

## ANALYSE DES RAISONS DE REFUS ET APPROCHES DE GESTION PREVENTIVE DANS 06 DISTRICTS SANITAIRES PRIORITAIRES: A PROPOS DE 61 CAS DU 1<sup>ER</sup> ROUND DE LA RIPOSTE VACCINALE CONTRE LA POLIOMYELITE DE JUILLET 2024

### ANALYSIS OF THE REASONS AND APPROACHES FOR PREVENTIVE MANAGEMENT OF REFUSALS IN 06 PRIORITY HEALTH DISTRICTS: ABOUT 61 CASES FROM THE 1ST ROUND OF THE POLIOMYELITIS VACCINE RESPONSE IN JULY 2024

#### Résumé

**Introduction** : le Niger est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Ces dernières années, le pays fait face à des défis multiformes affectant plusieurs secteurs sociaux de base. En matière de santé, la situation est marquée par la réémergence des épidémies de poliomyélite, méningite, fièvre jaune, rougeole, diphtérie, etc. Au sujet de la poliomyélite, malgré la certification du pays libre de circulation de poliovirus sauvage en 2016, depuis 2018, plusieurs districts sanitaires des huit (8) régions du pays ont enregistré des cas. En réponse à cette situation, l'Etat du Niger avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, met en œuvre une riposte vaccinale à 02 rounds. **Méthodologie** : En prélude au round de septembre 2024, les appuis UNICEF, consultants SBC Immunisation, ont assisté les équipes de santé de Maradi ville, Madarounfa, Mayahi, Dosso, Kollo et Tillabéri dans la gestion préventive des cas de refus enregistré au 1er round de la riposte vaccinale contre la poliomyélite. **Résultats clés** : au total la gestion préventive réalisée en amont du round de septembre à l'aide de KoboCollect a concerné 61 cas. Le profil des parents ou tuteurs rencontrés lors de la gestion préventive étaient dominés par des femmes (62,30%) avec une moyenne d'âge de 35,92 ans. Pour le niveau d'instruction, les parents ou tuteurs concernés par la gestion préventive ont reçu une instruction coranique de niveau non déterminé (36,07%) et dans la même proportion n'ont reçu aucune instruction. L'occupation principale est le statut de femme au foyer (57,63%) suivi de commerçant(e) et/ou revendeur(euse)s (18,64%). Parmi les parents concernés par cette gestion préventive, 4 sur les 61 soit 6,78% sont des récidivistes. Les raisons de refus sont dominées par le manque de confiance au vaccin (31,15%). Cette méfiance est motivée par les perceptions selon lesquelles le vaccin serait nuisible (19,67%), le vaccin rend stérile (9,84%) et le vaccin rend impoli (1,64%). Les approches de gestion ont consisté presque exclusivement à l'implication de plateformes communautaires engageant des leaders composés de chef coutumiers, chefs religieux, leaders des associations féminines et de jeunesse, d'ONGs, des services techniques, etc.). En effet, 90,16% et 53,38% de gestion préventive ont été assurées avec l'implication des comités de veille et sous-comité de mobilisation sociale. Les activités de gestion préventive réalisées entre les deux premiers rounds ont eu un effet probant, 93,44% des parents ou tuteurs rencontrés ont accepté de faire vacciner leurs enfants dont notamment 114 enfants sur les 121 dénombrés dans les ménages réticents soit 94,21%.

#### Summary

**Introduction:** Niger is a continental country located in the heart of West Africa. In recent years, the country has been facing multifaceted challenges affecting several basic social sectors. In terms of health, the situation is marked by the re-emergence of epidemics of poliomyelitis, meningitis, yellow fever, measles, diphtheria, etc. Regarding poliomyelitis, despite the country's certification free of wild poliovirus in 2016, since 2018, several health districts in the eight (8) regions of the country have recorded cases. In response to this situation, the State of Niger, with the support of its technical and financial partners, is implementing a 2-round vaccination response. **Methodology:** As a prelude to the September 2024 round, UNICEF support, SBC Immunization consultants, assisted the health teams of Maradi ville, Madarounfa, Mayahi, Dosso, Kollo and Tillabéri in the preventive management of cases of refusal recorded in the 1st round of the poliomyelitis vaccine response. **Key results:** in total, the preventive management carried out ahead of the September round using KoboCollect involved 61 cases. The profile of parents or guardians encountered during preventive management was dominated by women (62.30%) with an average age of 35.92 years. For the level of education, the parents or guardians concerned by preventive management received Quranic instruction of an undetermined level (36.07%) and in the same proportion did not receive any instruction at all. The main occupation is the status of housewife (57.63%) followed by shopkeepers and/or resellers (18.64%). Among the parents concerned by this preventive management, 4 out of the 61 (6.78%) are repeat offenders. The reasons for refusal are dominated by a lack of confidence in the vaccine (31.15%). This mistrust is driven by perceptions that the vaccine is harmful (19.67%), the vaccine makes you infertile (9.84%), and the vaccine makes you rude (1.64%). Management approaches have consisted almost exclusively of the involvement of community platforms engaging leaders composed of traditional chiefs, religious leaders, leaders of women's and youth associations, NGOs, technical services, etc.). Indeed, 90.16% and 53.38% of preventive management were ensured with the involvement of the monitoring committees and social mobilization sub-committee. The preventive management activities carried out between the first two rounds had a convincing effect, 93.44% of the parents or guardians met agreed to have their children vaccinated, including 114 children out of the 121 counted in reluctant households, i.e. 94.21%.

**Conception:** Raissa Edwige Vanian, Abba Dan Dibi Haroune, Pie Roger Bofunga Lohandjola, Fatouma Goudal, Abdou Ali

**Collecte des données:** Djamilia Abdoukader, Adamou Moussa Hadiza, Maman Sani Moussa Hadjara, Ramatou Issa Abdoulaye, Hassane Kaou Mamadou

**Analyse des données :** Abba Dan Dibi Haroune

**Relecture :** Fatouma Goudal, Abdou Ali, Fati Hamza, Oumarou Harouna, Pie Roger Bofunga Lohandjola

## INTRODUCTION

Le Niger est un pays continental situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest. Ces dernières années, le pays fait face à des défis multiformes affectant plusieurs secteurs sociaux de base. En matière de santé, la situation est marquée par la réémergence des épidémies de poliomyélite, choléra, méningite, fièvre jaune, rougeole, diphtérie, etc. Au sujet de la poliomyélite, malgré la certification du pays libre de circulation de poliovirus sauvage en 2016, depuis 2018, plusieurs districts sanitaires des huit (8) régions du pays ont enregistré des cas de poliomyélite. En 2024, 27 cas de poliovirus variants de type 2 (8 cas issus de la surveillance PFA et 19 de la SE) ont été confirmés.

Conformément à son engagement dans l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Poliomyélite (IMEP), le Niger, à l'instar d'autres pays en épidémie, met en œuvre plusieurs stratégies dans le but de renforcer l'immunité des enfants âgés de 0 à 59 mois contre la poliomyélite. A cet effet, en 2024, l'Etat avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers organise une riposte vaccinale à plusieurs rounds dont deux premières ont été mis en œuvre en août et septembre 2024. Ainsi, suivant son mandat, l'UNICEF Niger, appui cette riposte dans ses volets logistique et génération de la demande.

Nonobstant les résultats obtenus, tant administratifs que ceux du monitoring indépendant et l'enquête LQAs, le premier round de la riposte a été émaillé par une forte résistance à la vaccination contre la poliomyélite dans les huit (8) régions du pays. Au total, 587 cas de refus ont été dénombrés et 543 gérés soit un taux de 92,50%. Les régions, les régions de Niamey (191), Tahoua (159) et Maradi (90) représentent les régions ayant enregistré le plus de cas de refus.

Dans la perspective de contribuer à la réduction de la résistance en général et dans les districts sanitaires prioritaires en particulier, l'UNICEF a appuyé la mise en œuvre en intercampagne d'initiatives locales de gestion préventive dans les districts sanitaires appuyés par les consultants SBC Immunisation. Cette gestion préventive a été réalisée à l'aide d'un formulaire déployé sur KoboCollect.

L'utilisation d'un formulaire digitalisé pour la gestion préventive des refus vise de façon générale à contribuer à générer des évidences devant guidées les approches SBC dans la gestion des refus ;

Spécifiquement, elle vise à :

- Réaliser une cartographie des refus dans les districts sanitaires prioritaires ;
- Déterminer le profil des parents réticents dans les districts sanitaires prioritaires ;
- Déterminer les raisons du refus dans les districts sanitaires prioritaires ;
- Décrire les approches utilisées pour la gestion préventive de refus ;

## 1. METHODOLOGIE

La gestion préventive des cas de refus repose sur des approches mises en œuvre en intercampagne pour dissuader les parents ou tuteurs réticents de récidiver et ainsi contribuer au renforcement de l'acceptation de la vaccination contre la poliomyélite.

En prélude au round de septembre 2024, des personnes ressources issues du milieu, les Staffs et Consultants UNICEF ont assisté les équipes de santé de Maradi ville, Madarounfa, Mayahi, Dosso, Kollo et Tillabéri dans la gestion préventive des cas de refus enregistré au 1<sup>er</sup> round de la riposte vaccinale contre la poliomyélite. Cette gestion a été assurée à l'aide d'un formulaire déployé sur la plateforme KoboCollect. Cette innovation est initiée pour faciliter la cartographie des zones de résistance mais aussi pour favoriser une meilleure documentation des raisons de refus et les approches utilisées pour la gestion.

Pour ce faire, les appuis et les équipes de santé se rendaient au domicile de chaque cas enregistré au round précédent de juillet 2024, résolu ou non. Sur place, après d'autorisation d'accéder au ménage, un membre de l'équipe selon le genre du parent ou titulaire présent accédait au ménage. Dans le ménage, un échange interactif est engagé avec le parent ou le tuteur pour présenter l'équipe, décliner l'objet de la visite, solliciter du parent ou tuteur de partager la raison de son refus, et engager des échanges autour des motivations. Ces échanges permettaient de développer un contre-argumentaire pour déconstruire les idées reçues et certaines représentations socio-culturelles qui font obstacles à l'acceptation de la vaccination. Avec le consentement du parent ou tuteur, le formulaire KoboCollect est progressivement renseigné.

Cette activité de gestion préventive a mobilisé plusieurs parties prenantes dont entre autres :

- les membres du sous-comité de mobilisation sociale ;
- les membres des comités de veille au niveau des centres de santé ;
- les appuis techniques ;
- les pairs ;

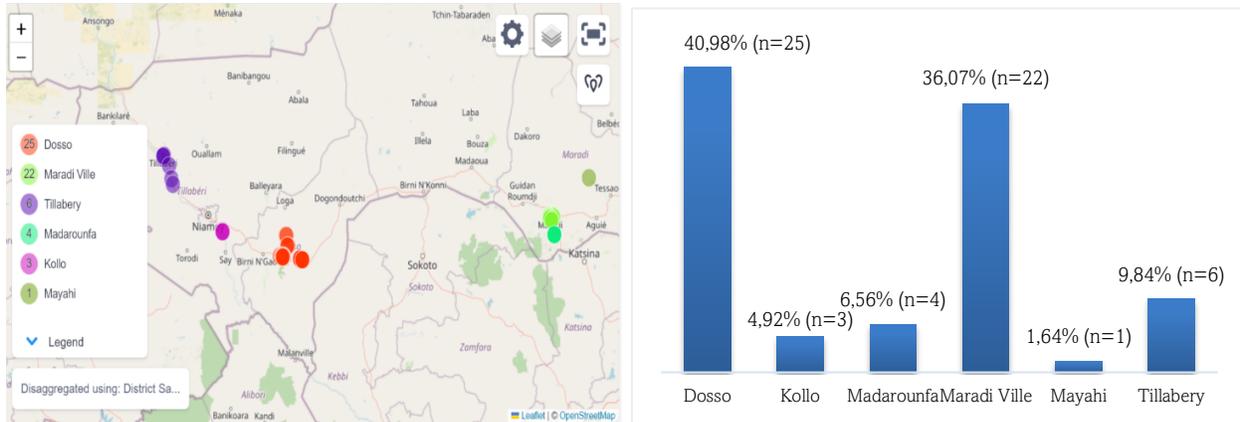
S'agissant des approches utilisées pour ressourdre les cas, elles ont consisté à :

- l'implication du sous-comité de mobilisation sociale ;
- l'implication des comités de veille ;
- l'implication des pairs ;
- Utilisation d'une valeur culturelle à savoir le cousinage à plaisanteries interethnique ;
- l'implication des appuis techniques.

La démarche utilisée a permis d'aboutir aux résultats clés plus bas.

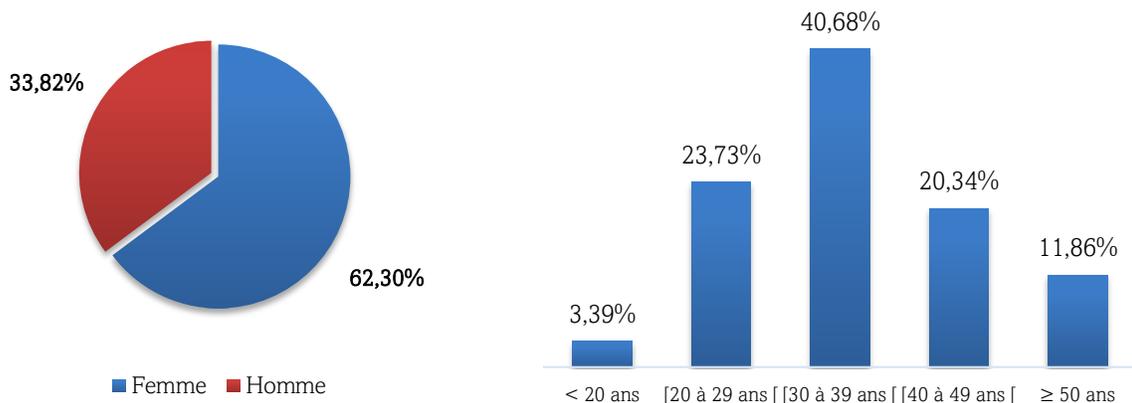
## 2. RESULTATS CLES

**Cartographie des cas de refus gérés en préventive** : au total la gestion préventive réalisée en amont du round de septembre à l'aide de KoboCollect a concerné 61 cas de refus répartis dans 6 districts sanitaires prioritaires bénéficiant de l'appui des Consultants SBC Immunisation UNICEF. Comme illustré sur la carte et dans la **figure n°2**, les districts sanitaires de Dosso (40,98%) et Maradi ville (36,07%) sont classées 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> en terme cas de nombre de cas gérés en intercampagne. Il compte aussi parmi les districts ayant enregistré un nombre important de refus, 59 cas au total à Maradi ville et 22 à Dosso au 1<sup>er</sup> round.



**Fig. n°1&2** : cartographie de la gestion préventive des cas refus dans les districts sanitaires prioritaires

**Profil des parents réticents** : Il est dominé par les parents ou tuteurs de sexe féminin (62,30%) dont l'âge est compris dans la tranche 30 à 39 ans (40,68%) avec une moyenne d'âge de 35,92 ans. Pour le niveau d'instruction, les parents ou tuteurs concernés par la gestion préventive ont reçu une instruction coranique de niveau non déterminé (36,07%) et dans la même proportion n'ont reçu aucune instruction. L'occupation principale est le statut de femme au foyer (57,63%) suivi de commerçant(e) et/ou revendeur(euse)s (18,64%), cultivateur (10,17%), artisan (8,47%) et enseignant d'école coranique (5,08%). Parmi les parents concernés par cette gestion préventive, 4 sur les 61 soit 6,78% sont des récidivistes sur des périodes variant de 1 à 5 ans. Cette attitude s'explique par l'absence d'autonomie de la mère dans la prise de décision et la méfiance vis-à-vis du vaccin.



**Fig. n°3** : Répartition des parents ou tuteurs par sexe

**Fig. n°4** : Répartition des parents ou tuteur par tranche d'âge

**Raisons du refus** : elles sont dominées par le manque de confiance au vaccin dans 31,15% des cas. Cette méfiance est motivée par les perceptions selon lesquelles le vaccin est nuisible (19,67%), vaccin rend stérile (9,84%) et vaccin rend impoli (1,64%). De plus, les autres raisons de refus (16,39%), l'absence d'autonomie des mères ou tutrice dans prise de décision de vaccination (14,75%), les comportements inappropriés des vaccinés (14,75%), les croyances socio-culturelles et religieuses (11,48%), trop de passage (9,84%) et les comportements inappropriés des relais (1,64%) représentent

l'essentiel des raisons de refus de la vaccination. Parmi ces raisons, ceux liés aux comportements des vaccinateurs et des relais soulignent l'intérêt du choix d'acteurs de premier ligne crédibles et imprégnés des valeurs socio-culturelles pour mener à bien les activités de la campagne.

*Tableau I : Répartition des parents ou tuteurs selon les raisons du refus et le sexe*

Raisons de refus	Femme		Homme		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Autres à décrire	5	8,20	5	8,20	10	16,39
Comportement inapproprié du relais communautaire	1	1,64		0,00	1	1,64
Comportement inapproprié du vaccinateur	5	8,20	4	6,56	9	14,75
Croyance socio-culturelle et religieuse	1	1,64	6	9,84	7	11,48
Pas moi qui décide	6	9,84	3	4,92	9	14,75
Trop de passage	4	6,56	2	3,28	6	9,84
Vaccin nuisible	11	18,03	1	1,64	12	19,67
Vaccin rend impoli	1	1,64		0,00	1	1,64
Vaccin rend stérile	4	6,56	2	3,28	6	9,84
(blank)		0,00		0,00		0,00
Total général	38	62,30	23	37,70	61	100,00

L'analyse croisée des raisons du refus avec le genre du parents ou tuteurs indique les résultats ci-après

**Vaccin nuisible (19,67%)** : C'est la principale raison de refus, avec un total de 12 personnes (11 femmes et 1 homme) qui partagent cette opinion. Ce chiffre suggère que certaines croyances ou perceptions négatives sur le vaccin, comme la peur de ses effets néfastes, sont plus répandues chez les femmes.

**Autres à décrire (16,39%)** : Cette catégorie regroupe des raisons non spécifiées, indiquant une diversité de motifs non documentés. Elle est équitablement répartie entre les deux genres (5 femmes et 5 hommes). La présence de cette catégorie pourrait indiquer des raisons de refus qui nécessitent une exploration plus approfondie pour être mieux comprises.

**Comportement inapproprié du vaccinateur (14,75%)** : Cette raison est également significative, impliquant un total de 9 personnes (5 femmes et 4 hommes). Cela souligne l'importance du comportement des agents de vaccination, dont les actions peuvent influencer la perception et la confiance des bénéficiaires.

**Pas moi qui décide (14,75%)** : Ce motif, touchant 6 femmes et 3 hommes, indique que certaines personnes refusent le vaccin parce qu'elles n'ont pas le pouvoir de décision dans leur foyer ou leur communauté. Cela peut être le signe d'une dynamique sociale ou familiale où les décisions sont prises par d'autres, ce qui empêche certains individus de faire vacciner leur enfant. Dans le contexte nigérien,

cette raison est presque exclusivement retrouvée par les femmes. Cependant sur les 9 parents évoquant « *pas moi qui décide* » comme raison de refus, 3 sont des hommes. Cet épiphonème est loin d'être un cas isolé. En effet, ces hommes désignent leurs épouses comme celle en charge de vacciner l'enfant parce qu'ils sont pris par leurs occupations et donc souvent hors du ménage.

**Croyance socio-culturelle et religieuse (11,48%)** : Cette raison de refus, plus fréquente chez les hommes (6 contre 1 femme), montre que certaines croyances ou pratiques religieuses et culturelles influencent les décisions en matière de vaccination. Elle souligne l'importance des aspects culturels dans l'acceptation ou le refus des interventions de santé publique.

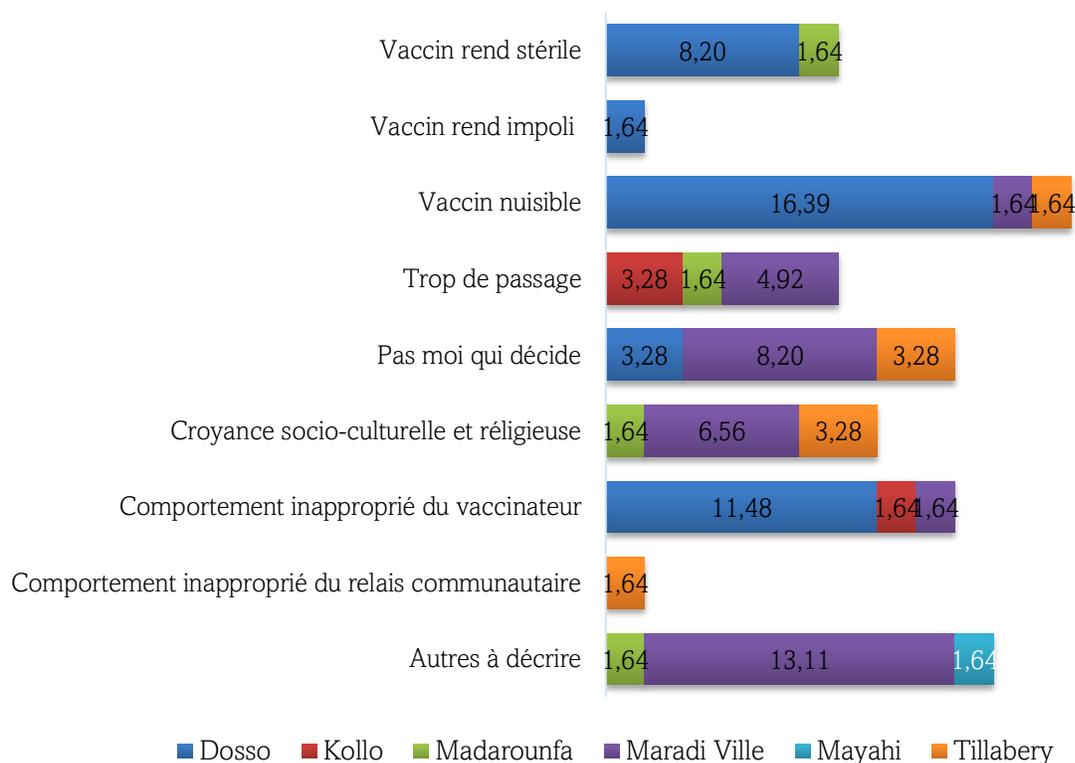
**Trop de passage et Vaccin rend stérile (9,84% chacun)** : Ces deux raisons touchent respectivement 6 personnes pour chaque catégorie. Le refus lié au fait d'être "trop de passage" pourrait concerner des individus qui se déplacent souvent ou qui ne se sentent pas suffisamment intégrés pour se conformer aux recommandations. Quant à la croyance que le vaccin "rend stérile", cela reflète une méfiance envers le vaccin, possiblement alimentée par des rumeurs ou des désinformations.

**Autres raisons mineures (Comportement inapproprié du relais communautaire et Vaccin rend impoli, chacun 1,64%)** : Ces motifs concernent une très petite minorité de personnes, mais leur présence montre qu'il existe encore d'autres perceptions négatives, même si elles sont moins répandues.

De synthétique, le tableau met en évidence que la perception négative du vaccin (crainte de nocivité, stérilité, et effets sur le comportement) est une raison fréquente de refus, en particulier chez les femmes. Les aspects culturels et religieux semblent également jouer un rôle important, surtout chez les hommes. La catégorie "Pas moi qui décide" montre une dimension sociale où le pouvoir de décision est externe, ce qui peut représenter une barrière supplémentaire.

Quant à l'analyse des raisons de refus par région, elle met en exergue les prédominances par district sanitaire ci-après :

- DS Dosso : vaccin est nuisible (16,39%) ;
- DS Kollo : trop de passage (3,28%) ;
- DS Madarounfa : vaccin rend stérile, trop de passage, croyances et autres (1,64%) ;
- DS Maradi ville : autres raisons (13,11%) ;
- DS Mayahi : Autres raisons (1,64%) ;
- DS Tillabéri : pas qui décide (3,28%) et croyances (3,28%)



**Fig. n°5 :** Répartition des raisons du refus par district sanitaire

**Approches de gestion préventive :** elles ont consisté exclusivement à l'implication de plateformes communautaires et d'autres approches centrées sur l'humain.

**Implication du comité de veille (90,16%) :** Ce pourcentage élevé suggère que le comité de veille est le principal acteur impliqué, probablement chargé de surveiller et de gérer les activités ou les processus en cours. Leur rôle est vraisemblablement central pour garantir le bon déroulement des opérations.

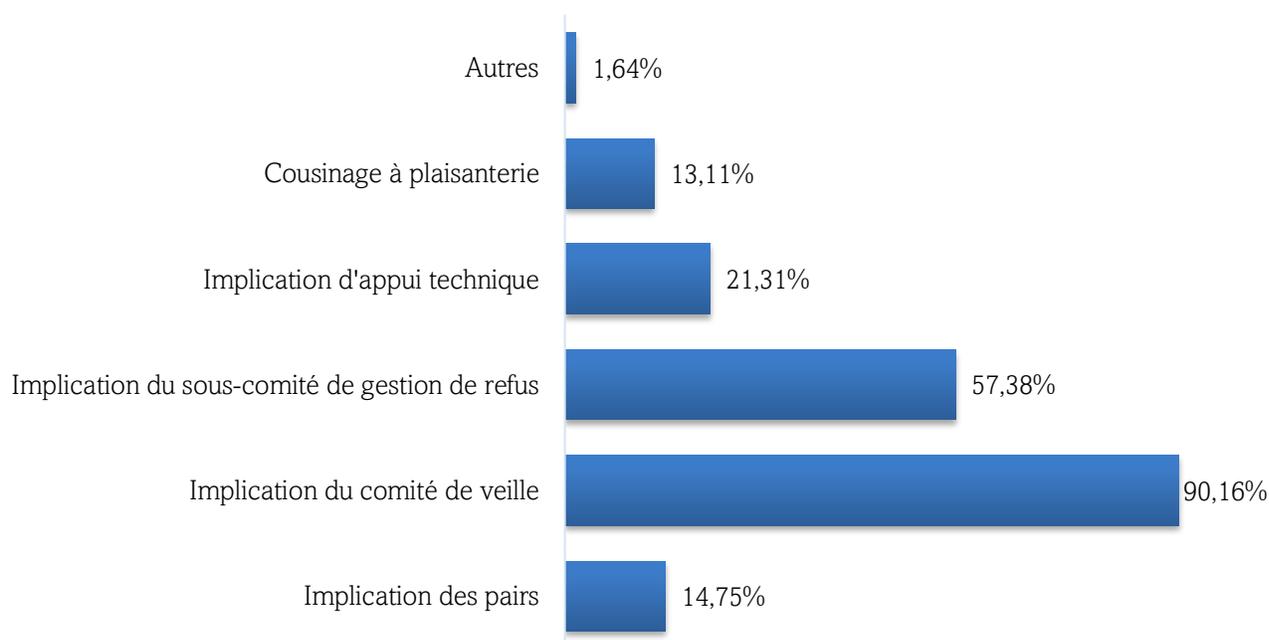
**Implication du sous-comité de gestion de refus (57,38%) :** Ce groupe intervient de manière significative, bien qu'à un niveau moins élevé que le comité de veille. Il semble que ce sous-comité joue un rôle important dans la gestion des refus ou des conflits potentiels, contribuant à la stabilité et à la gestion des processus.

**Implication d'appui technique (21,31%) :** Cette implication modérée indique que le soutien technique est nécessaire, mais peut-être de façon plus ponctuelle. Cela peut signifier que des compétences techniques spécifiques sont mobilisées pour des aspects précis du processus.

**Implication des pairs (14,75%) :** Cette catégorie montre que les pairs s'impliquent également, bien que dans une moindre mesure. Cela peut indiquer une certaine solidarité ou un soutien mutuel, sans que ce soit une composante centrale de l'organisation.

**Cousinage à plaisanterie (13,11%)** : Bien que moins impliqué, cet élément traditionnel ou culturel est également présent. Le cousinage à plaisanterie, souvent utilisé pour dédramatiser les situations ou renforcer les liens sociaux, semble avoir une place non négligeable dans ce contexte.

**Autres (1,64%)** : Cette catégorie marginale regroupe d'autres formes d'implication, sans doute moins fréquentes ou moins significatives dans ce cadre.



**Fig. n°6** : Répartition des approches utilisées au cours de la gestion préventive

**Effet de la gestion préventive** : les activités de gestion préventive réalisées entre les deux premiers rounds de l'année ont eu un effet probant, 93,44% des parents ou tuteurs rencontrés ont accepté de faire vacciner au 2<sup>ème</sup> round. Cela concerne 114 enfants sur les 121 dénombrés dans les ménages réticents soit 94,21%. De plus, il a été observé une réduction significative des refus enregistrés au 2<sup>ème</sup> round. Cette situation est représentée dans le tableau ci-dessous : 2

**Tableau II** : Répartition de l'évolution des cas refus après la gestion préventive (entre round 1 et 2)

Structures	Refus 1 <sup>er</sup> round	Refus 2 <sup>ème</sup> round	% Réduction
DS Dosso	22	0	100,00
DS Maradi ville	59	4	93,22
DS Madarounfa	8	0	100,00
DS Kollo	16	6	62,50
DS Tillabéri	9	4	55,56
DS Dakoro	8	0	100,00

Les résultats indiquent que certaines structures, comme DS Dosso et DS Madarounfa, ont réussi à atteindre une réduction de 100% des refus lors du deuxième round (Dosso, Madarounfa et Dakoro). Ce résultat est le résultat de la mise en œuvre d'approches inclusives et diversifiées, menées en intercampagne dans les zones ayant enregistré un important nombre de refus au round de juillet 2024. Ces activités de gestion préventives ont été initiées à trois semaines du 2<sup>ème</sup> round de la riposte vaccinale menée en septembre 2024. Elles ont mobilisé deux plateformes communautaires importantes à savoir : les sous-comités de mobilisation sociale au niveau district et les comités de veille au niveau des centres de santé intégrés. Au sein des plateformes, les chefs coutumiers, les chefs religieux, les leaders des femmes et des jeunes, à travers des visites à domicile, aux côtés des responsables des aires santé et appuis technique UNICEF (consultant SBC), ont mis en contribution leur connaissance et influence en matière culturelle, sociale et religieuse pour déconstruire les idées reçues, dissuader les parents réfractaires d'accepter de faire vacciner les enfants et de ne pas récidiver aux prochains rounds tout en insistant sur l'intérêt de la vaccination.

En outre, les résultats soulignent l'importance de continuer à suivre et évaluer les interventions. Les structures avec des taux de refus plus élevés pourraient bénéficier d'une attention particulière, notamment par le biais de formations supplémentaires pour les agents de santé et de campagnes de sensibilisation ciblées. Dans l'ensemble, ces données montrent un progrès significatif dans la réduction des refus de vaccination, mais elles mettent également en lumière la nécessité d'une approche différenciée pour les zones où la résistance persiste. L'engagement continu et l'adaptation des stratégies seront essentiels pour atteindre les objectifs d'éradication de la poliomyélite.

### **3. ROLE DE L'UNICEF – VALEUR AJOUTEE**

Conformément à son mandat, l'UNICEF fournit un appui technique et financier et technique aux États dans la mise en œuvre des stratégies de l'initiative mondiale de l'éradication de la poliomyélite. Dans ce cadre, l'UNICEF accompagne la planification, la mise en œuvre et le suivi-évaluation des activités de changement social et comportemental (SBC) en soutien aux activités de vaccination supplémentaire, de la vaccination routine et la surveillance à base communautaire. Parmi les interventions mises en œuvre par l'UNICEF figurent la génération des évidences et l'appui à la gestion préventive et active des refus par les comités de mobilisation sociale, les comités de veille, et bien d'autres acteurs.

L'initiative de digitalisation d'un formulaire de gestion de refus contribuera à l'amélioration de la documentation de la réticence lors des activités de vaccination supplémentaire contre la poliomyélite.

### **4. FORCES**

- Etablissement d'une cartographie de zones de résistance ;
- Détermination du profil des parents ou tuteurs réticents ;
- Analyse des raisons de refus selon le genre ;

- Développement d'un argumentaire et techniques d'appropriées pour la gestion des cas de refus

## **5. DEFIS**

- Généralisation de l'utilisation du formulaire de gestion de refus à tous les niveaux ;

## **6. LEÇONS APPRISES**

La digitalisation d'un formulaire de gestion de refus est une aubaine pour la génération instantanée de la cartographie des zones réfractaires et d'évidences relatives au profil et des raisons du refus. Ces évidences sont nécessaires à l'adaptation des approches de gestion de refus selon les zones, le profil et les raisons de refus.

## **7. OPPORTUNITES POUR L'ACTION**

- Déploiement d'un formulaire de gestion préventive et active de refus sur la plateforme IASO afin de faciliter son utilisation par tous les acteurs et à tous les niveaux ;
- Utilisation de l'argumentaire et de l'approche pour la gestion de cas de refus ;

## **8. PERSPECTIVES**

- Plaider auprès de la Direction des Immunisations pour le déploiement et l'utilisation d'un formulaire de gestion de refus sur IASO ;

# ANALYSIS OF THE REASONS AND PREVENTIVE MANAGEMENT APPROACHES FOR REFUSALS IN 06 PRIORITY HEALTH DISTRICTS: ABOUT 61 CASES FROM THE 1ST ROUND OF THE POLIOMYELITIS VACCINE RESPONSE IN JULY 2024

## Abstract

**Introduction:** Niger is a landlocked country located in the heart of West Africa. In recent years, it has faced multifaceted challenges affecting several basic social sectors. In health, the situation is marked by the resurgence of epidemics of poliomyelitis, meningitis, yellow fever, measles, diphtheria, etc. Regarding poliomyelitis, despite the country being certified as free of wild poliovirus in 2016, since 2018, several health districts in its eight (8) regions have recorded polio cases. In response, the State of Niger, with support from its technical and financial partners, is implementing a two-round vaccination response.

**Methodology:** In preparation for the September 2024 round, with UNICEF support, SBC Immunization consultants assisted the health teams of Maradi Ville, Madarounfa, Mayahi, Dosso, Kollo, and Tillabéri in **preventive management of refusal cases** recorded during the 1st round of the polio vaccine response.

**Key Results:** In total, 61 refusal cases were managed preventively prior to the September round using KoboCollect. Parents or guardians met during this process were predominantly **women (62.30%)**, averaging **35.92 years** of age. Regarding education, **36.07%** had an unspecified level of Quranic instruction, and **36.07%** had no education at all. The main occupation was **housewife (57.63%)**, followed by shopkeepers/resellers (18.64%). Among these parents, **4 out of 61 (6.78%)** were **repeat refusers**. Reasons for refusal were dominated by a **lack of confidence in the vaccine (31.15%)**, fueled by perceptions that the vaccine is harmful (19.67%), causes sterility (9.84%), or causes rude behavior (1.64%). Almost all management approaches involved **community platforms**, including traditional leaders, religious leaders, women's and youth associations, NGOs, and technical services. Indeed, **90.16%** and **53.38%** of preventive management activities were conducted with the involvement of **monitoring committees** and the **social mobilization sub-committee**, respectively. These preventive management activities carried out between the first two rounds had a strong impact: **93.44%** of parents or guardians agreed to vaccinate their children, covering **114 out of 121 children (94.21%)** identified in reluctant households.

## Authorship

- **Conception:** Raissa Edwige Vanian, Abba Dan Dibi Haroune, Pie Roger Bofunga Lohandjola, Fatouma Goudal, Abdou Ali
- **Data Collection:** Djamila Abdoukader, Adamou Moussa Hadiza, Maman Sani Moussa Hadjara, Ramatou Issa Abdoulaye, Hassane Kaou Mamadou
- **Data Analysis:** Abba Dan Dibi Haroune
- **Review:** Fatouma Goudal, Abdou Ali, Fati Hamza, Oumarou Harouna, Pie Roger Bofunga Lohandjola

## 1. INTRODUCTION

Niger is a landlocked country located in the heart of West Africa. In recent years, it has faced multiple challenges affecting several basic social sectors. In health, the situation is marked by the resurgence of epidemics such as poliomyelitis, cholera, meningitis, yellow fever, measles, diphtheria, etc. Regarding poliomyelitis, despite being certified free of wild poliovirus in 2016, since 2018, several health districts in the country’s eight (8) regions have recorded polio cases. In 2024, **27 cases of type 2 variant poliovirus** (8 from AFP surveillance and 19 from ES) were confirmed.

Consistent with its commitment to the Global Polio Eradication Initiative (GPEI), Niger—like other countries experiencing outbreaks—implements multiple strategies to strengthen the immunity of children aged 0 to 59 months against polio. In 2024, the government and its technical and financial partners organized a multi-round vaccination response, the first two of which took place in August and September 2024. Pursuant to its mandate, UNICEF Niger supports this response through **logistics** and **demand generation**.

Despite the results achieved—both administrative data and findings from independent monitoring and LQAS—the first round of the response was marked by **high resistance** to polio vaccination in the eight (8) regions. A total of **587 refusals** were recorded, of which **543** were managed, yielding a rate of **92.50%**. Niamey (191 cases), Tahoua (159 cases), and Maradi (90 cases) were the regions with the highest recorded refusals.

To help reduce overall resistance—especially in priority health districts—UNICEF supported the implementation of local **preventive management initiatives** between campaigns in districts supported by SBC Immunization consultants. This preventive management used a form deployed on KoboCollect.

The use of a **digital form** for the preventive management of refusals primarily seeks to generate **evidence** to guide **SBC** approaches for handling refusals. More specifically, it aims to:

- Produce a **map of refusals** in priority health districts
- Identify the **profile of reluctant parents** in these priority districts
- Determine the **reasons for refusal** in these districts
- Describe the **approaches** used for the **preventive management** of refusals

---

## 2. METHODOLOGY

The **preventive management** of refusal cases is based on approaches implemented between campaigns to dissuade reluctant parents or guardians from continuing to refuse, thereby contributing to greater acceptance of polio vaccination.

Prior to the September 2024 round, resource persons from the community, along with UNICEF staff and consultants, supported health teams in **Maradi Ville, Madarounfa, Mayahi, Dosso,**

**Kollo**, and **Tillabéri** in managing refusal cases recorded in the first round of the polio vaccine response. This effort used a form deployed on the **KoboCollect** platform—an innovation to facilitate **mapping of resistance areas** and more systematically **document** the reasons for refusal and approaches used for management.

To do this, the support teams and health teams visited every household where refusals were recorded in the July 2024 round, whether resolved or not. On-site, upon receiving permission to enter, a team member (matched to the parent or guardian’s gender) conducted an **interactive discussion** to introduce the team, explain the reason for the visit, and invite the parent/guardian to share why they refused vaccination. These discussions allowed the team to build **counter-arguments**, debunk misconceptions, and address socio-cultural attitudes that hinder vaccination acceptance. With consent, the parent/guardian’s information was entered into the KoboCollect form in real time.

This **preventive management** activity engaged multiple stakeholders, including:

- Members of the **social mobilization sub-committee**
- Members of **monitoring committees** at the health-center level
- **Technical support** staff
- **Peers**

The **approaches** used to resolve these cases included:

- Involving the **social mobilization sub-committee**
- Involving the **monitoring committees**
- Involving **peers**
- Using cultural values (e.g., **joking kinship** between ethnic groups)
- Involving **technical support**

This method yielded the key results presented below.

---

### 3. KEY RESULTS

#### 3.1 Mapping of Refusal Cases Managed Preventively

Overall, **61 refusal cases** in **6 priority health districts** supported by UNICEF SBC Immunization consultants were managed preventively before the September round using KoboCollect. As illustrated on the map and in Figure 2, **Dosso (40.98%)** and **Maradi Ville (36.07%)** rank first and second, respectively, in terms of cases managed between campaigns. They are also among the districts that had a high number of refusals in the first round (59 in Maradi Ville and 22 in Dosso).

#### 3.2 Profile of Reluctant Parents

Parents/guardians were predominantly **female (62.30%)**, mostly **30 to 39 years old (40.68%)**, with an **average age of 35.92 years**. Regarding education, **36.07%** had an **unspecified Quranic education**, and **36.07%** had **no education** at all. The main occupation was **housewife (57.63%)**, followed by **shopkeepers/resellers (18.64%)**, **farmers (10.17%)**, **artisans (8.47%)**, and **Quranic school teachers (5.08%)**. Among these parents, **4 out of 61 (6.78%)** were **repeat refusers**, over periods ranging from **1 to 5 years**—often due to mothers’ lack of decision-making power and mistrust of the vaccine.

### 3.3 Reasons for Refusal

Refusals were mainly driven by a **lack of confidence in the vaccine (31.15%)**, motivated by perceptions that the vaccine is **harmful (19.67%)**, **causes sterility (9.84%)**, or **causes rudeness (1.64%)**. Additional reasons included “**other reasons**” (**16.39%**), mothers’ **lack of autonomy** in vaccination decisions (**14.75%**), **inappropriate behavior by vaccinators (14.75%)**, **socio-cultural and religious beliefs (11.48%)**, **too many vaccination visits (9.84%)**, and **inappropriate behavior by community relays (1.64%)**. Among these, the reasons related to the conduct of **vaccinators and community relays** highlight the need for credible frontline actors, well-versed in socio-cultural norms, to lead campaign activities effectively.

**Table I:** Distribution of parents/guardians by reason for refusal and gender

A cross-analysis by gender shows:

- **Vaccine is harmful (19.67%)**: The main reason for refusal, cited by 12 individuals (11 women, 1 man), reflecting negative beliefs about the vaccine’s effects.
- **Other reasons (16.39%)**: Unspecified reasons, equally distributed between women and men (5 each), indicating the need for further research to better understand these motivations.
- **Inappropriate behavior by vaccinators (14.75%)**: Nine individuals (5 women, 4 men) raised this issue, underscoring how health workers’ conduct influences acceptance.
- **“I’m not the one who decides” (14.75%)**: This reason is cited by 9 people (6 women, 3 men), indicating social or household hierarchies affecting vaccination decisions. Interestingly, 3 men also mentioned it, saying their wives handle child vaccination while they are busy or often away from home.
- **Socio-cultural and religious beliefs (11.48%)**: Cited mostly by men (6 men vs. 1 woman), indicating cultural or religious factors play a significant role in acceptance or refusal.
- **Too many visits and “vaccine causes sterility” (9.84% each)**: Six people for each reason, often linked to mistrust or misinformation.
- **Less common reasons (1.64% each)**: Inappropriate behavior by community relays and “vaccine causes rudeness.”

When broken down by health district:

- **DS Dosso**: “vaccine is harmful” (16.39%)
- **DS Kollo**: “too many visits” (3.28%)
- **DS Madarounfa**: “vaccine causes sterility,” “too many visits,” beliefs, and other (1.64%)

- **DS Maradi Ville:** “other reasons” (13.11%)
- **DS Mayahi:** “other reasons” (1.64%)
- **DS Tillabéri:** “I’m not the one who decides” (3.28%) and beliefs (3.28%)

### 3.4 Preventive Management Approaches

All approaches centered on **community platforms** and other **human-focused** strategies:

- **Monitoring committee involvement (90.16%):** The main actor, likely responsible for oversight and management of ongoing vaccination activities.
- **Refusal management sub-committee involvement (57.38%):** Also highly involved, managing potential refusals or conflicts.
- **Technical support involvement (21.31%):** Called upon periodically for specific technical needs.
- **Peer involvement (14.75%):** Suggests mutual support, though not a central organizational pillar.
- **“Joking kinship” (13.11%):** A cultural element used to ease tension and strengthen social bonds.
- **Other (1.64%):** Other minor forms of involvement.

### 3.5 Impact of Preventive Management

Preventive management activities conducted between the first two rounds had a **positive effect:** **93.44%** of parents/guardians met agreed to vaccinate during the **2nd round**, covering **114 out of 121 children (94.21%)** in reluctant households. A significant reduction in recorded refusals was also observed in the 2nd round:

**Table II:** Changes in refusal cases after preventive management (between rounds 1 and 2)

Structure	1st Round Refusals	2nd Round Refusals	% Reduction
DS Dosso	22	0	100.00
DS Maradi Ville	59	4	93.22
DS Madarounfa	8	0	100.00
DS Kollo	16	6	62.50
DS Tillabéri	9	4	55.56
DS Dakoro	8	0	100.00

Districts like **DS Dosso**, **DS Madarounfa**, and **DS Dakoro** achieved a **100%** reduction in refusals in the second round. These results stem from **inclusive, diversified** approaches deployed between campaigns in areas with high refusal rates during July 2024. Implemented three weeks before the September 2024 round, these preventive management activities leveraged two critical community platforms: **social mobilization sub-committees (district level)** and **monitoring committees (health center level)**. Traditional and religious leaders, women and youth leaders, alongside health officials and UNICEF (SBC) technical support, used their cultural, social, and

religious influence to dispel myths and persuade resistant parents to vaccinate their children—and not to refuse in subsequent rounds—while emphasizing the importance of vaccination.

Overall, these data show **significant progress** in reducing vaccination refusals, while also highlighting the need for **tailored** approaches in areas where resistance persists. Ongoing engagement and adaptive strategies remain essential to achieving polio eradication goals.

---

#### 4. ROLE OF UNICEF – ADDED VALUE

Pursuant to its mandate, UNICEF provides technical and financial support to governments to implement the strategies of the Global Polio Eradication Initiative. In Niger, UNICEF supports the **planning, implementation, and monitoring/evaluation of Social and Behavioral Change (SBC) activities** related to supplementary vaccination, routine immunization, and community-based surveillance. Among UNICEF’s interventions are **evidence generation** and support for **preventive and active refusal management** by social mobilization committees, monitoring committees, and various other actors.

Digitizing a **refusal management form** will contribute to improving the documentation of resistance during supplementary polio vaccination activities.

---

#### 5. STRENGTHS

- Establishing a **map** of resistant areas
  - Identifying the **profile** of reluctant parents/guardians
  - Analyzing **reasons for refusal by gender**
  - Developing **appropriate arguments** and **techniques** for managing refusal cases
- 

#### 6. CHALLENGES

- Scaling up the use of the **refusal management form** at all levels
- 

#### 7. LESSONS LEARNED

Digitizing a **refusal management form** creates an opportunity to **instantly map** resistant areas and gather **evidence** regarding the profile and reasons for refusal. These data are crucial for adapting refusal management approaches to specific areas, profiles, and reasons.

---

## 8. OPPORTUNITIES FOR ACTION

- Deploying a **preventive and active refusal management form** on the **IASO platform** to facilitate usage by stakeholders at all levels
  - Using argumentation and approaches developed for handling refusal cases
- 

## 9. OUTLOOK

- Advocate with the **Directorate of Immunization** for the deployment and use of a **refusal management form on IASO**