

I. CONTEXTE, JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Durant les deux dernières décennies, le Cameroun n'a pas enregistré d'avancées significatives en matière de santé infantile et maternelle. Les taux de mortalité infantile et maternelle sont restés respectivement à 144 pour 1000 naissances vivantes et 669 pour 100 000 naissances vivantes.

Pour y faire face, des paquets d'interventions à haut impact pour la survie de la mère et de l'enfant, basés sur l'évidence scientifique ont été définis. Ils sont mis en œuvre par les pays de la sous-région. Ces paquets incluent entre autres des prestations coûts-efficaces de routine (vaccination, supplémentation en Vitamine A, déparasitage, traitement préventif intermittent, etc.). Cinq paquets prioritaires d'interventions essentielles pour la survie de l'enfant existent (i) Soins essentiels du nouveau-né, (ii) Nutrition du nourrisson, de l'enfant et de la mère incluant la supplémentation en micronutriments et le déparasitage, (iii) Vaccination et contrôle du paludisme, (iv) Prise en charge des maladies courantes de l'enfance, (v) Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA et soins pour les enfants affectés par le VIH/SIDA.

La vaccination réduit de 20% les décès chez l'enfant. De nouveaux vaccins notamment le Vaccin Conjugué contre le Pneumocoque (VCP) et le vaccin contre le Rota virus (VR) seront bientôt introduits dans le programme de vaccination de routine ; Ils viennent renforcer la lutte contre la pneumonie, les diarrhées et la méningite responsables d'un grand nombre de décès d'enfants et pourront ainsi améliorer de plus 10 % la prévention des décès d'enfants.

Pour être efficace, la vaccination nécessite la participation de tous les acteurs (familles, communautés, prestataires, décideurs et leaders communautaires). Or, le feedback des acteurs de terrain et les données collectées par les superviseurs et les partenaires montrent une exploitation insuffisante dans nombreux réseaux formels ou informels d'organisations à base communautaire (OBC) existantes. Il est probable que ceci est la principale cause de la participation communautaire en deçà des attentes, pourtant indispensable à l'instauration du dialogue communautaire. En l'absence d'une communication adéquate, des messages non appropriés sont véhiculés au sujet de la vaccination et de la surveillance à base communautaire limitant ainsi leur recours malgré les efforts faits pour l'amélioration des niveaux de couverture vaccinale.

Il apparaît ainsi nécessaire de renforcer la communication pour le développement en appui à la vaccination de routine afin d'induire l'adoption des comportements individuels et collectifs favorables au recours à la vaccination par les familles. En prélude à l'introduction du vaccin contre le Pneumocoque en Juillet 2011, il est nécessaire de faire un état des lieux en vue d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques en matière de vaccination dans le but de développer un plan de communication destiné à renforcer l'adhésion communautaire au PEV de routine en général et aux nouveaux vaccins en particulier.

Pour contribuer efficacement à l'adoption des comportements individuels et collectifs favorables au recours à la vaccination par les familles ainsi qu'à l'amélioration de la

couverture vaccinale de routine et de surveillance des maladies, il apparaît nécessaire de réaliser une enquête qualitative auprès des populations. Et ce, en vue d'une meilleure documentation des attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination et des perceptions de ces populations pour l'introduction de nouveaux vaccins.

Les résultats de cette recherche devant permettre une meilleure planification des stratégies et activités de communication et à ce titre, elle devra fournir aux acteurs du programme des données en matière de :

- connaissances, attitudes et comportements des familles et des communautés vis-à-vis des campagnes de vaccination de masse, de la vaccination de routine y inclus la surveillance à base communautaire des maladies évitables par la vaccination et de l'introduction de nouveaux vaccins en faveur des enfants ;

De manière spécifique, il s'agit de :

- a. Identifier les connaissances, attitudes et pratiques des familles, communautés, prestataires et décideurs en matière de vaccination ;
- b. Identifier leurs perceptions vis-à-vis de l'introduction de nouveaux vaccins et immunisation ;

C'est pour atteindre ces objectifs que le volet qualitatif a été retenu dans cette étude CAP.

II- LE VOLET QUALITATIF

II-1 Son apport dans cette étude

Emile DURKHEIM pensait que les faits sociaux sont collectifs et extérieurs aux individus qui les produisent. Par conséquent, il convient de ne privilégier que de façon secondaire le sens que ces derniers leur donnent. Il faut de ce fait utiliser des données quantifiées qui sont à la fois collectives et neutres. Son ouvrage sur *Le suicide* (1697), repose sur des données statistiques. Mais dans la mesure où qualitatif et quantitatif ne sont pas exclusifs, leur complémentarité est un atout dans ce travail qui combine les deux méthodes. Cette étude a donc fait non seulement appel à une « méthode ancienne classique » (FRANQUEVILLE, 1973 : 144), celle de l'exploitation des questionnaires, mais aussi à une approche qualitative.

« Une méthode qualitative est une succession d'opérations et de manipulations techniques et intellectuelles qu'un chercheur fait subir à un objet ou phénomène humain pour en faire surgir les significations pour lui-même et les autres hommes » (MUCCHIELLI, sous la direction de, 1996 :185-186).

Pour l'essentiel, notre démarche se réclame de la tradition empirique de l'École de Chicago. Les sociologues de cette école, sans renier les données statistiques et les approches globales, privilégiaient l'observation directe et le point de vue de l'acteur. C'est pourquoi nous avons adopté et privilégions aussi les méthodes qualitatives. Celles-ci nous ont permis de comprendre et d'expliquer les pratiques

observables et les expériences personnelles de chaque enquêté. Ainsi, pour saisir les représentations et perceptions des populations en matière de vaccination et même d'immunisation et de survie de l'enfant, une approche qualitative qui les amène à se raconter au maximum s'avère incontournable. Cette approche nous permettra grâce à ses techniques de collecte, de comprendre et d'expliquer des comportements, attitudes et pratiques des populations en matière de vaccination et d'immunisation de l'enfant, à partir de l'analyse de leurs discours sur la vaccination. Pour parvenir aux résultats escomptés dans cette étude, l'observation scrupuleuse de la méthodologie décrite ci-dessous est importante.

II-2 Articulations entre le quantitatif et le qualitatif lors de l'analyse

Les données quantitatives seront exploitées et traitées dans le rapport en fonction de la liste des indicateurs qui sont contenus dans les questionnaires et éventuellement dans la matrice des indicateurs de suivi du PEV. Il s'agit essentiellement d'indicateurs quantitatifs qui seront explicités sous formes de pourcentage et de fréquences. Pour mieux comprendre certaines de ces informations, les données issues de l'enquête qualitative seront combinées pour rendre compte des réactions, des opinions, des représentations et des logiques sociales des populations enquêtées. Alors que l'enquête quantitative renseigne sur le niveau et la tendance de certains comportements, l'enquête qualitative renseignera suffisamment sur le pourquoi. Ainsi, lors de l'analyse, les commentaires des données quantitatives seront appuyés par les informations provenant de l'enquête qualitative. Mieux que les résultats de l'enquête quantitative, les résultats de l'enquête qualitative permettront de saisir les points d'ancrage du programme afin de développer un plan de communication destiné à renforcer l'adhésion communautaire au PEV de routine en général et aux nouveaux vaccins en particulier.

III- METHODOLOGIE

III-1 Caractéristiques de l'enquête: champ et cibles de l'enquête

Champ de l'enquête

Le champ de cette enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des population en matière de vaccination est le territoire national, c'est-à-dire l'ensemble des 10 régions (Centre, Est, Littoral, Nord-ouest, Ouest, Sud, Sud-ouest, Adamaoua, Nord et Extrême-Nord).

Critères de choix des cibles (individuels et/ou focus)

Plusieurs catégories de cibles sont concernées par cette étude, des cibles que l'on peut qualifier de primaires et d'autres, secondaires.

Cibles primaires : Les populations cibles principales de cette étude sont constituées des mères des **enfants âgés de moins de 25 mois**, des personnes qui prennent soins de ces enfants, et aussi des pères de ces enfants. Ces cibles sont observées à partir des ménages auxquels elles appartiennent. Elles peuvent aussi être observées en dehors du ménage mais leur choix répond à un certain nombre de critères : résidence dans la zone d'étude ciblée, le sexe, l'âge (18-49 ans pour les parents et personnes en charge des enfants et plus de 49 ans pour les grands parents et personnes en charge des enfants), niveau d'instruction (primaire ou sans niveau, secondaire et plus), la religion (chrétienne, musulmane, nouvelles religions). Ces critères sont aussi valables pour le choix des hommes à interviewer.

Les Cibles secondaires de cette étude sont quant à elles constituées des leaders communautaires et religieux, des responsables régionaux du PEV ainsi que les agents de vaccination. Les autorités municipales, les ONG.

III-2 Les techniques de collecte des données choisies

Compte tenu des contraintes financières et de temps imparti à l'étude, quatre techniques de collecte des données ont été adoptées afin de recueillir des données de qualité dans le délai imparti et avec les moyens disponibles. Il s'agit donc des techniques suivantes :

La recherche documentaire

Pour mener à bien cette étude, nous avons d'abord voulu compter sur la littérature et l'état du savoir en la matière avant de nous appuyer sur nos propres investigations. A cet effet, une revue minutieuse des matériels littéraires concernant directement ou non le sujet nous indiquera non seulement l'état du savoir portant sur le sujet et son développement, mais aussi les aspects déjà explorés et ceux qui ont davantage besoin d'être examinés.

L'observation simple

Comment comprendre l'univers des employés domestiques si l'on ne le fréquente pas ? Compte tenu du temps de terrain limité l'observation sera ici superficielle mais elle nous permettra de valider certaines données collectées. Elle permettra en quelque sorte le contrôle de fiabilité des données. Nous pourrions par exemple dans certains cas et dans la mesure du possible la vaccination des enfants à partir des marquages et même des cicatrices laissées par le BCG sur le bras gauche des individus ayant reçu ledit vaccin. Nous pourrions aussi apprécier grâce à

l'observation la distance séparant certaines populations des centres santé, ce qui peut constituer une pesanteur pour la vaccination de routine.

L'entretien sémi-structuré

Technique constructiviste par excellence, l'entretien est un dialogue entre le chercheur et le sujet. Il permet à ce dernier de se raconter au maximum. Du fait de son apport qualitatif dans les données, nous avons opté pour cette technique afin de saisir tous les contours possibles de notre objet d'étude, de recueillir des informations assez riches et d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion. Grâce aux relances qui permettent d'approfondir l'entretien et à la spontanéité que crée cette technique de collecte, les facteurs explicatifs de la non/participation massive des populations à la vaccination ainsi que leurs motivations peuvent être mieux explorés. Deux variantes d'entretiens sont utilisées dans cette recherche. Les entretiens approfondis avec les cibles primaires et les entretiens simples ou légers avec les cibles secondaires de l'étude.

Le focus group discussion

Il permettra de corriger les entretiens car certains thèmes et certaines opinions inexistantes dans les entretiens apparaîtraient dans les discussions de groupe et les interactions que suscite cette technique de collecte enrichiront les données en permettant aussi de mieux approfondir la question. Seuls les concernés peuvent décrire réellement et expliquer leurs comportements, connaissent mieux que quiconque les « *allants de soi* », les manières d'être de la société dont ils font partie. A cet effet, les discussions de groupe ne se feront qu'au sein d'un groupe de femmes et des hommes ayant des enfants de moins de 6 mois d'une part ; et d'autre part, celles et ceux ayant des enfants de moins de 25 mois.

III-3 Les outils de collecte

- Le guide d'entretien individuel

Cet outil est adressé aux femmes, hommes (parents des enfants de moins de 25 mois), responsables régionaux du PEV bref à tous les informateurs ciblés. Chez les femmes et les hommes, le guide d'entretien permettra de collecter des informations relatives aux connaissances, attitudes/aptitudes, pratiques, canaux de communication et recommandations en matière d'immunisation en général. Ensuite, il permettra de collecter des informations relatives à ces différents thèmes en matière de vaccination ainsi qu'en matière de nouveaux vaccins à introduire dans le paquet de vaccination au Cameroun. Toutes ces informations permettront de saisir les perceptions des populations en matière de vaccination. Mais la vaccination étant une pratique contribuant à l'immunisation et la survie de l'enfant, ces informations permettraient aussi d'apprécier les perceptions sociales et les pratiques des populations en matière d'immunisation de l'enfant. Cet outil permettra de comprendre les motivations des parents qui suivent assidûment leur calendrier de vaccination ainsi que celles de ceux qui ne respectent pas ce calendrier.

Auprès des autres acteurs ciblés, cet outil permettrait de collecter des informations sur leur implication/contribution à la réussite de la vaccination qu'il s'agisse de l'acte vaccinal ou de la communication/sensibilisation relative à la vaccination (campagne comme routine). Leurs perceptions quant à l'introduction des nouveaux vaccins doivent être saisies et ceci permettrait l'amélioration du dispositif de communication/mobilisation en vue d'une participation massive des populations à la vaccination ainsi qu'à l'intégration/l'adoption des pratiques favorables à l'immunisation et la survie de l'enfant.

- Le guide de FGD

Le guide pour FGD est adressé aux femmes et aux hommes ayant des enfants ou ayant à leur charge des enfants de moins 25 mois. Il permettra de collecter des informations sur les perceptions et représentations sociales de la vaccination (routine et campagne). C'est grâce à cet outil que nous saisissons spécifiquement chez les femmes les motivations de celles qui ne suivent pas assidûment le calendrier vaccinal ainsi que celles des femmes qui suivent assidûment ce calendrier. Cet outil permettra en outre de collecter des données sur les pratiques familiales essentielles qui concourent à l'immunisation et la survie de l'enfant. C'est à l'aide de cet outil que les perceptions sociales ou les comportements communautaires favorables ou défavorables à la vaccination et comment ces comportements peuvent favoriser ou non l'adoption de nouveaux vaccins en cours d'introduction.

III-4 Taille de l'échantillon

Dans chaque région de l'enquête, des entretiens individuels approfondis et des discussions de groupe seront menés auprès des femmes, des hommes, des leaders religieux/communautaires ainsi que des responsables du Programme Elargi de Vaccination (PEV).

Au total par région d'enquête, une dizaine d'entretiens individuels approfondis (15) seront organisés auprès des différentes catégories d'intervenants quand deux groupes de discussion seront menés l'un auprès des femmes ayant un enfant de moins de 25 mois et l'autre auprès des hommes également parent d'enfant de moins de 25 mois.

Ainsi, s'agissant des entretiens individuels approfondis, quatre entretiens seront réalisés dans chacune des sous-catégories de la population constituée par les femmes et les hommes ayant un enfant de moins de 25 mois. Quatre entretiens individuels au total doivent être menés avec les femmes ayant un enfant de moins de 25 mois à raison deux entretiens par zone d'étude (rurale et urbaine). Il s'agira de faire deux entretiens approfondis avec des femmes (une ayant un enfant de moins de 6 mois et une ayant un enfant de plus de 6 mois) dans chaque zone d'étude. Deux entretiens individuels se feront avec des hommes ayant des enfants de moins 25 mois à raison d'un entretien par zone d'étude. Il est souhaitable qu'un de ces

entretiens se fasse avec un homme ayant un enfant de moins de 6 mois et l'autre avec un homme ayant un enfant de moins 25 mois.

Un entretien sera fait avec un leader communautaire et un autre entretien sera réalisé par type de leader religieux selon la religion dominante dans la localité d'enquête. De même, deux entretiens ciblant un agent de santé (acteur/vaccinateur de vaccination de routine et vaccinateur professionnel) et l'autre avec un vaccinateur de campagne ou vaccinateur occasionnel (qui n'est pas un personnel de santé). Un entretien simple ciblera aussi un responsable régional du PEV.

De même, un entretien individuel concernera un responsable d'ONG impliquée dans les activités de vaccination (au cas où un fichier de ces ONG existe) et un autre concernera le maire ou une autorité municipale. Un autre entretien sera mené avec un guérisseur traditionnel offrant des soins aux enfants. Au total, 14 entretiens individuels au maximum seront menés par région.

S'agissant des discussions de groupe, il sera organisé par région deux groupes de discussion réunissant d'une part 8 femmes respectant assidûment le calendrier de vaccination et d'autre part, 8 femmes ne le respectant pas. 01 discussion de groupe réunira aussi par région 08 hommes maximum qui sont parents ou personnes à charge des enfants de moins de 25 mois. Ces hommes et femmes doivent être parents d'enfants ayant moins de 25 mois ou des personnes à charge de ces enfants. Qu'il s'agisse des FGD avec des femmes ou des hommes, au moins trois personnes ayant des enfants de moins de 6 mois doivent faire partie des participants.

Ces entretiens individuels approfondis/simples et discussions porteront sur les aspects tels que l'appréciation ou perception sociale des vaccins ainsi que les perceptions quant à l'introduction de nouveaux vaccins sans oublier l'immunisation en général dont la vaccination en est une des pratiques favorables.

Le tableau ci-dessous présente la typologie des populations cibles à interviewer selon le nombre d'entretiens et de FGD les concernant.

Tableau : Répartition de l'échantillon de l'enquête qualitative par région

Type d'intervenants		Entretiens individuels approfondis	Groupe de discussions
Femmes ayant un enfant de moins de 6 mois et moins de 25 mois à charge		04	02
Hommes ayant un enfant de moins de 6 mois et moins de 25 mois		02	01
Leaders	Religieux	01	-
	Communautaire	01	-
Responsable du PEV/ Personnel de santé (agent de vaccination)		03	-
Autorités des Collectivités Territoriales Décentralisées (Maires ou Adjoints)		01	-
Responsables d'ONGs impliquées dans les activités de vaccination		01	-
Guérisseurs traditionnels		01	-
Total		14	03

III-5 Tirage de l'échantillon d'enquête

La méthodologie de tirage des individus (Femmes/Hommes) ayant un enfant de moins de 25 mois dans le cadre de cette étude est celle d'un sondage aléatoire raisonné axé sur l'ensemble des enquêtés du volet quantitatif.

Dans chacune des 10 régions de l'étude, deux zones (une zone rurale et une zone urbaine) sont retenues comme sites de l'étude. Dans les zones rurales, la priorité sera accordée à des quartiers ou villages enclavés ou à populations nomades. En zone urbaine, on s'intéressera d'abord aux quartiers précaires/populaires et ensuite aux quartiers résidentiels.

Ainsi, concernant les entretiens approfondis avec les femmes 02 entretiens seront réalisés en milieu urbain pendant que 02 autres seront menés en milieu rural. Chez les hommes ayant un enfant de moins de 25 mois, deux entretiens approfondis seront menés par région à raison d'un entretien par zone d'étude. S'agissant des FGD, leur constitution prendra aussi en compte le milieu de résidence des participants.

Les entretiens individuels se dérouleront dans les ménages. Ils pourront aussi se dérouler dans des endroits isolés tels qu'une salle de classe, le hall d'une église ou d'une mosquée, sous un arbre etc. Toutefois, ces entretiens pourraient se dérouler n'importe où à condition que l'enquêté n'y trouve aucune gêne et qu'il ne puisse subir aucune influence extérieure et à l'abri des bruits afin que l'enregistrement soit de meilleure qualité si l'enquêté a consenti à l'enregistrement. Pour ce qui est du tirage des ONG impliquées dans les activités de vaccination, elles seront tirées à partir d'un fichier de ces ONG que le PEV mettrait à notre disposition. Les guérisseurs traditionnels seront aussi identifiés à partir des questionnaires ou à partir des entretiens dans lesquels les informateurs auraient fait allusion à la fréquentation de ces guérisseurs pour des soins aux enfants de moins de 24 mois.

Pour ce qui est des FGD, des espaces pouvant accueillir au maximum 10 personnes pourront être négociés ou loués sur chaque site d'étude en tenant compte de leur accessibilité pour les participants. A ce sujet, la chefferie, la commune, une école ou même un espace aménagé sous un arbre pourrait abriter un groupe de discussion.

La liste des villages/quartiers par type de milieu de résidence où seront réalisés les entretiens et FGD est présentée dans le tableau ci-après.

Liste des villages/quartiers par type de milieu de résidence où seront réalisés les entretiens et FGD

Numéro séquentiel ZD EESI	Code région	Région	Numéro RGPH ZD	Code département	Département	Code arrondissement	Arrondissement	Village/quartier	milieu
2	1	DOUALA	116	1	WOURI	1	DOUALA I	BALI	Urbain
464	7	LITTORAL	710	29	SANAGA-MARITIME	163	POUMA/DIBONBARI	LOG MABA'A/SANTA BARBARA	Rural
108	2	YAOUNDE	22	2	MFOUNDI	7	YAOUNDE V	NGOUSSO	Urbain
251	4	CENTRE	742	9	LEKIE	40	OBALA	ENDINDING	Rural
229	3	ADAMAOUA	20	7	VINA	29	NGAOUNDERE II	MADAGASCAR	Urbain
239	3		751	7		31	NYAMBAKA	MAYOBADJI	Rural
297	5	EST	704	18	HAUT-NYONG	331	DOUME/ Doumaintang	SALLE II	Rural
308	5		14	20	LOM-ET-DJEREM	92	BERTOUA I	TIGUAZA	Urbain
333	6	EXTREME-NORD	139	21	DIAMARE	100	MAROUA I	DOMAYO ET DJARENGOL	Urbain
350	6		704	21		100	MAROUA I	SALAK	Rural
472	8	NORD	126	30	BENOUE	166	GAROUA II	POUMPOUMRE	Urbain
494	8		759	30		169	LAGDO	GOUNNA/ WOURO YOTTOU OURO	Rural
566	9	NORD-OUEST	103	38	MEZAM	203	BAMENDA II	NITOP II	Urbain
582	9		745	38		203	BAMENDA II	MANKON	Rural
626	10	OUEST	708	45	MENOUA	233	NKONG-NI	BAFOU	Rural
633	10		42	46	MIFI	236	BAFOUSSAM I	KAMKOP/DIANDAM	Urbain
680	11	SUD	11	50	MVILA	262	EBOLOWA II	EBOLOWA SI II /BILON	Urbain
693	11		700	50		264	MENGONG	NGUET	Rural
713	12	SUD-OUEST	41	53	FAKO	280	BUEA	MOLYKO	Urbain
716	12		715	53		281	LIMBE II	ISOKOLO	Rural

IV- DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

La collecte et le début de la transcription des données s'étendront sur 15 jours. Après cette phase, 15 jours seront aussi accordés aux équipes régionales pour produire et déposer leurs rapports de missions qui seront des « synthèses analytiques » des données par région. L'analyse et la rédaction du rapport final s'étendront sur 6 semaines à compter de la date du dépôt des rapports régionaux et des verbatims.

V- TRAITEMENT/EXPLOITATION DES DONNEES

Les données qualitatives issues des entretiens et des discussions de groupe seront transcrites à partir du terrain. Par la suite, une analyse de contenu sera faite par région d'abord, avant qu'on ne procède à une analyse transversale (analyse du contenu, analyse thématique) pour tous les sites et toutes les catégories de personnes interrogées. Le contenu d'une représentation sociale est formé par l'ensemble des éléments d'une représentation (Flament, 1994) que sont fondamentalement les opinions, les attitudes et les stéréotypes. L'analyse de contenu faite par région aidera à faire l'analyse du contenu de façon transversale pour toutes les régions. L'analyse de contenu consistera en un repérage sur le verbatim, des idées significatives, des thèmes (indifférents aux jugements ou aux composants affectifs) et leur catégorisation (en fonction des spécificités des sites). Par la suite, puisqu'il s'agit ici d'étudier les perceptions de la vaccination fortement liées aux représentations sociales ; l'analyse du contenu s'appliquera au verbatim en tant que méthode par laquelle on examine les éléments constitutifs d'une représentation sociale. Toutefois, lors de la rédaction du rapport final, les spécificités de chaque région seront mises en exergue. Aussi, certaines informations du volet quantitatif seront mieux étayées par les données qualitatives.