[1] Maguranyanga 2011:4; UNICEF 2011).

[2] Jarvis & Northcitt 1987; Hove et al 1999; Takyi 2003; Stephenson et al. 2006.

[3] MOHCC Measles 2022.

[4] MOHCC Measles Sitrep 2022.

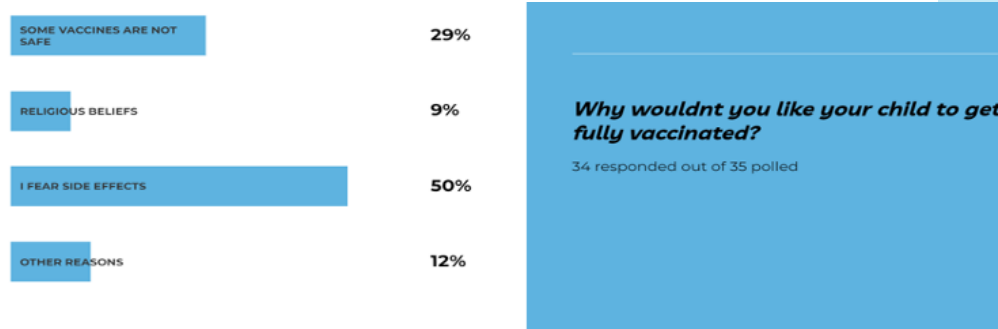
Les normes et pratiques sociales néfastes renforcent l'isolement social, limitent le recours aux services sociaux et contribuent à la maltraitance, ainsi qu'à une résistance moindre aux chocs et aux crises. La couverture du DTC3 dans les districts cibles avant la campagne se situait entre 60 et 70 %. Cette étude de cas se penche sur les méthodes de SBC fondées sur des éléments de preuve qui ont été utilisées pour promouvoir la vaccination contre la poliomyélite pendant la première et la deuxième phases de la campagne dans la province du Manicaland entre mai et décembre 2022.

Comprendre les enjeux

En collaboration avec l'OMS et le Ministère zimbabwéen de la santé et de la protection de l'enfance, l'UNICEF a réalisé des évaluations comportementales rapides en mai 2022 afin de déterminer les facteurs qui poussent les personnes ayant la charge d'enfants à accepter ou au contraire à rejeter l'administration du vaccin contre la poliomyélite. Ces évaluations ont été effectuées par le biais d'un sondage par SMS, baptisé U-report, qui a recueilli 3 451 réponses (de 1 728 hommes et 1 710 femmes) dans la province du Manicaland.

Les évaluations ont révélé que seulement 51 % des personnes interrogées avaient entendu parler de la poliomyélite et que 30 % d'entre elles en avaient pris connaissance grâce aux agents sanitaires de village (ASV). La comparaison des résultats avec ceux du sondage U-report précédent mené en octobre 2021 indique une augmentation du nombre de personnes ayant la charge d'enfants qui sont disposées à les faire vacciner (89 %). Cependant, une proportion importante de ces personnes demeurent réticentes à la vaccination et ont exprimé des inquiétudes quant aux effets secondaires et à la dangerosité potentiels des vaccins.

Figure 1: Les raisons du refus de la vaccination des enfants (sondage U-Report de l'UNICEF, Mai 2022)



Des évaluations qualitatives rapides ont également été menées dans plusieurs communautés cibles du district de Mutasa et du district rural de Mutare (province du Manicaland) au Zimbabwe. Au total, 60 participants (chefs religieux, personnes ayant la charge d'enfants, ASV et agents de district) ont participé à des discussions de groupe et à des entretiens approfondis.

Ces évaluations ont permis de cerner les principaux facteurs d'hésitation, de refus et d'acceptation des vaccins, notamment les facteurs d'ordre socioculturel, religieux, politique et institutionnel, et de déterminer la manière dont ils influencent l'acceptation et la non-acceptation des services de vaccination et, plus généralement, des services de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). Les personnes ayant la charge d'enfants ont cité la doctrine, les croyances et les pratiques religieuses parmi les raisons de leur refus ou de leur hésitation à faire vacciner leurs enfants.

Les perceptions négatives des médicaments et des services de santé modernes sont ancrées dans des convictions religieuses qui attribuent supposément leur utilisation à un manque de foi en Dieu, associé au fait d'ignorer les dimensions spirituelles de la santé et des maladies de l'enfant, et de ne pas faire suffisamment confiance au système de guérison prôné par la religion apostolique (rituels de guérison par la foi tels que la prière, l'eau bénite, les guérisseurs par la foi, y compris les prophètes et les accoucheuses apostoliques, etc.). Les médicaments et vaccins modernes sont perçus comme dangereux et provoquant des maladies ou des décès. Les résultats des évaluations ont également révélé que ces personnes avaient une connaissance limitée et une interprétation passive de la vaccination. En outre, la plupart n'associaient pas le vaccin à une maladie concrète.

Elles considéraient la vaccination comme une simple « injection » et n'avaient pas suffisamment confiance dans les agents de santé pour leur poser des questions sur des vaccins et des maladies spécifiques. Par conséquent, sans les informations et les connaissances nécessaires, elles n'étaient pas en mesure de saisir pleinement les risques liés au fait de manquer ou d'omettre volontairement des vaccins dans le calendrier de vaccination stipulé.

Les évaluations ont par ailleurs mis en évidence l'importance de la relation entre le personnel de santé et les personnes ayant la charge d'enfants, dans la mesure où elle influence le recours aux services de vaccination pour les enfants. Ainsi, plusieurs de ces personnes se sont plaintes de l'attitude négative de certains agents de santé. Elles ont également signalé que certains agents de santé ne prennent guère le temps d'expliquer les vaccins, les symptômes des maladies qui peuvent être évitées par la vaccination, les avantages de la vaccination et l'importance du respect des calendriers vaccinaux. D'après elles, les agents se contentent de faire leur travail de manière passive et interagissent peu avec les bénéficiaires des services.

Méthode et approche

Un modèle théorique mixte a été adopté, avec une perspective écologique et individuelle. La segmentation du public cible et l'analyse des comportements et des connaissances ont été réalisées à l'aide du modèle socioécologique (1977) pour cibler les individus, les familles, les communautés, les organisations et les décideurs.



La stratégie concernant la demande visait principalement trois types de public : les personnes qui acceptent les vaccins, celles qui les refusent et les individus influents (chefs religieux et communautaires). La communication au niveau individuel a été menée par des ASV formés, tandis que les interventions de mobilisation de la communauté ont porté sur les zones à haut risque. Des interlocuteurs religieux ont été engagés pour soutenir la mobilisation sociale et montrer l'exemple, en faisant par exemple vacciner leurs enfants dans des lieux publics.

Interventions visant à faire évoluer les comportements sociaux

Le plan d'intervention sur le SBC s'est appuyé sur une approche à multiples facettes. Concrètement, les stratégies suivantes ont été utilisées au cours de l'intervention.

Coordination : sous la direction du Ministère de la santé et de la protection de l'enfance et avec le soutien de l'UNICEF, de l'OMS et du Rotary Zimbabwe, le mécanisme de coordination infranationale a été réactivé pour soutenir la microplanification, la cartographie des communautés et le recueil de commentaires et suggestions auprès de ces dernières.



Un dialogue communautaire avec des personnes ayant la charge d'enfants issues de sectes religieuses apostoliques, Manicaland. © UNICEF Zimbabwe/2023

Analyse de la situation, collecte régulière d'informations et suivi des rumeurs : une analyse comportementale a été réalisée chaque mois par le biais de sondages U-report et d'évaluations ODK sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (CAP) avant et après la campagne, afin de contribuer à l'élaboration des stratégies et des messages visant à faire évoluer les comportements.

Communication interpersonnelle et participation de la communauté dans les zones à haut risque. Un réseau composé de plus de 3 000 agents recrutés dans les villages (certains au sein de sectes apostoliques) et chefs religieux provaccination a joué un rôle déterminant. Ses membres sont allés de maison en maison pour engager des conversations avec les familles, afin de dissiper leurs craintes, d'améliorer leur perception de la vaccination et de renforcer leur confiance dans le vaccin antipoliomyélitique.



Le Rotary Zimbabwe soutient les actions de proximité.
© UNICEF Zimbabwe/2023



Équipes spéciales procèdent à des vaccinations dans un sanctuaire religieux apostolique.
© UNICEF Zimbabwe/2023

Assurer un plaidoyer au sein de la communauté religieuse. Les sectes religieuses apostoliques évitent de recourir aux services de santé. Pour inciter ces communautés à changer de comportement, l'UNICEF s'est associé à une organisation communautaire locale, l'Apostolic Women Empowerment Trust, afin de former des personnes chargées de promouvoir la vaccination. Celles-ci ont joué un rôle majeur dans l'instauration d'un climat de confiance avec les groupes conservateurs et dans le soutien aux campagnes de lutte contre la poliomyélite.

Tirer parti des plateformes radiophoniques pour diffuser des messages clés. L'UNICEF s'est associé à la Zimbabwe Broadcast Corporation et à une radio communautaire régionale, Diamond FM, pour diffuser des messages dans le cadre de la campagne de lutte contre la poliomyélite, ainsi que des témoignages de personnes ayant la charge d'enfants, des échanges avec des spécialistes de la santé et des informations sur les lieux et les dates de vaccination contre la poliomyélite, touchant ainsi plus d'un million de personnes.

Des supports de communication standardisés pour les communautés, les écoles et les établissements de santé. Des supports pour le SBC contenant des messages clés adaptés ont été élaborés et affichés dans des endroits stratégiques. Ces supports ont été conçus pour informer et mobiliser les communautés pendant les campagnes.

Écouter la communauté, recueillir ses commentaires et opinions et y répondre. Les ASV et ceux chargés de faciliter le changement de comportement ont organisé des réunions et des dialogues communautaires, en recueillant systématiquement des informations sur les rumeurs ayant cours et sur les impressions de la communauté. Les réponses ont ensuite été transmises à la communauté par l'intermédiaire de la radio, des dirigeants communautaires et des agents de mobilisation.

Principaux résultats des activités de vaccination supplémentaires (AVS) contre la poliomyélite lors de la première et la deuxième phases de la campagne



95 % de couverture, soit plus que la couverture nationale par le DTC3, qui n'est que de 83 %
87 % des ménages ont déclaré avoir reçu la visite d'un agent de mobilisation sociale lors de la deuxième phase, contre 77 % lors de la première phase

93 % des personnes interrogées connaissaient les dates de la campagne lors de la deuxième phase, contre 91 % lors de la première

99 % des personnes interrogées se déclaraient prêtes à se faire vacciner lors de la deuxième phase, contre 91 % lors de la première

Animateurs et dirigeants communautaires formés : 1 350 facilitateurs du changement de comportement, 715 conseillers, 1 570 chefs coutumiers, 850 chefs religieux et 3 108 agents sanitaires de village.

La religion en première ligne contre la polio : appui de 850 chefs religieux ; levée des obstacles liés aux croyances religieuses et lutte contre la désinformation.

Campagnes conjointes : radio communautaire de la province et réseaux sociaux.

Supports SBC créés en collaboration avec les communautés.

Enseignements tirés

- La stratégie de mobilisation sociale s'est fortement appuyée sur les recherches effectuées dans le domaine des sciences sociales. Les évaluations ODK sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les comportements (CAPC) menées en amont de la campagne ont permis de recueillir des données sur les raisons pour lesquelles des enfants n'ont pas été vaccinés et sur les principales sources d'information des communautés à propos de la campagne. Ces données serviront à améliorer la planification des campagnes à venir, y compris celles ayant trait à la COVID-19.
- Le recrutement d'ASV issus d'une secte apostolique en tant qu'agents de mobilisation sociale signifiait qu'ils étaient plus à même de comprendre les craintes des communautés réticentes. Toutefois, la campagne aurait pu être plus efficace si d'autres volontaires, tels que des crieurs publics, avaient été recrutés au sein de la même population cible afin d'accroître l'acceptation des vaccins.

- Pour que les objectifs de vaccination puissent être atteints, les campagnes de lutte contre la poliomyélite doivent être intégrées à d'autres actions de santé publique. Les campagnes auraient pu être encore plus bénéfiques pour les femmes et les enfants si elles avaient inclus plusieurs antigènes et des suppléments de vitamine A, ainsi que d'autres interventions ayant une forte incidence telles que le dépistage de troubles nutritionnels, l'enregistrement des naissances et le déparasitage, ce qui aurait permis de tirer le meilleur parti des ressources utilisées.
- Les investissements consacrés à améliorer les connaissances réciproques dans le domaine religieux et le domaine scientifique ont contribué à une plus grande acceptation des vaccins et à l'émergence de modèles positifs.
- Les ASV ont joué un rôle important dans la diffusion d'informations précises et opportunes sur la poliomyélite. Cependant, dans certaines zones, ils manquaient de motivation. Il est important de mettre en œuvre des stratégies pour motiver et fidéliser les ASV. Elles peuvent consister à leur offrir régulièrement des possibilités de formation, tout en investissant dans leur visibilité, leur reconnaissance et leur appréciation. Par ailleurs, les travailleurs sociaux doivent bénéficier d'une rémunération et de moyens de transport adéquats pour pouvoir s'acquitter efficacement de leurs tâches.
- La mobilisation et la participation de la communauté ont été essentielles pour renforcer la confiance dans la campagne et enrayer la diffusion de fausses informations. Toutefois, les activités destinées à mobiliser la communauté auraient dû commencer plusieurs semaines avant le début de la campagne, afin de transmettre des messages suffisamment instructifs sur la raison d'être de celle-ci.

Par Emma Mafara, Spécialiste SBC , UNICEF Zimbabwe