



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 14 March 2025

Accepted, 25 September 2025

Published, 14 October 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Meless, D F R et al. (2025). Connaissances, attitudes et modélisation du refus de vaccination des enfants par les usagers du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 169-179. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.11>

Research

Connaissances, attitudes et modélisation du refus de vaccination des enfants par les usagers du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19.

Knowledge, attitudes and modelling of refusal to vaccinate children by users of the Expanded Programme on Immunisation in Côte d'Ivoire during COVID-19.

Meless Djedjro Franck Renaud^{1,3*}, Yassi Léonce Olivier Assi¹, N'Dri Kouamé Mathias⁴, Attoh-Toure Harvey¹, Amin Ncho Christophe^{1,2}.

¹Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

²Département de Chimie Analytique - Bromatologie, Chimie générale, Chimie Minérale, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan

³Département Physique, Biophysique, Mathématiques, Statistiques Et Informatique, UFR des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan

⁴Département épidémiologie et santé des populations, Institut Pasteur de Côte d'Ivoire

Correspondance: email :MDFRENAUD@yahoo.com; Tel: +225 0749597587

Résumé

La pandémie de COVID-19 a profondément affecté la perception de la vaccination infantile en Côte d'Ivoire, entraînant des perturbations dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV). Cette étude vise à identifier les facteurs associés au refus de la vaccination durant cette période. Cette étude s'appuie sur une enquête descriptive et analytique menée auprès de 422 usagers du Programme Élargi de Vaccination entre le 26 avril et le 14 mai 2021 à l'Institut National d'Hygiène Publique. La population cible était constituée de parents d'enfants âgés de 0 à 11 mois, fréquentant le centre depuis au moins six mois. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire portant sur les caractéristiques sociodémographiques, les attitudes, les perceptions vis-à-vis de la COVID-19 et de la vaccination. Une analyse descriptive, complétée par une régression logistique, a été réalisée afin d'identifier les niveaux de connaissances, les attitudes et de modéliser les facteurs associés au refus de la vaccination. Les résultats révèlent que 46,68 % des parents étaient réticents à la vaccination. Des variations géographiques ont été observées : la peur générale de la vaccination prédominait à Abobo, Yopougon et Port-Bouët, tandis que la crainte d'une substitution par le vaccin COVID-19 était plus marquée à Cocody et Treichville. Six facteurs ont été identifiés comme prédictifs du refus, dont la crainte des effets secondaires ($OR_a = 3,63$) et la peur de recevoir un vaccin COVID-19 ($OR_a = 6,57$). Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la communication pour rétablir la confiance vaccinale.

Mots-clés : Programme Élargi de Vaccination, Refus vaccinal, Facteurs prédictifs

Abstract

The COVID-19 pandemic has profoundly affected perceptions of childhood vaccination in Côte d'Ivoire, leading to disruptions in the Expanded Programme on Immunisation (EPI). This study aims to identify the factors associated with vaccine refusal during this period. This study is based on a descriptive and analytical survey conducted among 422 users of the Expanded Programme on Immunisation between 26 April and 14 May 2021 at the National Institute of Public Health. The target population consisted of parents of children aged 0 to 11 months who had been attending the center for at least six months. Data were collected using a questionnaire on sociodemographic characteristics, attitudes and perceptions towards COVID-19 and vaccination. A descriptive analysis, supplemented by logistic regression, was carried out to identify levels of knowledge and attitudes and to model the factors associated with refusal of vaccination. The results reveal that 46.68% of parents were reluctant to vaccinate their children. Geographical variations were observed: general fear of vaccination was predominant in Abobo, Yopougon and Port-Bouët, while fear of substitution by the COVID-19 vaccine was more pronounced in Cocody and Treichville. Six factors were identified as predictors of refusal, including fear of side effects ($OR_a = 3.63$) and fear of receiving a COVID-19 vaccine ($OR_a = 6.57$). These results highlight the need to strengthen communication to restore confidence in vaccination.

Keywords: Expanded Programme on Immunisation, vaccine refusal, predictive factors

1. Introduction

La pandémie de COVID-19 a profondément modifié les perceptions et les comportements en matière de santé publique, y compris ceux liés à la vaccination infantile. Si la priorité des politiques de santé s'est portée sur le développement et la distribution des vaccins contre la COVID-19, cette situation a également eu des répercussions indirectes sur d'autres programmes de vaccination essentiels, notamment le Programme Élargi de Vaccination (PEV). En Côte d'Ivoire, la pandémie a engendré des perturbations dans l'accès aux soins de santé préventifs, et des préoccupations émergent quant aux conséquences de cette crise sur l'adhésion des parents à la vaccination infantile (Ndiaye et al., 2022).

La réticence à la vaccination est un phénomène complexe influencé par des facteurs individuels, sociaux et contextuels. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'hésitation vaccinale est « le retard dans l'acceptation ou le refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination » (World Health Organization, 2014). Plusieurs travaux ont montré que cette hésitation peut être exacerbée en période de crise sanitaire en raison de la circulation de désinformations, de la méfiance envers les institutions sanitaires et de l'influence des réseaux sociaux (Larson et al., 2020; Dubé et al., 2021).

En Côte d'Ivoire, les campagnes de vaccination du PEV ont historiquement rencontré une forte adhésion, mais la pandémie de COVID-19 a introduit de nouveaux déterminants susceptibles de modifier cette dynamique. Des études menées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne ont mis en évidence une corrélation entre la peur de contracter la COVID-19 lors des consultations médicales et la baisse de la couverture vaccinale infantile (Chippaux, 2023). De plus, la propagation de fausses informations sur les vaccins en général a pu avoir un impact négatif sur la confiance des parents envers le PEV (Wilson et al., 2020). Dans ce contexte post-pandémique, il est légitime de se demander quels sont les facteurs spécifiques qui ont influencé la réticence à la vaccination infantile en Côte d'Ivoire durant la période COVID-19. Plus précisément, nous nous interrogeons sur les éléments ayant conduit certains parents à refuser ou à retarder la vaccination de leurs enfants pendant cette période.

L'objectif général de cette étude est de déterminer les facteurs associés au refus de la vaccination des enfants par les usagers du Programme Élargi de Vaccination en Côte d'Ivoire durant la COVID-19.

Mots-clés : COVID-19, vaccination infantile, hésitation vaccinale, Côte d'Ivoire, Programme Élargi de Vaccination.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Population de l'étude et collecte de données

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique, menée du 26 avril au 14 mai 2021 auprès de 422 usagers du Programme Élargi de Vaccination (PEV) au sein de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP). L'échantillon a été constitué de manière exhaustive, en incluant tous les parents ou tuteurs d'enfants âgés de 0 à 11 mois fréquentant le centre depuis au moins six mois, et présents au cours de la période de l'enquête. Ce choix garantit une représentativité maximale des usagers sur cette période, tout en limitant les biais de sélection. La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré administré en face-à-face par des enquêteurs formés. Les informations recueillies portaient sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, situation matrimoniale, commune), les connaissances et attitudes vis-à-vis de la Covid-19, ainsi que les perceptions des vaccins du PEV.

2.2. Traitement et analyse des données

Une analyse descriptive a été effectuée en calculant les paramètres de position (moyenne) et de dispersion (écart-type) pour les variables quantitatives, et les fréquences pour les variables qualitatives. Ensuite, une analyse exploratoire a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés au refus de la vaccination des enfants en fonction des communes. Enfin, un modèle de régression logistique a été utilisé pour modéliser le refus de vaccination des enfants. Le modèle de régression logistique s'écrit comme suit (David Cox, 1958):

$$\text{Logip}(\text{RVENFCOVID}) = \beta_0 + \sum \beta_i X_i$$

Où :

- $P(\text{RVENFCOVID})$ représente la probabilité de refuser la vaccination des enfants,
- β_0 est l'ordonnée à l'origine (constante du modèle),
- β_i sont les coefficients de régression associés aux variables explicatives X_i ,
- Les paramètres $\widehat{\beta}_0$ $\widehat{\beta}_i$ sont obtenus par la méthode du maximum de vraisemblance.
- X_i désigne les différentes variables explicatives incluses dans le modèle (caractéristiques sociodémographiques, perceptions et attitudes vis-à-vis de la vaccination, etc.).

Les performances du modèle ont été évaluées à l'aide du test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow et du calcul de la sensibilité et de la spécificité (Hosmer et al, 1980). Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel R version 4.1.1. Les valeurs manquantes ont été traitées par **imputation multiple**, une méthode statistique robuste recommandée pour limiter les biais (Rubin, 1987)

2. 3. Considération éthique

L'étude a été conduite dans le respect des principes éthiques en vigueur. Une autorisation a été obtenue auprès des autorités compétentes avant la collecte des données. Le consentement éclairé des participants a été recueilli après une explication détaillée des objectifs de l'étude, de sa méthodologie et de l'utilisation des données. L'anonymat et la confidentialité des informations collectées ont été garantis, et les données ont été utilisées uniquement à des fins de recherche.

3. Résultats

3. 1 Profil sociodémographique des usagers du PEV, connaissances et attitudes liées à la COVID-19

L'âge moyen des usagers du PEV était de 35 ± 7 ans avec une prédominance d'âge comprise entre 19 et 49 (95,97%). Les usagers de sexe féminin étaient plus observés (67,77%). Plus de 50 % des usagers enquêtés étaient marié(e)s. La majorité des usagers du PEV provenaient de l'ensemble des communes avec une prédominance de la commune de Cocody (40,76%). La commune de Treichville enregistrait un taux d'usagers faible (9,24%) et presque identique au taux des communes de Yopougon et Koumassi (Tableau 1).

Tableau 1 : Répartition des usagers du PEV en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs (422)	Pourcentage (%)
AGE (année)		
/19-35/	224	53,08

<i>[35- 49[</i>	181	42,89
<i>[49-64[</i>	9	2,13
<i>[64-78[</i>	8	1,895
SEXÉ		
<i>Masculin</i>	136	32,23
<i>Féminin</i>	286	67,77
Situation Matrimoniale		
<i>Célibataire</i>	60	14,22
<i>concubinage</i>	95	22,51
<i>Divorcé</i>	1	0,24
<i>Marié Monogamie</i>	248	58,77
<i>Marié Polygamie</i>	18	4,27
Résidence		
<i>Cocody</i>	172	40,76
<i>Marcoré</i>	64	15,17
<i>Koumassi</i>	42	9,95
<i>Treichville</i>	39	9,24
<i>Yopougon</i>	38	9
<i>Bingerville</i>	17	4,03
<i>Port Bouet</i>	17	4,03
<i>Abobo</i>	10	2,37
<i>Adjamé</i>	7	1,66
<i>Plateau</i>	5	1,18
<i>Autres</i>	11	2,61
Niveau d'instruction		
<i>Ecole franco-arabe</i>	10	2,4
<i>Jamais fréquenté</i>	18	4,3
<i>Primaire</i>	18	4,3
<i>Secondaire</i>	116	27,5
<i>Supérieur</i>	260	61,5

La quasi-totalité des usagers interrogés (99,5 %) déclaraient connaître la Covid-19, parmi lesquels 67,85 % étaient des femmes. Une association statistiquement significative a été observée entre la profession des répondants et leur niveau de connaissance de la Covid-19 ($p = 0,014$). Par ailleurs, la majorité des usagers fréquentant la structure présentaient un niveau d'instruction élevé, avec une prédominance des résidents de la commune de Cocody (40,8 %), suivis de ceux de Marcoré (15,2 %). Les symptômes connus des enquêtés étaient la fièvre, les

courbatures, la toux, les difficultés respiratoires, et la diarrhée. La plupart des participants (98,81%) ont cité deux des symptômes, 95,21% en ont cité trois, et 0,004% en ont cité six. Les symptômes individuels les plus connus des usagers étaient les difficultés respiratoires (96,68%), suivie de la toux (93,6%), puis la fièvre (89,09%) et les céphalées (86,49%). Les participants résidant dans la commune de Cocody enregistraient un plus grand niveau de connaissance des symptômes de la Covid19 par rapport aux autres communes. Les principaux modes de transmission énumérés étaient la dispersion de gouttelettes par la toux et l'éternuement dans (98,10%) des cas suivis de la transmission manuportée (93,36%). D'autres modes de transmission non impliqués ont été cités comme le fait de partager le même repas (9%) et l'utilisation d'objets souillés (4,74%). Quant à l'existence des moyens pour éviter d'être contaminé par la maladie, les usagers affirmaient à 57,35% qu'il en existe et que les meilleurs étaient « utiliser un gel hydroalcoolique (97,16%) », « porter un cache nez (95,26%) » et « le lavage des mains (91,95%) ». Quant à la distanciation sociale de 1 m, la moitié soit 50% des personnes interrogées ont affirmé qu'elle est un moyen pour éviter la maladie. En ce qui concerne l'isolement ou le confinement ou encore rester chez soi et ne sortir que pour le nécessaire, seulement 31,28% des enquêtés l'on trouvé comme moyen efficace pour éviter la covid-19. (Tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des usagers selon leur connaissance et attitude sur la Covid 19

Variables	Effectifs (422)	Pourcentage (%)
Connaissance de la covid-19		
Oui	420	99,53
Non	2	0,47
Connaissance des symptômes		
Céphalées	365	86,49
Courbatures	286	67,77
Diarrhées	21	4,97
Toux	395	93,6
Difficultés respiratoires	408	96,68
Fièvre	376	89,09
Nombre de symptôme connus		
2 des symptômes	417	98,81
3 des symptômes	402	95,21
4 des symptômes	347	82,22
5 des symptômes	244	57,81
6 des symptômes	2	0,004
Connaissance des modes de transmission		
Gouttelettes	414	98,10
Mains	394	93,36
Partager le même repas	38	9
Objets souillées	20	4,74

Moyen de prévention

<i>Masques</i>	402	95,26
<i>Gel hydro alcoolique</i>	410	97,16
<i>Lavage des mains</i>	388	91,94
<i>Distanciation</i>	211	50
<i>Rester chez soi</i>	132	31,28

3. 2 Analyse exploratoire des facteurs associés au refus vaccinal infantile en contexte de COVID-19 selon les communes d'Abidjan

Notre étude a montré qu'une proportion de 46,68% des usagers enquêtés refusait la vaccination en général de leur progéniture. L'analyse des correspondances multiples montre que les principales causes du refus de la vaccination de leurs enfants pour les parents en provenance des communes de Port Bouët, Plateau, Yopougon, Abobo, Adjame, Marcory sont la peur de contracter la Covid 19 (PCONTRAMA) , également des rumeurs sur les vaccins administrés dans le PEV que sont : le vaccin rend l'enfant malade (RENFANMAL), le vaccin a des effets secondaires graves (EFSEGRAV) et est peu efficace (P_EFFICACE). Pour ceux en provenance des communes de Cocody, Treichville, Koumassi et Bingerville les causes de refus sont la peur qu'ils reçoivent le vaccin de la Covid 19 (PRECEVACC) et des rumeurs sur la non-efficacité des vaccins administrés au PEV.

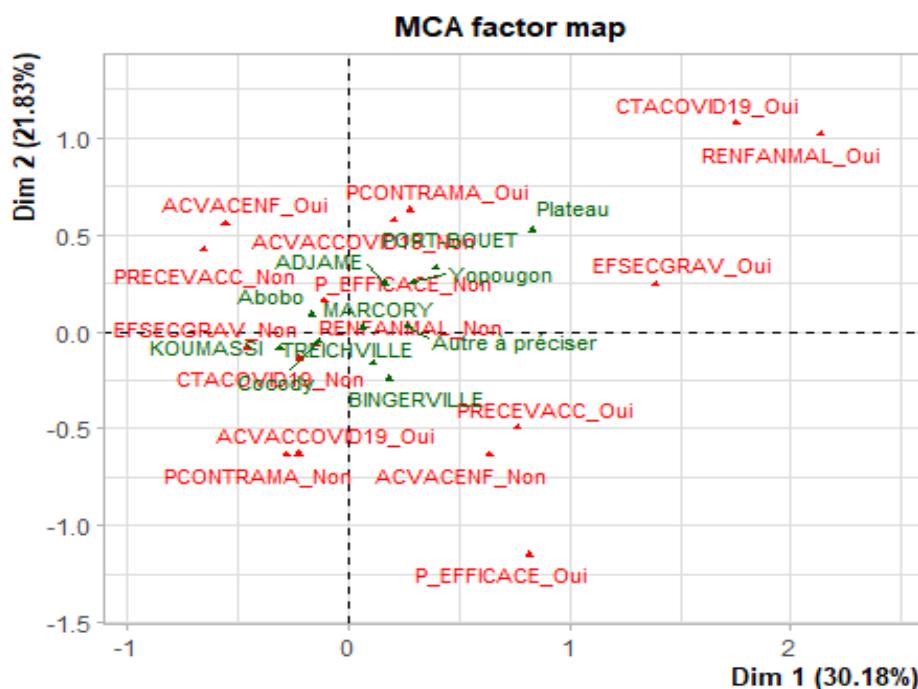


Figure 1 : Analyse des correspondances multiples des facteurs associés au refus de faire vacciner les enfants pendant la période de covid-19

3.3 Facteurs prédictifs du refus vaccinal : résultats de la régression logistique multivariée

Afin de mieux comprendre les déterminants du refus de faire vacciner les enfants, une modélisation a été réalisée à l'aide de la régression logistique multivariée. Le modèle s'exprime selon la formule suivante :

$$\text{Logip(RVENFCOVID)} = -5,92 + 7,80 \text{PRECEVACC} - 1,14 \text{CATEGEVUL} - 1,05 \text{PCONTRAM} + 1,29 \text{EFSEGRAV} - 1,27 \text{RENFMAL} + 1,63 \text{MT} + 3,03 \text{CCOV} + 0,53 \text{SEX} + 0,71 \text{P_EFF} + 0,62 \text{CCOV}$$

Le critère d'Akaike a permis d'identifier six facteurs significativement associés au refus de la vaccination des enfants. Ce refus est plus fréquent chez les parents présentant les caractéristiques suivantes (Tableau 3) :

- Une peur de recevoir le vaccin contre la Covid-19 ($\text{OR}_{\text{A}}=6,57$),
- Une connaissance de la Covid-19 ($\text{OR}_{\text{A}}=7,75$),
- Une appartenance à une catégorie d'âge plus vulnérable ($\text{OR}_{\text{A}}=0,32$),
- Une crainte de contracter la maladie ($\text{OR}_{\text{A}}=0,35$).

Par ailleurs, certaines rumeurs sur les vaccins du PEV influencent également le refus de vaccination, notamment :

- La crainte d'effets secondaires graves liés aux vaccins du PEV ($\text{OR}_{\text{A}}=3,63$),
- L'association entre la vaccination et l'apparition de maladies chez l'enfant ($\text{OR}_{\text{A}}=0,28$).

Le test d'adéquation de Hosmer-Lemeshow confirme la validité du modèle avec une valeur de $p=0,84$, indiquant une bonne correspondance entre les données observées et les valeurs prédites. La sensibilité du modèle est estimée à 80,27 %, tandis que sa spécificité atteint 88,44 %.

Tableau 3 : sortie du modèle de régression

	$\hat{\beta}$	p-valeur	$\text{OR}_{\text{A}}(\text{IC})$
Intercept	-5,93	0,001	0,0026[0,0005; 0,12]
Pas peur d'être contaminé (OUI)	-1,05	0,0006	0,35[0,19 ; 0,63]
Se dire qu'il y'a une catégorie d'âge plus vulnérable (OUI)	-1,15	< 0,001	0,32[0,18 ; 0,55]
Maladie est-elle mortelle (OUI)	1,63	0,072	5,10[0,97 ; 34,20]
A peur de recevoir le vaccin (OUI)	2,81	< 0,001	6,57 [3,01 ; 20,83]
Effets secondaires graves (OUI)	1,29	0,0005	3,63[1,78 ; 7,63]
Rend l'enfant malade (Non)	-1,27	0,019	0,28[0,09 ; 0,81]
Connaissance de la Covid 19 (OUI)	3,03	0,005	7,75 [5 ; 17]
Sexe masculin	,53	0,07	1,7[0,94 ; 3,09]
Vaccin peu efficace (OUI)	,71	0,14	2,04[0,8 ; 5,45]
Crainte de la Covid (OUI)	0,62	0,16	1,85[0,8 ; 4,60]

4. DISCUSSION

1. Résultats majeurs

Cette étude a mis en évidence un taux élevé de réticence à la vaccination des enfants (46,68 %) parmi les usagers du Programme Élargi de Vaccination (PEV) à Abidjan durant la période COVID-19. L'analyse des correspondances multiples (ACM) a révélé que les principales raisons du refus vaccinal varient selon les communes, mais sont principalement liées à la peur d'être contaminée par la COVID-19, à la désinformation sur les vaccins du PEV, et aux croyances sur les effets secondaires graves des vaccins. La régression logistique a permis d'identifier six facteurs significativement associés au refus de la vaccination, notamment la

crainte de recevoir un vaccin COVID-19 ($OR_a = 6,57 ; p < 0,001$) et la connaissance de la COVID-19 ($OR_a = 7,75 ; p = 0,005$), qui, paradoxalement, accroît la probabilité de refuser la vaccination.

2. Interprétation des résultats et comparaison internationale

Ces résultats suggèrent que la pandémie de COVID-19 a engendré une véritable crise de confiance vis-à-vis des vaccins en général, y compris ceux administrés dans le cadre du Programme Élargi de Vaccination (PEV). La peur d'une contamination par la vaccination reflète une perception erronée du risque, largement amplifiée par les rumeurs et la désinformation. Ce phénomène s'illustre notamment par le lien paradoxal entre la connaissance déclarée de la COVID-19 et une plus grande réticence vaccinale. Une telle association peut s'expliquer par une exposition accrue à des contenus non vérifiés, souvent diffusés via les réseaux sociaux ou les médias non scientifiques. Dans ce contexte, la connaissance factuelle ne garantit pas nécessairement l'adhésion comportementale, surtout lorsque celle-ci est médiée par des croyances subjectives, des peurs irrationnelles ou des pressions sociales.

Par ailleurs, la surinformation et la confrontation à des messages contradictoires, phénomène fréquemment observé dans l'écosystème numérique actuel peuvent générer un sentiment de confusion et de méfiance, plutôt que renforcer la confiance. Ce constat rejoint les travaux de Larson et al. (2014) ainsi que de Sallam et al. (2021), qui ont mis en évidence le rôle central de l'ambiguïté informationnelle dans l'émergence de la défiance vaccinale (Larson et al., 2014 ; Sallam et al., 2021).

Nos résultats s'inscrivent ainsi dans la lignée d'études menées dans d'autres pays du Sud. En Afrique du Sud, Cooper et al. (2021) ont souligné que la peur des effets secondaires et la méfiance envers les institutions représentaient les principales causes de refus vaccinal (Cooper et al., 2021). En République Démocratique du Congo, Ditekemena et al. (2021) ont également mis en lumière l'impact des rumeurs et des craintes post-vaccinales dans l'hésitation à se faire vacciner (Ditekemena et al., 2021).

3. Spécificités locales ivoiriennes

Cependant, un facteur spécifique émerge dans le contexte ivoirien : la peur que des vaccins COVID-19 soient administrés à la place des vaccins traditionnels du PEV. Cette crainte, moins documentée ailleurs, pourrait refléter une faible transparence perçue dans les campagnes de vaccination. Au Nigéria, Olanipekum et al. (2022) ont noté que l'introduction rapide des vaccins COVID-19 avait exacerbé les soupçons envers la vaccination en général, phénomène potentiellement transposable au contexte ivoirien (Olanipekum et al, 2022). Au-delà de cette méfiance liée à la COVID-19, plusieurs éléments socio-culturels propres à la Côte d'Ivoire méritent une attention particulière tant ils influencent les attitudes vaccinales. Le rôle central des leaders religieux, figures d'autorité très respectées dans les communautés, constitue un levier important : leur soutien ou leur opposition à la vaccination peut profondément orienter les décisions individuelles ou collectives. À cela s'ajoutent les croyances traditionnelles et les pratiques culturelles ancestrales en matière de santé, qui peuvent entrer en contradiction avec les messages de la médecine moderne, nourrissant ainsi des doutes, voire un rejet de la vaccination. Enfin, les réseaux communautaires et sociaux jouent également un rôle décisif dans la circulation des discours sur les vaccins : les dynamiques d'entraide, les échanges informels et la propagation de rumeurs au sein des groupes de proximité influencent fortement la perception du risque et la décision vaccinale.

4. Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites : sa réalisation sur un seul site limite la généralisation des résultats à l'ensemble du pays. L'utilisation de données déclaratives expose à un biais

d'autoprésentation. L'absence d'approche qualitative empêche d'approfondir la compréhension des représentations sociales autour des vaccins. Une étude nationale, appuyée sur une méthodologie mixte, permettrait d'élargir et de nuancer les conclusions présentées ici.

5. Implications pour les politiques publiques

Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de renforcer les stratégies de communication, en ciblant spécifiquement les rumeurs et les peurs identifiées. Une communication différenciée par commune, s'appuyant sur les réalités locales et les acteurs communautaires (associations, chefs religieux), devrait être privilégiée. La formation continue des professionnels de santé est également essentielle pour renforcer leur rôle dans la lutte contre les hésitations vaccinales.

6. Perspectives de recherche

Plusieurs pistes de recherche méritent d'être explorées afin d'affiner la compréhension du phénomène du refus vaccinal. Il conviendrait d'abord d'évaluer l'impact des campagnes de communication menées après la pandémie de COVID-19 sur la confiance accordée aux vaccins. Parallèlement, l'étude des facteurs socio-économiques et culturels propres à chaque région pourrait permettre de mieux cerner les disparités d'adhésion vaccinale sur le territoire. Il serait également pertinent de comparer les niveaux de réticence entre différents groupes socio-professionnels, afin d'identifier les populations les plus vulnérables à la désinformation ou à la méfiance. Enfin, l'intégration d'approches qualitatives, telles que les entretiens ou "focus groups", s'avère essentielle pour explorer en profondeur les croyances, les représentations et les peurs sous-jacentes au refus vaccinal. Une telle structuration des recherches et des interventions futures permettrait d'élaborer des politiques vaccinales plus robustes, fondées sur une compréhension fine des réalités sociales et des déterminants comportementaux.

5. Conclusion

Les résultats de cette étude indiquent que la majorité des usagers ont une bonne connaissance de la COVID-19 et adoptent généralement des attitudes favorables. Toutefois, plusieurs facteurs restent associés au refus de la vaccination des enfants, notamment la peur de la contamination ou des effets secondaires, la perception d'une vulnérabilité accrue selon l'âge et les rumeurs entourant les vaccins du PEV. La pandémie a ainsi fragilisé les activités de vaccination en générant une psychose collective, influençant la perception de la vaccination. Cette étude présente cependant certaines limites : elle a été conduite sur un seul site, limitant la généralisation des résultats, repose sur des données déclaratives et n'inclut pas d'approche qualitative, ce qui restreint l'analyse des représentations sociales. En s'appuyant sur ces constats, il apparaît essentiel que les pouvoirs publics développent des stratégies de communication ciblées, adaptées aux réalités socioculturelles locales, et impliquant les acteurs communautaires, afin de restaurer la confiance et augmenter la fréquentation des structures sanitaires, même en contexte de crise. Une étude complémentaire, mobilisant une méthodologie mixte à l'échelle nationale, permettrait d'approfondir la compréhension des déterminants du refus vaccinal et de guider plus efficacement les interventions futures.

Remerciements

Les auteurs sont reconnaissants à l'égard des parents des enfants, des responsables de l'INHP à participer à la réalisation de cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Références

- Chippaux JP. (2023). Impact de la COVID-19 sur la santé publique en Afrique subsaharienne, .Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.2023;207:150-164. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407922003697//doi.org/10.1016/j.banm.2022.10.015>).
- Cooper S, van Rooyen H, Wiysonge CS. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: how can we maximize uptake of COVID-19 vaccines? *Expert Rev Vaccines*. 2021;20(8):921-933. <https://doi.org/10.1080/14760584.2021.1949291>
- Cox DR. (1958). *The regression analysis of binary sequences*. Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological), 20(2), 215–242.
- Ditekemena JD, Nkamba DM, Mutwadi A, Mavoko MH, Fodjo JNS, Luhata C, Michael, Colebunders R .(2021). COVID-19 vaccine acceptance in the Democratic Republic of Congo: a cross-sectional survey. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2):153. <https://doi.org/10.3390/vaccines9020153>
- Dubé E, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. (2021). Vaccine hesitancy, acceptance, and anti-vaccination: trends and future prospects for public health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:175-91. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102240>
- Hosmer DW, Lemeshow S. (1980). *Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model*. Communications in Statistics - Theory and Methods, 9(10), 1043–1069.
- Larson HJ, Hartigan-Go K, de Figueiredo A. (2020). Vaccine hesitancy: origins, trends, and pathways forward. *Hum Vaccin Immunother*. 2020;16(12):2584-94.
- Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 2014;32(19):2150-2159. DOI : [10.1016/j.vaccine.2014.01.081](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081)
- Ndiaye P, Dia AT, Hanon S, Tal-Dia A. (2022). Impact de la pandémie COVID-19 sur les programmes de vaccination en Afrique de l'Ouest : état des lieux et perspectives. *Rev Afr Santé Publique*. 2022;19(3):45-58.
- Olanipekun T, Olusanya J, Oluwaranti A. (2022). Hesitancy towards childhood immunization in Nigeria: a review of the literature and policy recommendations. *BMC Public Health*. 2022;22:1176.
- Rubin DB, (1987). *Multiple Imputation for Nonresponse in Surveys*. New York: John Wiley & Sons.
- Sallam M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(2):160.
- Wilson SL, Wiysonge C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*. 2020;5(10):e004206.
- World Health Organization (2014). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. November 2014

© 2025 MELESS, Licensee Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.