Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Faible couverture vaccinale antivirale B chez les agents de santé dans une zone endémique : quelles en sont les raisons socioculturelles ?

Low antiviral B vaccination coverage among healthcare workers in an endemic setting: What are the sociocultural determinants?

CD Fanou*[1], K Sake Alassan[2], R Kpossou[3], T Bognon[4], I Hamidine[5], M Sokpon[4], S Diallo[6], R El-Hadj Yacoubou[7], J Sehonou[4]

Résumé

Introduction : le but de ce travail était de déterminer la couverture vaccinale antivirale B et de répertorier les raisons socioculturelles évoquées par les agents de santé non vaccinés contre l'hépatite virale B.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale descriptive avec une collecte prospective des données réalisée à l'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Parakou du 1er au 31 Novembre 2019. Etaient inclus tout le personnel soignant disponible et ayant donné son consentement éclairé. Les paramètres étudiés étaient les données socio-démographiques, la catégorie professionnelle et l'histoire de la vaccination (connaissance du statut sérologique du VHB, la vaccination antivirale B et les raisons de la faible couverture vaccinale anti-VHB). L'appréciation de la faible couverture vaccinale était faite par rapport au taux retenu dans cette étude qui était d'au moins 50%.

Résultats : sur 136 soignants ; 35 (25,7%) étaient complètement vaccinés ; 15 (11,1%) étaient partiellement vaccinés et 86 (62,5%) n'étaient pas vaccinés contre l'hépatite virale B. La couverture vaccinale était donc de 25,7%. Cette couverture vaccinale reste alors faible par rapport au seuil retenu. Le reste du travail a porté sur les 86 soignants non vaccinés (âge moyen 34,1 ± 6,1ans ; sex-ratio :1,04). Les mariés (n=73) représentaient 84,8%. Respectivement 28 (32,5%) et 46 (53,5%) soignants non vaccinés avaient un niveau de vie faible et moyen par rapport au SMIG. Sur le plan professionnel les paramédicaux étaient majoritaires 81 (94,2%) et le tiers de l'effectif (n=26) avait un niveau d'études universitaires. 82 (95,4%) des soignants non vaccinés ne connaissaient pas leur statut viral B. Les raisons socioculturelles évoquées par les agents de santé non vaccinés contre l'HVB étaient : le coût élevé du vaccin (38,4%), l'indisponibilité du vaccin (25,5%), la négligence (21%), l'ignorance de l'intérêt du vaccin antiviral B (4,6%). Quant-au portage de l'AgHBs évoqué par 3,5% des soignants non vaccinés, le vaccin n'est pas recommandé si le sujet est déjà porteur de

la maladie. Par ailleurs, 7% de l'effectif n'avaient évoqués aucune raison.
Conclusion : la faible couverture vaccinale antivirale B chez les agents de santé pose un problème de santé publique dans cette corporation à haut risque. Le renforcement des mesures de prévention et la disponibilité du vaccin anti-VHB à un coût forfaitaire permettront d'améliorer la situation à moyen terme.
Mots-clés : Vaccination. Hépatite virale B. Raisons socioculturelles. Agent de santé. Parakou.

Abstract
Introduction: The aim of this study was to determine antiviral B vaccination coverage and to identify the sociocultural determinants within healthcare workers unvaccinated viral hepatitis B.
Methodology: It was a descriptive, cross-sectional study with prospective data collection conducted at the Military Teaching Hospital-University Hospital Center (HIA-CHU) of Parakou from November 1st to 31st, 2019. All healthcare who provided informed consent were included. Parameters studied were socio-demographic data, professional category and vaccination history (knowledge of HBV serological status, antiviral B vaccination and reasons for low anti-HBV vaccination coverage. The assessment of low vaccination coverage was made in relation to the retained rate which was at least 50%.
Results: Out of 136 caregivers; 35 (25.7%) were fully vaccinated; 15 (11.1%) were partially vaccinated and 86 (62.5%) were not vaccinated against viral hepatitis B. The vaccination coverage was 25.7%. This vaccination coverage remains low compared to the retained threshold. From the 86 unvaccinated caregivers (mean age 34.1 ± 6.1 years; Sex ratio: 1.04), 84.8% were married people. Respectively 28 (32.5%) and 46 (53.5%) unvaccinated caregivers had a low and average standard of living compared to the minimum income. On the professional categories, the majority were paramedics (94.2%) and a third (n=26) had university level of education. Approximately 95.4% of unvaccinated caregivers did not know their viral B status. The sociocultural reasons mentioned by health workers unvaccinated against HVB were: the high cost of the vaccine (38.4%), the unavailability of the vaccine (25.5%), carelessness (21%), ignorance of the interest of the antiviral B vaccine (4.6%). As for the carriage of HBsAg mentioned by 3.5% of unvaccinated caregivers, the vaccine is not recommended if the subject is already a carrier of the disease. Furthermore, 7% of the workforce had not mentioned any reason.
Conclusion: A low vaccination coverage against viral hepatitis B among healthcare workers poses a public health threat in this high-risk population. Strengthening preventive measures and making HBV vaccine available and affordable will improve the situation in the medium term.
Keywords: Vaccination. Viral hepatitis B. Sociocultural reasons. Healthcare worker. Parakou.

Introduction

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) est un problème mondial de santé publique responsable d'une morbi-mortalité importante [1,2]. La meilleure stratégie de lutte contre cette infection est la prévention par la vaccination et la lutte contre les comportements à risque [3]. Le vaccin antiviral B est efficace à plus 95% [4]. Cette efficacité est confirmée par le dosage quantitatif de l'anticorps anti-HBs qui doit être supérieur à 10 mlUI/mL [4,5]. L'administration des trois doses conformément au protocole (1ère dose à J0, 2ème dose un mois (M1) plus tard et 3ème dose six mois (M6) après la première dose) ; confère une immunité de longue durée et probablement une vie entière [1,4-6]. La vaccination des adultes relève de l'initiative individuelle et la situation dans les groupes à risque se traduit par une couverture vaccinale faible [7,8]. Cette situation est surtout préoccupante chez les agents de santé en Afrique subsaharienne où 25 à 95% ne sont pas vaccinés contre l'infection par le VHB [9-12]. Des raisons d'ordres logistiques, organisationnels, financiers et socioculturels pourraient expliquer cette situation catastrophique en Afrique noire. Au Bénin,

le contexte est identique à celui des pays de la sous-région ouest Africaine. De plus, très peu d'études y sont consacrées et plus particulièrement dans la région septentrionale d'où l'intérêt de ce travail à Parakou. L'objectif de cette étude était de déterminer la couverture vaccinale antivirale B et de répertorier les raisons socioculturelles évoquées par les agents de santé non vaccinés contre l'hépatite virale B.

Méthodologie

Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive avec collecte prospective des données réalisée à l'Hôpital d'Instruction des Armées Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU) de Parakou. La durée de l'étude était d'un (01) mois, du 1er au 31 Novembre 2019. La population d'étude était constituée de personnel médical (médecins, chirurgiens), paramédical (infirmiers, sages-femmes, techniciens de laboratoire, techniciens d'imagerie médicale et d'aides-soignants). Tout le personnel soignant disponible et ayant donné son consentement libre était inclus. Le personnel administratif était exclu. Les données de cette étude ont été recueillies au moyen d'un questionnaire anonyme auto-administré. Les paramètres étudiés étaient : a) les données socioprofessionnelles : l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'études, le niveau de vie (niveau financier prenant en compte le salaire mensuel par rapport au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti), la catégorie professionnelle et l'ancienneté professionnelle ; b) l'histoire de la vaccination anti-VHB : la connaissance du statut sérologique, la vaccination antivirale B et les raisons de la faible couverture vaccinale (raisons évoquées par les agents de santé qui ne sont pas vaccinés) ;

La couverture vaccinale antivirale B correspond à la proportion de personnes vaccinées contre l'hépatite B dans une population à un moment donné. Le schéma vaccinal antiviral B pris comme référence est le suivant :1ère dose à J0 (le premier jour de la vaccination antivirale B), 2ème dose, un mois plus tard (M1) et 3ème dose, six mois après la première dose (M6) [6]. L'objectif vaccinal recommandé par l'OMS pour une maladie évitable est de 90% au moins. Dans notre étude, la faible couverture vaccinale antivirale B correspond à un taux de couverture vaccinale inférieur à 50% de personnel soignant complètement vacciné contre l'hépatite virale B (personnel soignant adulte ayant reçu au moins trois doses du vaccin antiviral B, conformément au protocole recommandé et en vigueur au Bénin).

Le niveau de vie est défini par rapport au Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG) qui était de 40.000 FCFA au moment de la collecte des données en 2019 (soit72,7dollars US). Dans cette étude, le faible niveau de vie correspond à un salaire, qui varie entre un et quatre fois le SMIG ; le niveau moyen correspond à un salaire, qui varie entre 4 et 9 fois le SMIG et le niveau élevé correspond à un salaire supérieur à 10fois le SMIG.

L'analyse a été descriptive par le calcul des moyennes et fréquences puis comparative des données à l'aide du KHI-deux (X2), du test de Fischer et de l'Odds ratio. Le seuil de signification p a été fixé à 5%. Pour chaque fréquence, un intervalle de confiance (IC) à 95 % a été calculé.

Sur le plan éthique, la participation était volontaire la confidentialité des données et l'anonymat étaient respectés.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Au total, 136 agents de santé avaient participé à l'étude. Parmi eux, 35 (25,7%) étaient complètement vaccinés, 15 (11,1%) étaient partiellement vaccinés et 86 (63,2%) n'étaient pas vaccinés contre l'HVB. La couverture vaccinale anti-VHB était de 25,7%. Le reste du travail portera sur les 86 agents de santé non vaccinés. L'âge moyen était de 34,1 ± 6,1 ans avec des extrêmes de 25 et 52 ans. La sex-ratio était de 1,04 (homme : 44 ; Femmes : 42). Les mariés (n =73) représentaient 84,8% de l'effectif. Respectivement 28 (32,5%) et 46 (53,5%) avaient un niveau de vie faible et moyen par rapport au SMIG. Sur le plan

professionnel les paramédicaux étaient majoritaires (94,2%). Environ le tiers de l'effectif (30%) avait un niveau d'études universitaires. 82 (95,4%) des agents de santé non vaccinés ne connaissaient pas leur statut viral B. Les caractéristiques socio-démographiques sont résumées au niveau du tableau N°I

Raisons socioculturelles évoquées par les agents de santé non vaccinés contre l'HVB

Les raisons évoquées par les agents de santé non vaccinés étaient : le coût élevé du vaccin (38,4%), l'indisponibilité du vaccin (25,5%), la négligence (21%) et l'ignorance de l'intérêt du vaccin(n=4,6%). Par ailleurs 3,5% étaient porteurs connus de l'infection par le VHB et 7% n'avaient évoqué aucune raison. La figure N°1 résume les raisons évoquées par les agents de santé non vaccinés.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des agents de santé non vaccinés à l'HIA Parakou (n=86) en 2019

Paramètres	Effectifs	Pourcentage
Age		
20-29 ans	23	26,7%
30-39 ans	49	56,9%
40-49 ans	12	13,9%
>50ans	02	2,4%
Sexe		
Masculin	44	51,2%
Féminin	42	48,8%
Situation matrimoniale		
Célibataire	12	13,9%
Marié	73	84,8%
Veuf	01	1,5%
Divorcé	0	0
Expérience professionnelle		
0-5 ans	30	34,8%
5-10 ans	29	33,7%
>10ans	27	31,4%
Niveau d'études		
Inférieur au BAC (3ème en Tle)	60	69,8%
Supérieur au BAC	26	30,%
Catégorie		
Médecins	05	5,8%
Paramédicaux	81	94,2%
Niveau de vie par rapport au SMIG		
Faible	28	32,5%
Moyen	46	53,5%
élevé	12	14%
Connaissance statut sérologique viral B		
Oui	4	4,6%
Non	82	95,4%

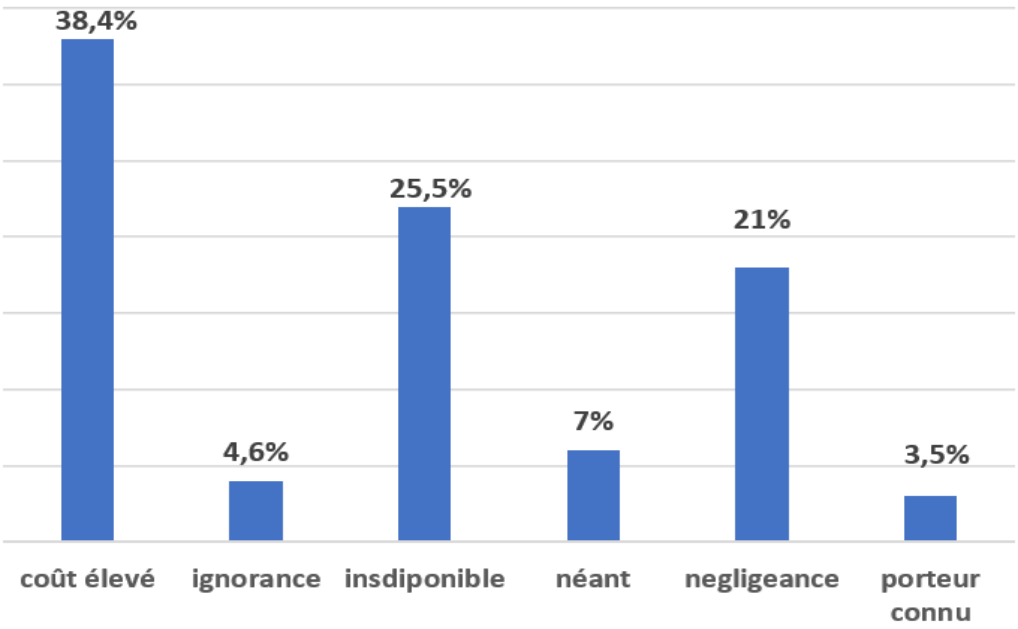

Figure 1 : raisons évoquées par les agents de santé de l'HIA de Parakou non vaccinés (n=86)

Discussion

Ce travail pilote a été réalisé pour faire l'état des lieux de la vaccination antivirale B et de répertorier les raisons de la faible couverture vaccinale antivirale B. Ensuite des interventions sont prévues pour mieux les protéger. La population d'étude est relativement jeune avec une moyenne d'âge de 34,1 ± 6,1ans (extrêmes de 23ans –52ans). Ce même constat a été fait par Dorkenoo et al au Togo [13]. Le caractère jeune de cette population s'explique par les recrutements récents dans la fonction publique afin de combler les écarts dans les différentes catégories après les départs à la retraite.

La couverture vaccinale antivirale B était de 25,7%. Les résultats retrouvés dans la plupart des pays de l'Afrique Noire varient entre 5,4% et 33,6% [10-12, 14-15]. Ce taux de couverture vaccinale antivirale B reste faible par rapport au seuil fixé dans cette étude, qui était de 50% au moins. La vaccination antivirale B n'est pas obligatoire dans cette corporation à haut risque. Aux Etats-Unis et dans les pays européens où la vaccination est obligatoire pour les professionnels de la santé, la couverture vaccinale varie entre 75% à 91,7% [16,17]. Il devient nécessaire d'imposer ce vaccin au cours de la formation médicale et avant les premiers stages en milieu hospitalier. La vérification de la carte de vaccination doit être faite par les responsables de stages académiques afin de s'assurer de l'effectivité de cette mesure. Ensuite, le contrôle de l'immunité post vaccinale doit être proposé systématiquement aux soignants complètement vaccinés.

Dans notre série ; 95,4% (n= 82) des agents de santé non vaccinés ne connaissaient pas leur statut viral B. Ce taux est supérieur à ceux observés en Côte d'Ivoire et au Cameroun qui variaient entre 76,4% et 88,8% [11,14,18]. Cette situation est préoccupante. En effet, la méconnaissance de son statut sérologique virale B ne permet pas de prendre les dispositions afin de bénéficier de la prise en charge adéquate si l'on est porteur d'une hépatopathie. De plus, il a été démontré que plus les agents de santé connaissent leur statut sérologique virale B, mieux ils se vaccinent et certains finissent par faire le contrôle de l'immunité post-vaccinale B par le dosage quantitatif de l'anticorps anti-HBs [8]. Il urge alors, d'y remédier par des séances de recyclage et par la mise en œuvre effective du plan stratégique national de lutte contre les hépatites virales au Bénin.

Les principales raisons de non vaccination antivirale B dans notre série étaient : le coût élevé du vaccin

(38,4%), l'indisponibilité du vaccin (25,5%), la négligence (21%), l'ignorance de l'intérêt du vaccin (4,6%), le portage de l'AgHBs (3,5%). Ces raisons sont réelles mais très peu documentées chez les agents de santé en Afrique noire. En Europe et aux Etats-Unis, c'est plutôt l'hésitation et la crainte des effets indésirables qui sont retrouvés [19]. Dans ces pays ce sont les raisons culturelles qui sont retrouvées. Dans notre étude, les raisons culturelles sont rares, nous retrouvons plutôt les raisons sociales. L'attitude globale des soignants non vaccinés peut être liée à la mauvaise perception de l'importance de la prévention par la vaccination et la méconnaissance des complications liées à une infection chronique virale B. Un faible niveau de la connaissance de la maladie joue un rôle déterminant dans l'absence de vaccination anti-VHB. Ce faible niveau, ne serait pas forcément lié au niveau d'études des soignants car au moins le tiers de l'effectif était universitaire. Aussi serait-il judicieux d'évoquer la crainte des effets indésirables amplifiée par l'évènement de Covid-19 qui peut être un facteur limitant. La prise de conscience des soignants, l'amélioration de la connaissance sur cette maladie par des formations continues et l'accessibilité du vaccin à un coût forfaitaire permettront de juguler ces écarts. Le vaccin existe avec une efficacité supérieure 95% ; mais sans son administration adéquate, une rupture de la chaîne de transmission n'est pas possible. Concernant la raison financière évoquée par 38,4% des agents de santé, le coût unitaire du vaccin était de 2500FCA (4,5dollars US) soit le 1/16ème du SMIG et plus de la moitié de l'effectif avait un niveau de vie moyen. Ce coût reste donc accessible si l'agent de santé a la volonté de le faire et s'il est conscient des expositions lors des soins. Il se pose également le problème de l'aptitude des soignants infectés et virémiques à administrer les soins qui n'est pas exploré dans cette étude. L'indisponibilité du vaccin évoqué par 25,5% des agents non vaccinés pourrait s'expliquer par le lieu d'administration du vaccin qui était le Centre Intégré de Prise en Charge (CIPEC) des personnes vivant avec le VIH. Cela pourrait être un facteur limitant mais la compréhension de cette difficulté a permis d'intégrer la dispensation de ce vaccin aux activités de routine de l'unité de vaccination à un coût forfaitaire de 1500 FCFA (2,72 dollars US) pour les agents de santé. Quelles que soient les raisons évoquées par les soignants ; la stratégie proposée par les états, l'obligation vaccinale du personnel de santé vis-à-vis du VHB est un des piliers des précautions standard pour prévenir la transmission en milieu de soins.

Conclusion

La couverture vaccinale antivirale B reste encore faible malgré les efforts consentis par autorités sanitaires. Les raisons sociales restent multiples. Les actions de promotion de cette vaccination tenant compte du contexte social et impliquant les soignants sont recommandées. Il convient cependant de noter qu'une nette amélioration cette couverture vaccinale antivirale B chez les professionnels de la santé est observée avec la campagne nationale de dépistage et de vaccination gratuite de 2022. Cette étude préliminaire servira de base à d'autres investigations en termes d'évaluation de l'amélioration de la couverture vaccinale, de l'immunité post vaccinale B dans les groupes à risques vaccinés...

***Correspondance**

FANOU Coffi Denis

fanoudeniscoffi@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Décembre 2025

1 : Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire de Parakou, Université de Parakou

2 : Centre Hospitalier Universitaire et Départemental du Borgou-Alibori, Université de Parakou

3 : Centre Hospitalier International de Calavi (CHIC),

Faculté des Sciences de la Santé- Université d'Abomey-Calavi (UAC)

4 : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotono, Faculté des Sciences de la Santé-Université d'Abomey-Calavi (UAC).

5 : Service d'hépato-gastroentérologie, Hôpital National de Zinder, Faculté des Sciences de la Santé de l'Université André Salifou, Zinder, Niger

6 : Service d'hépato-gastroentérologie-CHU Conakry, Faculté des Sciences Techniques de la Santé, Guinée

7 : Service d'hépato-gastroentérologie de Kara, Université de Kara

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] World Health Organization. Global hepatitis report. Geneva: WHO; 2017. 83 p.

[2] Global Burden of Disease 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;385(9963):117–71.

[3] Poland GA, Jacobson RM. Clinical practice: prevention of hepatitis B with the hepatitis B vaccine. N Engl J Med. 2004;351:2832–8.

[4] John M. Immunisation contre l'hépatite B et sérologie post-immunisation. J Can Dent Assoc. 2000;66:551–2.

[5] Launay O, Floret D. Vaccination contre l'hépatite virale B. Med Sci (Paris). 2015;31:551–8.

[6] Ministère de la Santé, République du Bénin. Guide national de prise en charge des personnes atteintes d'hépatite virale chronique B ou C. Cotonou: DNSP; 2020. 36 p.

[7] Fanou D, Sehonou J, Vinasse A, Agniwo J, Batcho J, Etekpo T, et al. Évaluation de l'état vaccinal contre l'hépatite B et portage de l'Ag HBs chez les militaires béninois en mission en Côte d'Ivoire. Pan Afr Med J. 2019;32:19.

[8] Fanou CD, Saké K, Klipkézo R, Zinsou F, Bognon T, Attinon J, et al. Évaluation de l'état vaccinal et du contrôle de l'immunité post-vaccinale contre l'hépatite B chez les agents de santé en République du Bénin. Med Sante Publique. 2022;20(1):79–93.

[9] Ziraba AK, Bwogi J, Namale A, Wainaina CW, Mayanja-Kizza H. Seroprevalence and risk factors for hepatitis B virus infection among health care workers in a tertiary hospital in Uganda. BMC Infect Dis. 2010;10:191.

[10] Ouédraogo HG, Kouanda S, Tiendrébeogo S, Konseimbo GA, Yetta CE, Tiendrébeogo E, et al. Statut vaccinal contre le virus de l'hépatite B et facteurs associés parmi le personnel de santé au Burkina Faso. Med Sante Trop. 2013;23:72–7.

[11] Fanou CD, Ouattara A, Assi C, Soro D, Allah-Kouadio E, Lohoues-Kouacou MJ. Couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B au sein du personnel d'un centre hospitalier universitaire à Abidjan. Rev Med Pharm. 2020;9(1):907–16.

[12] Dotto A, Nagu TJ, Rwegasha J, Komba E. Hepatitis B vaccination coverage among healthcare workers at a national hospital in Tanzania: how much, who and why? BMC Infect Dis. 2017;17:786.

[13] Dorkenoo AM, Kolou M, Sawadogo H, Fétéké L, Agbenu E, Issa SAR, et al. Évaluation de la protection vaccinale contre le virus de l'hépatite B chez le personnel soignant hospitalier à Lomé. Med Sante Trop. 2014;24:266–70.

[14] Bagnaka SFE, Attia KA, Okon JBA, Doffou SA, N'dri Yoman MT, Camara BM. Évaluation de l'état vaccinal contre l'hépatite virale B du personnel paramédical du CHU de Yopougon en Côte d'Ivoire. Rev Med Pharm. 2013;3(2):346–53.

[15] Ibekwe RC, Ibeziako N. Hepatitis B vaccination status among health workers in Enugu, Nigeria.

Niger J Clin Pract. 2006;9(1):7–10.

[16] Guthmann JP, Fonteneau L, Ciotti C, Bouvet E, Pellissier G, Lévy-Bruhl D, et al. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France: résultats de l'enquête nationale Vaxisoin 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(35–36):371–5.

[17] Simard EP, Miller JT, George PA, Wasley A, et al. Hepatitis B vaccination coverage levels among healthcare workers in the United States, 2002–2003. Infect Control Hosp Epidemiol. 2007;28(7):783–90.

[18] Fritzsche C, Becker F, Hemmer CJ, Riebold D, Klammt S, Hufert F, et al. Hepatitis B and C: neglected diseases among health care workers in Cameroon. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2013;107(3):158–64.

[19] Verger P, Botelho-Nevers E, Garrison A, Gagnon D, Gagneur A, Gagneux-Brunon A, Dubé E. Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review. Expert Rev Vaccines. 2022;21(7):909–27. doi:10.1080/14760584.2022.2056026.

Pour citer cet article :

CD Fanou, K Sake Alassan, R Kpossou, T Bognon, I Hamidine, M Sokpon et al. Faible couverture vaccinale antivirale B chez les agents de santé dans une zone endémique : quelles en sont les raisons socioculturelles ? Jaccr Africa 2025; 9(4):397-404

https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.008L022912