



LARTES-IFAN

Comité Consultatif pour
la Vaccination au
Sénégal (CCVS)

L'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 au Sénégal

Pr Abdou Salam Fall
Dr Soufianou Moussa
Mame Ouleye Tooli Fall
Ndèye Sokhna Cissé
Dr Rokhaya Cissé
Ibrahima Lèye
Mamadou Chérif Diallo

Avec le soutien de



► Les auteurs

Cette étude a été menée par le Laboratoire de recherche sur les transformations Économiques et Sociales de l'Institut Fondamental d'Afrique Noire (IFAN) de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar (UCAD). Les principaux chercheurs l'ayant conduite sont :

Pr Abdou Salam Fall, Socio-anthropologue

Dr Soufianou Moussa, Démographe/Économètre

Mame Ouleye Tooli Fall, Économiste

Ndèye Sokhna Cissé, Économiste

Dr Rokhaya Cissé, Sociologue

Ibrahima Lèye, Spécialiste en communication

Mamadou Chérif Diallo, Économiste

Sommaire

Résumé exécutif.....	6
Introduction	7
I. Méthodologie	8
II. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtés.....	16
III. Résultats du volet « communauté ».....	24
IV. Résultats du volet professionnel·le·s de santé.....	59
V - Conclusion générale.....	104
VI – Références bibliographiques	108
Annexes	110
Annexe 1 : Profil des enquêtés du volet qualitatif	111
Annexe 2 : Outils de collecte de données	115

Liste des tableaux

Tableau 1: Détermination de la taille minimale.....	9
Tableau 2: Répartition de l'échantillon par région suivant le poids démographique des régions.....	10
Tableau 3: Échantillonnage pour les groupes cibles spécifiques.....	10
Tableau 4: Distribution des enquêtés par catégorie socio-sanitaire.....	16
Tableau 5: Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par région (%).....	19
Tableau 6: Répartition des hommes enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par niveau d'instruction (%).....	19
Tableau 7: Répartition des femmes enquêtées par catégorie socio-sanitaire par niveau d'instruction (%).....	20
Tableau 8: Répartition des professionnel·le·s de santé selon le sexe et la classe d'âge.....	21
Tableau 9: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur fonction.....	24
Tableau 10: Résultat du modèle explicatif du volet « communauté ».....	55
Tableau 10: Distribution des professionnel·le·s de santé selon leur avis sur la dangerosité de la COVID-19.....	59
Tableau 11 : Vaccination des professionnel·le·s de santé.....	70
Tableau 12: Distribution des PS selon leur observation d'effets secondaires.....	72
Tableau 13: Retard/renoncement de vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité.....	77
Tableau 14: Retard/renoncement de vaccination à cause de l'inaccessibilité.....	78
Tableau 15: Distribution des personnels de santé selon leur implication dans la vaccination.....	86
Tableau 17: Résultat du modèle explicatif du volet « Professionnel de santé ».....	99

Liste des graphiques/figures

Graphique 1: Caractéristiques la communication autour de la COVID-19.....	83
Graphique 2: Répartition des interviewés par niveau d'instruction en (%).....	111
Graphique 3: Répartition des interviewés par sexe et par type d'acteur.....	111
Graphique 4: Répartition des interviewés par tranche d'âge.....	112
Graphique 5: Répartition des interviewés par tranche d'âge et par type d'acteur.....	112
Graphique 6: Répartition des interviewés par âge et par sexe.....	113
Graphique 7: Répartition des interviewés par région.....	114
Figure 1: Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par sexe (%).....	17
Figure 2: Répartition des enquêtés par classe d'âge et par catégorie socio-sanitaire (%).....	20
Figure 3: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur région de résidence (%).....	21
Figure 4: Répartition des professionnel·le·s de santé par sexe et le secteur d'activité (%).....	22
Figure 5: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel (%).....	22
Figure 6: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel et leur sexe (%).....	23
Figure 7: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur niveau d'instruction et leur sexe (%).....	23
Figure 8: Dangerosité de la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%).....	26
Figure 9: Dangerosité de la COVID-19 par sexe (%).....	27
Figure 10: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 selon le statut socio-sanitaire - QCM (%).....	28
Figure 11: Raisons de la non dangerosité de la COVID-19 selon le statut socio-sanitaire (%).....	29
Figure 12: Raisons de la non dangerosité de la COVI-19 selon le sexe (%).....	29
Figure 13: Risque d'être infecté par la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%).....	31
Figure 14: Connaissance des signes de la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%).....	31
Figure 15: Niveau de confiance aux vaccins contre la COVID-19 (%).....	34
Figure 16: Niveau de confiance aux vaccins en fonction de la dangerosité de la COVID-19 (%).....	35
Figure 17: Raisons de se vacciner (%).....	36
Figure 18: Raisons de refus de se faire vacciner (%).....	37
Figure 19: Proportion des personnes ayant eu des effets secondaires après la vaccination.....	38
Figure 20: Effets secondaires par catégories socio-sanitaires.....	38
Figure 21: Niveau d'agrément avec certaines expressions.....	38
Figure 22: Source de la maladie selon la catégorie socio-sanitaire (%).....	40
Figure 23: La fiabilité des sources d'information sur la COVID-19 selon l'âge (%).....	46
Figure 24: Proportion d'enquêtés ayant vécu des effets secondaires suite à la vaccination par catégorie socio-sanitaire (%).....	48
Figure 25: Types d'effets secondaires après la vaccination par catégorie socio-sanitaire-QCM (%).....	49
Figure 26: Profil des communautés par rapport à la confiance aux vaccins.....	56
Figure 27: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme telle (%).....	60

Figure 28: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 des professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme tel selon leur statut socioprofessionnel (%).....	61
Figure 29 : Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme telle (%).....	62
Figure 30: Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme telle suivant le statut socioprofessionnel (%).....	63
Figure 31: Signes de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé-QCM (%).....	63
Figure 32: Avis des professionnel·le·s de santé sur l'origine de la COVID-19-QCM (%).....	64
Figure 33: Avis des professionnel·le·s de santé sur la COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel(%).....	64
Figure 34: Avis sur l'introduction des vaccins anti COVID-19 au Sénégal (%).....	65
Figure 35: Avis sur l'introduction des vaccins anti COVID-19 selon le statut socioprofessionnel (%).....	65
Figure 36: Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19.....	66
Figure 37: Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel.....	66
Figure 38: Distribution des professionnel·le·s de santé selon leur avis sur l'utilité des vaccins (%).....	67
Figure 39: Distribution des professionnel·le·s de santé selon leur avis sur l'utilité des vaccins et leur statut socioprofessionnel (%).....	68
Figure 40: Raisons de l'utilité des vaccins anti-COVID-19 -QCM (%).....	68
Figure 41: Raisons de la non-utilité des vaccins anti-COVID-19-QCM (%).....	69
Figure 42: Vaccination des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel.....	70
Figure 43: Types d'effets secondaires observés-QCM (%).....	72
Figure 44: Raisons de non vaccination des professionnel·le·s de santé (non vacciné/es) -QCM (%).....	73
Figure 45: Intention des professionnel·le·s de santé de se vacciner (%).....	75
Figure 46: Raisons de refus vaccinal des PS (non vaccinés/es) n'ayant aucune intention de se vacciner (%).....	76
Figure 47: Avis sur le processus de développement/production des vaccins (%).....	79
Figure 48: Avis sur le processus de développement/production des vaccins selon leur statut socioprofessionnel (%).....	79
Figure 49: Facteurs favorisant l'adhésion de tous à la vaccination anti-COVID-19-QCM (%).....	80
Figure 50:Obstacles affectant la vaccination anti-COVID-19 (%).....	82
Figure 51: Avis sur l'accessibilité des vaccins (%).....	85
Figure 52: Avis sur l'accessibilité des vaccins selon leur statut socioprofessionnel (%).....	85
Figure 53: Implication des professionnel·le·s de santé dans la vaccination selon le statut socioprofessionnel (%).....	86
Figure 54: Appréciation des professionnel·le·s de santé sur les pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination (%).....	88
Figure 55: Appréciation des professionnel·le·s de santé sur l'efficacité de la stratégie vaccinale selon leur statut socioprofessionnel (%).....	89
Figure 56: Réactions les plus notées par rapport à la 1ère ou à l'unique dose- QCM (%).....	90
Figure 57: Effets secondaires les plus observés à la suite de la vaccination-QCM (%).....	90
Figure 58: Réactions des professionnel·le·s de santé face aux rumeurs ou cas médiatisés (%).....	91
Figure 59: Réactions des professionnel·le·s de santé face aux rumeurs ou cas médiatisés selon leur statut socioprofessionnel (%).....	92
Figure 60: Comportement des professionnel·le·s de santé face aux MAPI (%).....	93
Figure 61: Canal d'accès à l'information sur la COVID-19 (%).....	94
Figure 62: Principal canal d'information des professionnels de santé selon le statut socioprofessionnel (%).....	95
Figure 63: Actions menées pour inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner-QCM (%).....	96
Figure 64: Confiance accordée aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19 (%).....	98
Figure 65: Confiance accordée aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel (%).....	98
Figure 66: Profil des professionnels de santé par rapport à la confiance aux vaccins.....	101

Liste des schémas

Schéma 1 : Analyse des connaissances sur la COVID-19.....	25
Schéma 2: Les rumeurs sur la COVID-19 et les vaccins.....	39
Schéma 3 : Analyse des types de vaccins choisis.....	44
Schéma 4 : Analyse des sources d'informations.....	46
Schéma 5 : Les personnes influentes.....	47
Schéma 6: Analyse des effets secondaires.....	49
Schéma 7 : Les mesures barrières contre la COVID-19.....	51

Liste des sigles et abréviations

ANSD	Agence Nationale de Démographie et de la Statistique
CNERS	Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
ICP	Infirmier Chef de Poste
IFAN-UCAD	Institut Fondamental d'Afrique Noire-Université Cheikh Anta Diop
LARTES	Laboratoire de recherche sur les Transformations Économiques et Sociales
MAPI	Manifestations Post-vaccinales Indésirables
MSAS	Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

Résumé exécutif

Ce livre étudie les déterminants de l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 au Sénégal. Il cherche à identifier les perceptions des communautés et des personnels de santé liées à la COVID-19 et aux vaccins anti COVID-19 ; à déterminer les facteurs favorisant ou freinant la vaccination ainsi que les points de vue opposés aux vaccins ainsi que le profil de leurs porteurs.

Les données collectées auprès d'un échantillon représentatif au niveau national de 4307 personnes révèlent une appréhension des effets secondaires qui accentue l'hésitation des populations face aux vaccins. Cette situation reste plus marquée chez les personnes ayant eu la maladie, vécue avec une victime de la COVID-19 ou vivant avec une personne ayant manifesté des effets secondaires à la suite d'un vaccin contre la COVID-19. L'hésitation, voire le refus vaccinal, est soutenue par des insuffisances au niveau du contenu des messages, une faible atteinte des populations à travers les stratégies utilisées et surtout par les divergences dans les interventions des professionnels sur les vaccins contre la COVID-19. L'hésitation vaccinale est renforcée également par le sentiment de peur suscité par les vaccins au niveau des communautés.

En outre, les doutes sur la sécurité du vaccin constituent la raison principale du refus de se faire vacciner. Par ailleurs, les rumeurs sur la prétendue dangerosité des vaccins entravent l'acceptabilité. Il est noté une prégnance des rumeurs inhérentes aux fausses informations, les polémiques et les préjugés défavorables entretenus via les réseaux sociaux et les plateformes digitales. Inversement, l'utilité des vaccins est principalement perçue à travers deux angles : (1) un retour rapide à la vie sociale normale et (2) le faible risque de développer des complications graves suite à la contamination.

Dès lors, il convient d'investir les médias sociaux et les plateformes digitales par l'expression d'une pédagogie des scientifiques afin de déconstruire les préjugés transmis, les informations fabriquées pour nuire. Il est nécessaire de favoriser un rapprochement des services de vaccination des lieux populaires (stratégies avancées) et d'accentuer la mobilisation des relais communautaires et *bajenu gox* (*médiatrices de quartier*) pour une vaccination massive.

Introduction

La pandémie de la COVID-19 a profondément bouleversé les dynamiques mondiales notamment ses changements inattendus ont entraîné la propagation de messages discordants un peu partout dans le monde. Le Sénégal malgré son expérience des vaccinations lors des campagnes précédentes a constaté des avis divergents diffusés dans la presse et les réseaux sociaux qui biaisent l'acceptabilité des vaccins mis à disposition par les pouvoirs publics. La rapidité de la conception et de la mise au point des vaccins semblent semer le doute sur l'efficacité et l'innocuité des nouveaux vaccins contre la COVID-19. La scientificité des procédés et/ou l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ont été remises en cause par des théories complotistes largement diffusées. Cette situation renforce des réactions de méfiance et de défiance y compris de la part de certains professionnels de santé.

Considérant ce défi de réceptivité de la vaccination, le Comité Consultatif pour la Vaccination au Sénégal (CCVS) a recommandé au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale la réalisation d'une étude sur l'acceptabilité des vaccins anti-COVID19. Cette recommandation a été également reprise par l'Atelier RIA (Revue Inter-Action) sur la vaccination tenue les 7 et 8 juillet 2021 à Saly sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

C'est dans ce cadre que le Laboratoire de Recherche sur les Transformations Économiques et Sociales (LARTES-IFAN) mène, en collaboration avec le Comité Consultatif pour la Vaccination au Sénégal (CCVS) et avec le soutien de l'UNICEF, une étude sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 au Sénégal. Cette étude vise à évaluer les déterminants de l'acceptabilité des vaccins et de déterminer les conditions optimales de la vaccination contre la COVID-19.

Le contexte de remise de cette étude est marqué par un taux de vaccination en deçà des attentes du ministère de la santé et de l'action sociale car le nombre total de vaccinés est 1 457 064 soit 15,9 7% pour la 1^{ère} dose et de 1 040 138 soit 11,39 % pour la 2^{ème} dose (complètement vaccinés) à la date du 17 mars 2022.

A cette même date, 85 818 cas ont été déclarés positifs à la COVID-19 dont 83 810 guéris, 1 964 décédés, et donc 43 sous traitement (Source : Direction de la Prévention, Ministère de la santé et de l'action sociale du Sénégal).

Ce document présente de façon précise la méthodologie globale ainsi que les principaux résultats de cette étude. Dans la première partie, la méthodologie est présentée afin de mieux saisir l'organisation et les différentes étapes de l'enquête. Dans la seconde partie les principaux résultats sont présentés en l'occurrence, les caractéristiques socio-démographiques, les connaissances sur la pandémie et les vaccins. Les perceptions

sur la pandémie et les vaccins, le vécu des individus en rapport avec la pandémie et l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19.

I. Méthodologie

L'étude a porté sur trois sous thématiques principales : les perceptions sur la pandémie, la vaccination et sur les vaccins contre la COVID-19 ; l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 en explorant à la fois les facteurs favorisant l'adhésion ainsi que les freins à la prévention à travers la vaccination. La recherche a combiné une double approche mixte : qualitative et quantitative. Le contexte de la COVID-19 imposant le respect des mesures barrières, l'enquête a été réalisée au téléphone après un tirage aléatoire des numéros de téléphone mobile. Elle s'est déroulée dans les 14 régions du Sénégal entre septembre et novembre 2021 par 44 enquêteurs dont 24 pour le volet quantitatif et 20 pour le volet qualitatif. La collecte de données a été supervisée par une équipe pluridisciplinaire de 10 chercheurs.

1.1. Les cibles de la recherche

Les cibles de l'étude correspondent aux groupes sociaux clés définis dans la stratégie vaccinale au plan national. Il s'agit plus précisément des :

- Personnes âgées de 18 ans ou plus ;
- Personnels de santé ;
- Personnes âgées de plus de 60 ans ;
- Personnes âgées de 18 ans ou plus vivant avec des comorbidités (tension, diabète, asthme, etc.).

1.2. Échantillonnage

Pour répondre à l'approche mixte quantitatif-qualitatif deux catégories d'échantillon ont été constitués. Le premier, associé au volet quantitatif, a été déterminé sur la base de la représentativité statistique. Le second, associé au volet qualitatif, répond à un choix raisonné avec comme seuil la saturation.

1.2.1. Échantillonnage du volet quantitatif

Pour le volet quantitatif, l'échantillon est composé de quatre sous-échantillons représentatifs des quatre cibles de l'étude :

- Un échantillon représentatif des personnes âgées de 18 ans ou plus ;
- Un échantillon représentatif des professionnels de santé ;
- Un échantillon représentatif des personnes âgées de 60 ans ou plus ;
- Un échantillon représentatif des personnes âgées de 18 ans ou plus vivant avec des comorbidités.

Le premier volet (les personnes de 18 ans ou plus) suit un processus d'échantillonnage spécifique et les trois autres obéiront à une même approche.

1.2.1.1. Échantillonnage de la population âgée de 18 ans ou plus

A partir de la base de sondage constitué de l'ensemble des personnes âgées de 18 ans ou plus selon les dernières estimations de l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD), la taille minimale de l'échantillon représentatif au plan national est déterminée par sexe (hommes et femmes) et « statut d'instruction » (Instruits et Non instruits) suivant la formule consacrée (Cochran, 1977) dans chacun des quatre sous-groupes définis par les deux variables précédentes (hommes instruits, hommes non instruits, femmes instruites, femmes non instruites):

$$n1 = z^2 \times p \times (1-p) / m^2$$

avec :

- n : Taille d'échantillon minimale pour l'obtention de résultats;
- z : Niveau de confiance suivant la loi normale centrée réduite à 99%;
- p : proportion estimée de la population qui présente la caractéristique étudiée ; dans le cas où cette proportion est inconnue, p est considérée égale à 0,5 pour maximiser la taille de l'échantillon;
- m : Marge d'erreur (ici 5 %)

Puis, la taille minimale a été ajustée (pour population finie) en calculant :

$$n_aj = (n1/1) / [((n1 - 1) / population) + 1]$$

Selon les dernières données disponibles, en 2020, selon les données de l'ANSD, le Sénégal compte respectivement 4 226 302 hommes et 4 456 564 femmes âgés de 18 ans ou plus. Ainsi, suivant la formule ci-dessus, pour chacun sous-groupe de la population défini suivant les deux variables de classification retenues, la taille minimale à enquêter est sensiblement la même (dans la mesure où l'effectif de chaque sous-groupe dépasse largement les 20 000 individus). Ainsi, la taille minimale globale, étant la somme des tailles minimales des quatre sous-groupes, est de 2 656 personnes.

Tableau 1: Détermination de la taille minimale

		Hommes		Femmes	
		N	%	N	%
Base de sondage	Effectif*	4 226 302		4 456 564	
	Aucun niveau d'instruction **	1 521 469	36	2 183 716	49
	Instruit **	2 704 833	64	2 272 848	51
Aucun niveau d'instruction		664		664	

Taille minimale Échantillon	Instruit	664	664
-----------------------------	----------	-----	-----

Source :

* Nos calculs à partir de l'ANSD (2021), Rapport sur la Population du Sénégal 2020

** Les % sont issus de ANSD et ICF (2019), EDS-C 2019 ; les effectifs de nos calculs

À partir de cette taille, l'effectif à enquêter par région est déterminé suivant leur poids démographique. Cette méthode a permis d'avoir un échantillon important tenant compte de trois critères sociodémographiques majeures : le genre, le niveau d'instruction (où il assure une représentativité statistique) et la répartition géographique de la population (dont il assure la prise en compte par quota). L'effectif des enquêtés est reparti également par quota suivant la répartition des 18 ans et plus par sexe et le statut d'instruction.

La répartition de l'échantillon par région est présentée au Tableau 2 **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** L'effectif des enquêtés est également reparti par quota suivant la répartition des 18 ans et plus par sexe et le statut d'instruction.

Tableau 2: Répartition de l'échantillon par région suivant le poids démographique des régions

	Effectif des 18 ans ou plus*	% des 18 ans ou +	Taille minimale de l'échantillon
Dakar	1 993 476	23,0	610
Diourbel	967 119	11,1	296
Fatick	468 215	5,4	143
Kaffrine	378 894	4,4	116
Kaolack	619 402	7,1	189
Kédougou	98 933	1,1	30
Kolda	427 105	4,9	131
Louga	551 780	6,4	169
Matam	380 962	4,4	117
Saint-Louis	567 346	6,5	174
Sédhiou	297 247	3,4	91
Tambacounda	453 159	5,2	139
Thiès	1 123 983	12,9	344
Ziguinchor	355 246	4,1	109
Sénégal	8 682 866	100,0	2656

Source : Nos calculs à partir des données sur l'estimation de la population en 2020 de l'ANSD (2021)

1.2.1.2. Échantillonnage pour les groupes cibles spécifiques

Dans chaque groupe cible, la taille minimale est déterminée suivant la formule indiquée plus haut avec une représentativité au plan national. Les résultats sont présentés au **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Tableau 3.

Tableau 3: Échantillonnage pour les groupes cibles spécifiques

	Effectif	Taille minimale de l'échantillon
Personnel santé	1 568	387
Personnes âgées de 60 ans ou +	926 871	482
Personnes avec comorbidités	1 337 413	482

La taille minimale globale incluant les deux échantillons des effectifs à enquêter est de 4007 personnes dont 2656 personnes pour la population âgée de 18 ans ou + et 1351 personnes pour les groupes cibles spécifiques (387 personnels de santé, 482 personnes âgées de 18 ans ou + et 482 personnes avec comorbidités).

Ainsi, pour le volet quantitatif, 4208 personnes ont été enquêtées au total réparties comme suit :

- 2854 personnes âgées de 18 ans ou plus ;
- 433 personnes âgées de 60 ans ou plus ;
- 505 personnes âgées de 18 ans ou plus vivant avec des comorbidités ;
- 416 professionnels de santé.

Les écarts entre la taille minimale prévue et le niveau de réalisation s'expliquent essentiellement par la contrainte de suivi des quotas (opération qui s'est faite à la suite de la collecte journalière) qui s'est traduite par des légers dépassements dans certaines strates. Cet écart a été particulièrement observé à Dakar à hauteur de 35,6% (annexe 1).

Les catégories de (i) personnes âgées de 18 ans ou plus, (ii) personnes âgées de 60 ans ou plus, (iii) personnes âgées de 18 ans ou plus vivant avec des comorbidités sont traitées sous le vocable « communauté » tandis que la quatrième catégorie est constituée des professionnels de santé qui gardent la même appellation. Cette dernière catégorie a fait l'objet d'une analyse séparément.

Constitution de la liste de numéros à enquêter

La première étape a consisté à constituer la liste des personnes à enquêter par téléphone mobile ; sachant qu'au Sénégal, environ 8 adultes sur 10 (75,6%) ont au moins un numéro de téléphone portable (ANSD, 2019). Pour ce faire, une liste de numéros a été aléatoirement générée par un programme informatique. La liste était constituée de 50 mille numéros de téléphones associés aux principaux réseaux téléphoniques mobiles à savoir « Orange » (75, 77 et 78 xx xxx xx) ; « Free » (76 xx xxx xx) et « Expresso » (70 xx xxx xx). Il était estimé que parmi les 50 000 numéros aléatoirement tirés, un nombre de numéros beaucoup plus grand que la taille minimale serait ainsi constituée. Les enquêteurs ont travaillé à partir de cette liste qui a été partagée entre les 24 agents de collecte ; chacun étant équipé d'une ligne téléphonique mobile pour enquêter sa quote-part.

1.2.2. Échantillonnage du volet qualitatif

Concernant le volet qualitatif, des entretiens semi-structurés et des récits de vie des acteurs ont été réalisés auprès des communautés et des professionnels de santé. Il s'agit d'une enquête en profondeur visant à tirer le plus de précisions et d'explications sur les attitudes, comportements et pratiques des acteurs.

1.2.2.1. Entretiens semi-structurés

Afin de mieux saisir les informations lors des entretiens, trois sous thématiques principales ont été dégagées:

- (i) les perceptions sur la pandémie, la vaccination et sur les vaccins contre la COVID-19 ;
- (ii) l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 en explorant à la fois les facteurs favorisant l'acceptabilité ainsi que les freins à ces vaccins ;
- (iii) la demande d'informations notamment les besoins complémentaires d'informations et les messages clés pour favoriser l'acceptabilité.

1.2.2.2. Récits de vie

Les récits de vie sont de deux ordres : des récits rétrospectifs et des récits au vif de l'action.

- Les récits rétrospectifs embrassent le vécu, les réticences, l'accès aux informations contradictoires sur les vaccins contre la COVID-19, etc. Cet outil de collecte a permis de collecter :
 - Des récits de personnes ayant contracté le virus alors qu'elles étaient déjà vaccinées ;
 - Des témoignages de personnes exposées mais qui n'ont pas contracté la maladie du fait de la vaccination, sur la décision vaccinale ;
 - Les hésitations vaccinales ainsi que les effets secondaires des vaccins.
- Les récits au vif de l'action concernent l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 selon le statut des acteurs au sein des ménages, dans le milieu professionnel et au sein des cadres associatifs, etc. Cela a permis de recueillir :
 - Les récits sur le choix du lieu de vaccination et du type de vaccin ;
 - Les récits auprès des personnes sur la décision de se faire vacciner ;
 - Des observations sur les lieux de stratégies avancées de vaccination.

Ainsi, il était prévu de faire 80 entretiens semi-structurés et 20 récits de vie. Au final, 55 entretiens individuels et 44 récits de vie ont été réalisés dans le cadre de cette étude. Avec divers profils à savoir les professionnels de santé, les acteurs communautaires et la communauté.

1.3. Principales étapes de l'enquête

1.3.1. Recrutement des enquêteurs et superviseurs

Pour l'ensemble des composantes de la recherche, les agents de terrain sont recrutés à partir d'un répertoire du personnel de terrain du LARTES-IFAN. Précisons que les agents de terrain ont une très bonne expérience

des enquêtes notamment sur la santé. Ils ont la capacité de se conformer aux exigences de l'enquête et maîtrisent parfaitement les langues locales des zones couvertes.

1.3.2. Formation des enquêteurs

Une session de formation est organisée à Dakar pendant 3 jours au profit du personnel de terrain. Cette session a formé 44 personnes (24 agents de collecte pour le volet quantitatif, 20 pour le volet qualitatif) afin de les outiller pour la réalisation et le suivi des enquêtes. A la fin de la formation, une journée entière a été consacrée à une simulation *intra-muros* qui consiste à mettre les agents de terrain dans des conditions réelles de collecte. Cette simulation a également permis de tester les outils d'enquête, d'identifier les difficultés qui peuvent survenir sur le terrain en vue d'apporter des ajustements nécessaires avant la mise en œuvre.

1.3.3. Déroulement de la collecte

Conduite de l'enquête quantitative

Un dispositif, via l'application de collecte, de suivi en temps réel des interviews permet de suivre le respect des quotas. Cet outil sera accessible aux agents enquêteurs, aux superviseurs et à la coordination de l'étude. Avant le démarrage de tout entretien, l'agent enquêteur remplit la fiche de classement de la personne en ligne pour que l'interviewé soit classé dans l'une des cibles de l'enquête avec comme priorité les groupes cibles spécifiques (personnel de santé, personnes âgées, personnes avec comorbidités). Lorsqu'un quota est atteint, les personnes appelées entrant dans le critère associé au quota ne seront plus interrogées.

En plus de l'appui de l'équipe de supervision directe, l'équipe de chercheurs a réalisé des briefings réguliers avec les agents de terrain afin de prendre connaissance des difficultés, de capitaliser les expériences et de fournir des consignes.

Conduite de l'enquête qualitative

A partir de l'échantillon de l'enquête quantitative, **un ensemble d'une centaine de personnes fera l'objet d'investigation qualitative**. Les enquêteurs du volet quantitatif ont informé les personnes présentant un profil pour la réalisation d'entretiens qualitatifs qu'elles seront contactées par un autre agent pour approfondir telle ou telle question relative à leur expérience vaccinale.

L'enquête a été faite également par téléphone par une équipe de 14 agents spécialement formés en la matière et parallèlement à l'enquête quantitative.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide des dictaphones et retranscrits par les mêmes agents enquêteurs. L'équipe de supervision et de la recherche a veillé en continu sur la qualité des documents rendus.

1.3.6. Supervision de l'enquête

Afin de s'assurer de la qualité des données, l'équipe de supervision (au nombre de 4 superviseurs, 3 pour le quantitatif, 1 pour le qualitatif) veille en continu sur l'équipe de collecte. Pour cela, il a fallu développer plusieurs stratégies :

- La création d'un groupe via l'application WhatsApp pour faciliter les échanges. De ce fait, ce groupe est devenu un espace pour échanger d'expériences ou pour recueillir des avis ou conseils par rapport à tel ou tel sujet. Ce groupe a principalement permis aux superviseurs d'informer les agents des réunions de coordination prévues, de leur rappeler le transfert des profils pertinents pour le volet qualitatif, de l'atteinte d'un quota, etc.
- La répartition en 3 sous-groupes de l'équipe de collecte avec un superviseur désigné pour chaque groupe de 8 agents enquêteurs. Ainsi, les agents savent à qui s'adresser lorsqu'ils sont face à des difficultés quelconques (refus, différence de langue, etc.) ou lorsqu'il faut envoyer les rapports journaliers.
- La réalisation de briefings réguliers avec les agents de terrain en plus de l'appui de supervision directe afin de prendre connaissance des difficultés, de capitaliser les expériences et de fournir des consignes.
- L'élaboration de plusieurs outils de suivi (annexe 2) tels que :
 - Un formulaire destiné à être rempli par chaque agent et transmis au superviseur quotidiennement,
 - Un outil d'enregistrement des rapports journaliers et des bilans hebdomadaires développé sur Google Sheets avec des feuilles suivant la chronologie de l'enquête comportant les mêmes éléments figurant dans le formulaire.

En plus de ces outils, plusieurs sessions de restitution et de capitalisation des expériences des agents de terrain ont été réalisées. Regroupant, les chercheurs et les enquêteurs, ces sessions ont constitué également l'occasion d'évaluer la performance de chaque enquêteur, d'identifier les difficultés rencontrées par les moins performants et de trouver des solutions pertinentes.

1.4. Traitement et analyse des données quantitatives

Les données quantitatives ont fait l'objet d'analyses descriptive, explicative et factorielle. Les trois méthodes ont servi de base à l'analyse des données en deux volets conformément aux deux grandes catégories de cibles de l'enquête. Ainsi, le premier volet porte sur les résultats « communautés » en tenant compte du statut socio-sanitaire des personnes interrogées ; et le second traite exclusivement des professionnels de santé.

Dans chaque volet, la première section est consacrée au profilage socioéconomique (sexe, âge, niveau d'instruction, secteur d'activité, ...) des enquêtés. Ensuite, des tableaux croisés ont été produits et analysés combinant chacune des variables d'intérêt et le statut socio-sanitaire et, selon la pertinence, le sexe et la classe d'âge des répondants.

Pour le volet « communauté », les variables d'intérêt utilisés pour les analyses croisées sont relatives (1) au niveau de connaissance des enquêtés « communautaires » sur la COVID-19 ainsi que leurs perceptions sur la maladie (dangerosité, risque de contamination, ...) ; (2) la connaissance des vaccins ; (3) l'acceptabilité des

vaccins contre la COVID-19 ; (4) la communication sur la pandémie et sur les vaccins anti-COVID-19 ; (5) le vécu des effets secondaires ; et (6) les effets de la COVID-19 sur la population.

Pour le volet « professionnels de santé », les analyses croisées ont été réalisées avec le statut professionnel des enquêtés et successivement des variables relatives (i) au niveau de connaissances du personnel de santé sur la COVID-19, (ii) au niveau de connaissances sur la vaccination, (iii) la prise de décision vaccinale, (iv) les facteurs favorisant ou freinant la vaccination, (v) les pratiques et attitudes des soignants lors de la vaccination et (vi) les stratégies pouvant favoriser la vaccination. Notons que pour des raisons d'effectifs et d'analyse, le statut professionnel a été regroupé en trois catégories « médecins », « infirmier.ières » et « autres » (pharmaciens, sages-femmes, dont les effectifs dans l'échantillon sont peu élevés).

Après les analyses bivariées, une analyse explicative a été réalisée dans le but de dégager les déterminants de la confiance aux vaccins. La variable dépendante étant binomiale (« a confiance aux vaccins contre la COVID-19 » vs « N'a pas confiance à ces vaccins »), un modèle de régression logistique binomiale et multivariée a été retenu. Par contre, les variables explicatives varient en fonction de la catégorie des répondants. Pour le volet « communauté », les variables endogènes sont (1) le sexe, (2) l'âge, (3) le niveau d'instruction, (4) le milieu de résidence, (5) le statut de comorbidités, (6) la perception de la dangerosité de la COVID-19, (7) la contamination et (7) la réalisation d'un test COVID19 (ces variables sont décrites à l'Annexe 2). Pour modèle explicatif liés au volet « Professionnel de santé », les variables dépendantes intégrées sont (1) le sexe ; (2) l'âge ; (3) le niveau d'instruction ; (4) le milieu de résidence ; (5) le statut professionnel ; (6) la place dans le système sanitaire ; (7) le secteur d'activité ; (8) l'ancienneté; (9) le contact avec les patients ; (9) Rencontre de cas graves de COVID19 ; (10) l'origine de la COVID-19 ; et (11) l'avis sur le timing de production du vaccin (elles sont détaillées à l'Annexe 3).

Ainsi, deux modèles explicatifs ont été définis (un par catégorie de répondants). Le choix des variables explicatives repose sur les résultats des analyses bivariées et aussi l'intérêt a priori que certaines variables présentent par rapport à la question. Les résultats ont été commentés suivant la valeur des Odds-ratios et leur significativité au seuil de 10%.

Enfin, pour mieux dégager le profil multivarié, une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) a été réalisée. Elle combine la variable clé (confiance aux vaccins) à d'autres variables particulièrement discriminantes soit statistiquement soit sociologiquement. Le but est, à travers une représentation graphique notamment, d'identifier les caractéristiques des enquêtés ayant confiance aux vaccins et d'isoler ce qui les sépare des autres.

1.5. Traitement et analyse des données qualitatives

Le traitement et l'analyse des données qualitatives ont débuté à la dernière semaine de la collecte. Les données issues des entretiens approfondis et des récits de vie sont saisis dans un logiciel de traitement de texte et sont ensuite codifiées et analysées à partir du logiciel NVIVO 12. Ce travail d'analyse et d'interprétation est

essentiellement fondé sur une approche itérative et rythmé progressivement par des allers-retours entre les différentes sources de données collectées.

1.6. Difficultés rencontrées

La réalisation d'une étude portant sur un sujet aussi sensible par téléphone n'a pas été chose facile. En effet, plusieurs difficultés ont été rencontrées dans le cadre de cette étude notamment les cas de refus, le manque de confiance des enquêtés. Les réticences sont également accentuées par la crainte de parler à des arnaqueurs, chose assez courante présentement au Sénégal. Les enquêteurs avaient énormément de mal à gagner la confiance de l'enquêté. De ce fait, dès le début de l'appel, l'enquêté est sur la défensive. Cela a été l'objet de la première réunion organisée entre superviseurs et enquêteurs afin d'échanger des stratégies pouvant mettre en confiance l'interlocuteur.

II. Caractéristiques socio-démographiques des enquêté·e·s

Les caractéristiques socio-démographiques des enquêté·e·s concernent le groupe communautaire d'une part, et les professionnel·le·s de santé d'autre part.

2.1. Profil socio-économique des enquêtés du volet « Communauté »

2.1.1 Effectifs et répartition géographique des enquêtés

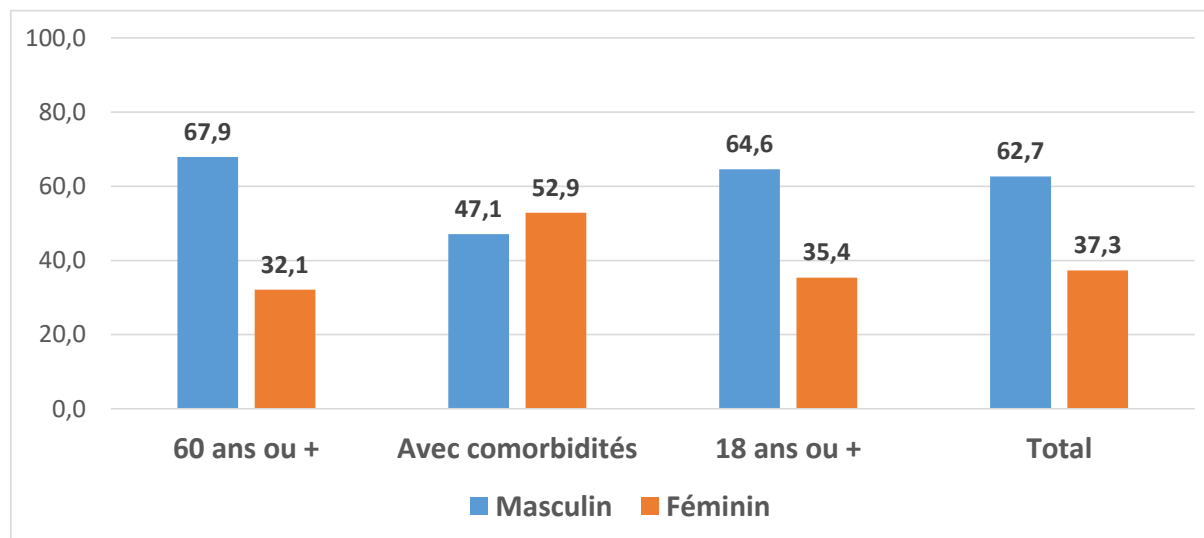
Les données quantitatives portent sur 3 792 personnes chez les communautés comme illustrées au **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Dans l'ensemble, l'échantillon « communauté » est composé de 62,7% d'hommes (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les sous-groupes sont majoritairement composés d'hommes sauf celui des personnes vivant avec des comorbidités où 52,9% sont des femmes.

Tableau 4: Distribution des enquêtés par catégorie socio-sanitaire

	n	%
60 ans ou +	433	11,4
Avec comorbidités	505	13,3
18 ans ou +	2854	75,3
Total communauté	3792	100,0

Source : LARTES-IFAN (2021)

Figure 1: Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par sexe (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Conformément à la procédure d'échantillonnage qui est indexée sur la répartition de la population en 2020, la région de Dakar constitue 30,1% de l'échantillon (

Tableau 5). La région de Thiès suit avec 13,6%. La région de Kédougou, suivant son poids démographique, représente 0,9% de l'échantillon.

Tableau 5: Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par région (%)

	60 ans ou +	Avec comorbidités	18 ans ou +	Total
Dakar	26,3	39,4	29,0	30,1
Diourbel	9,5	6,3	11,4	10,5
Fatick	4,6	5,2	4,9	4,9
Kaffrine	4,2	2,6	2,8	3,0
Kaolack	8,6	7,1	6,8	7,0
Kédougou	1,2	0,2	1,0	0,9
Kolda	3,2	2,8	3,5	3,4
Louga	8,6	6,3	5,5	6,0
Matam	1,6	3,6	3,2	3,0
Saint-Louis	8,3	6,3	6,7	6,8
Sédhiou	5,8	1,2	3,6	3,6
Tambacounda	2,8	2,6	3,6	3,4
Thiès	13,2	13,9	13,7	13,6
Ziguinchor	2,3	2,6	4,2	3,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : LARTES-IFAN (2021)

2.2.2 Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et niveau d'instruction

La répartition des hommes enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par niveau d'instruction montre une prépondérance de personnes ayant fréquenté uniquement les écoles coraniques (27,2%) et des personnes n'ayant aucun niveau d'instruction (23,8%) comme l'indique le Tableau 6. Ainsi, les scolarisés représentent 47,9% de l'ensemble des hommes enquêtés ; 34% des seniors ; 53,8% des personnes vivant avec des comorbidités et ; 49,4% des plus de 18 ans. Chez les femmes, le Tableau 7 montre que les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction sont les plus représentées (35,9%) suivies de celles qui ont un niveau secondaire (20,7%). In fine, les scolarisés représentent 50,6% des femmes enquêtées avec une proportion variant de 54,7 % de femmes vivant avec des comorbidités et 24,5% chez les aînées.

Tableau 6: Répartition des hommes enquêtés par catégorie socio-sanitaire et par niveau d'instruction (%)

	60 ans ou +	Avec comorbidités	18 ans ou +	Total
Primaire	15,7	19,8	15,1	15,6
Secondaire	7,1	18,9	18,9	17,5
Supérieur	11,2	15,1	15,4	14,9
Écoles coranique (uniquement)	37,1	29,8	25,3	27,2
Alphabétisé	1,0	0,8	1,1	1,1
Aucun	27,9	15,6	24,2	23,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : LARTES-IFAN (2021)

Tableau 7: Répartition des femmes enquêtées par catégorie socio-sanitaire par niveau d'instruction (%)

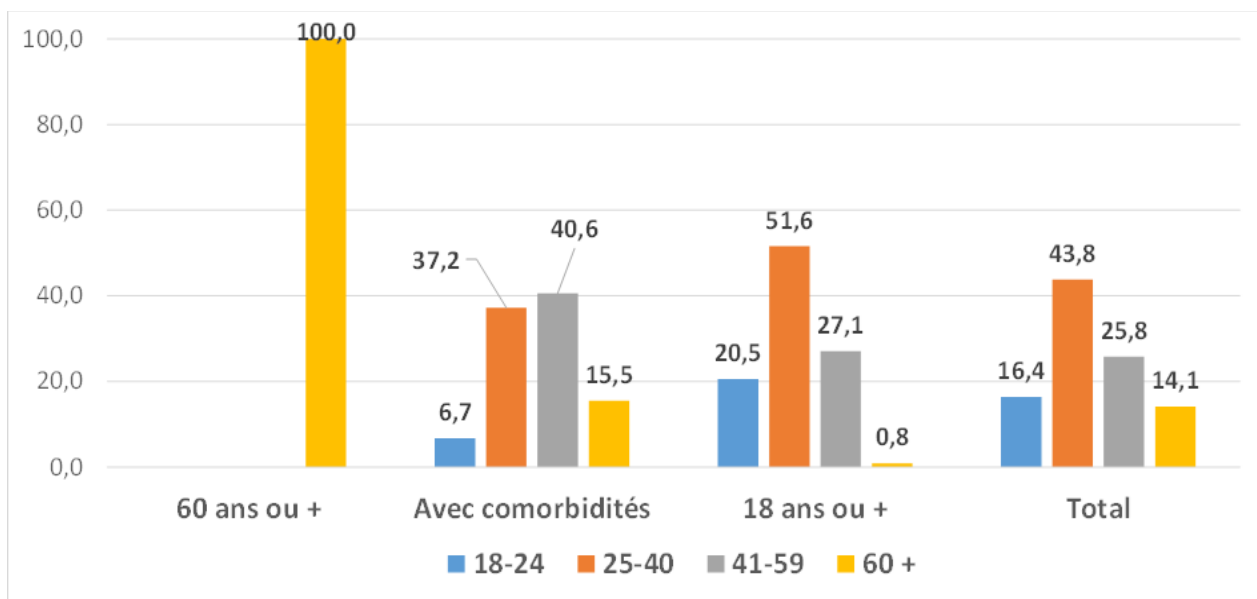
	Avec			Total
	60 ans ou +	comorbidités	18 ans ou +	
Primaire	10,8	24,0	16,1	17,1
Secondaire	10,1	18,7	22,7	20,7
Supérieur	3,6	12,0	14,4	12,9
Écoles coranique (uniquement)	9,4	11,2	10,7	10,7
Alphabétisé	5,8	4,1	2,1	2,8
Aucun	60,4	30,0	34,1	35,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : LARTES-IFAN (2021)

2.2.3 Répartition des enquêtés par classe d'âge et par catégorie socio-sanitaire

L'échantillon est composé principalement d'adultes dont l'âge est compris entre 25 et 40 ans (43,8%) et ceux âgés entre 41 et 59 ans (25,8%) comme illustré à la Figure 2. Chez les personnes vivant avec des comorbidités, les trois-quarts des enquêtés sont des adultes dont l'âge varie entre 25 et 59 ans (77,8%).

Figure 2: Répartition des enquêtés par classe d'âge et par catégorie socio-sanitaire (%)



2.2 Profil socio-économique des professionnel·le·s de santé

Cette section traite spécifiquement des professionnelles de santé déjà pris en compte dans le volet communautaire précédent. Il comporte la distribution par sexe et âge, région, secteur d'activité, statut socioprofessionnel, niveau d'instruction et fonction.

2.2.1 Distribution par sexe et âge des professionnel·le-s de santé

L'enquête a concerné 416 professionnel·le-s de santé dont 235 (soit 56,5%) sont des hommes (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les personnes âgées de 30 à 39 ans constituent près de la moyenne (49,8%) et sont les plus représentées indépendamment du genre (43,5% chez les hommes ; 56,4% chez les femmes). Les personnes âgées de 60 ans ou plus (dont la plus âgée a 68 ans) représentent 3,4% de l'échantillon et leur part est sensiblement la même quel que soit le sexe (3,4% d'hommes ; 3,3% de femmes).

Tableau 8: Répartition des professionnel·le-s de santé selon le sexe et la classe d'âge

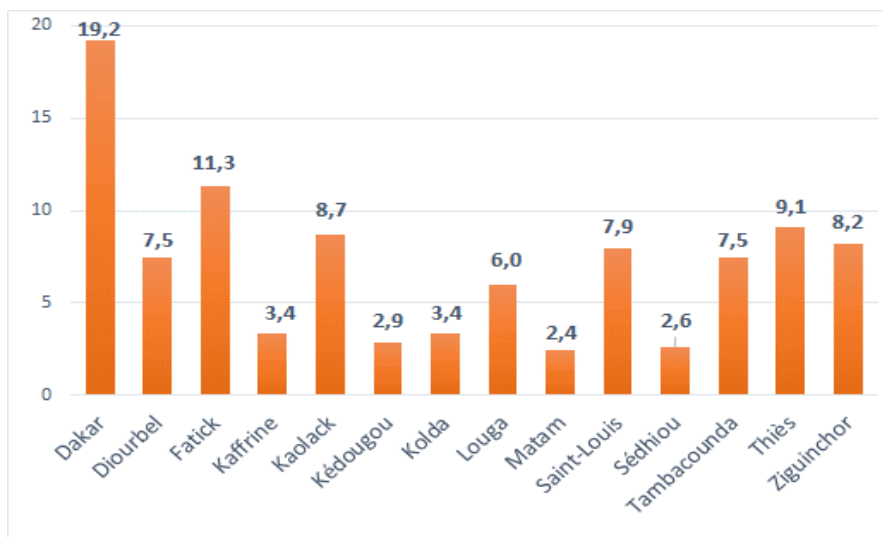
	Masculin	Féminin	Total
18 à 29 ans	8,1	12,2	9,9
30 à 39 ans	46,4	54,1	49,8
40 à 49 ans	33,6	24,3	29,6
50 à 59 ans	8,5	6,1	7,5
60 à 68 ans	3,4	3,3	3,4
Total (%)	100,0	100,0	100,0
Total (n)	235	181	416

Source: LARTES-IFAN (2021)

2.2.2 Répartition des professionnel·le-s de santé par région

Les professionnel·le-s de santé enquêtés/es sont répartis dans les 14 régions du Sénégal (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Ils résident principalement dans la région de Dakar (19,2%) suivie par les régions de Fatick (11,3%) et de Thiès (9,1%).

Figure 3: Répartition des professionnel·le-s de santé selon leur région de résidence (%)

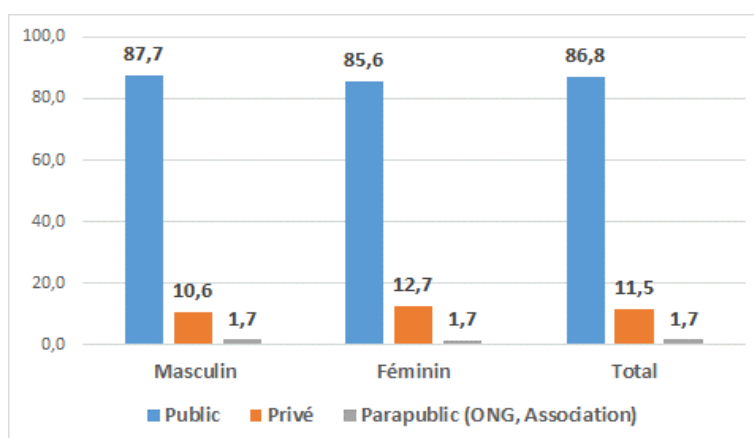


Source: LARTES-IFAN (2021)

2.2.3 Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur secteur d'activité

Quel que soit le sexe, près de neuf professionnel·le·s sur dix enquêtés/es sont dans le secteur public (87,7% d'hommes ; 85,6% de femmes) comme illustrée à la Figure 4. Les professionnel·le·s de santé du secteur privé constituent environ un/e enquêté/e sur dix (11,5%) dont 10,6% d'hommes et 12,7% de femmes. La proportion de professionnel·le·s de santé du secteur parapublic représente seulement 1,7% avec des parts égales d'hommes et de femmes (1,7%).

Figure 4: Répartition des professionnel·le·s de santé par sexe et le secteur d'activité (%)

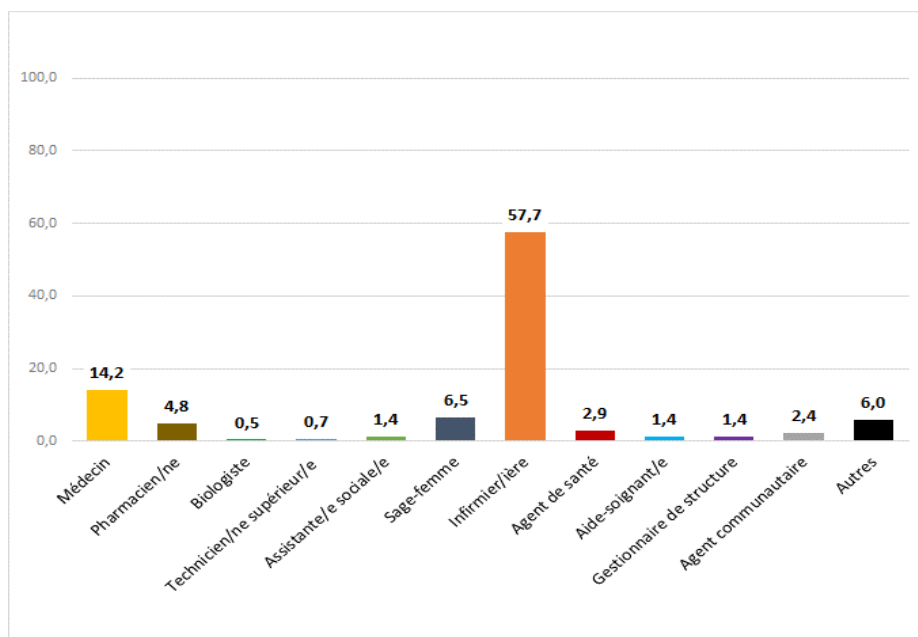


Source: LARTES-IFAN (2021)

2.2.4 Répartition des professionnel·le·s de santé selon le statut socio-professionnel

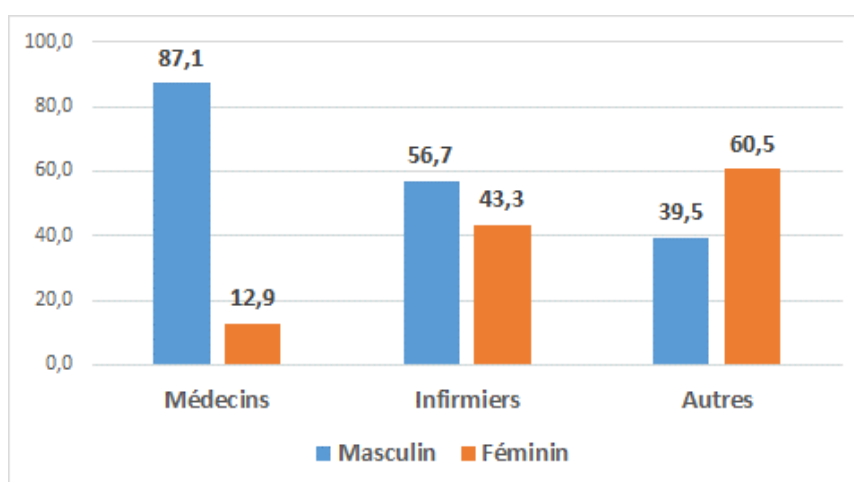
La majorité des enquêtés (57,7%) est composée d'infirmier.ières comme illustré sur la Figure 5. La Figure 6 montre que parmi ces infirmier/es, plus de la moitié (56,7%) sont des femmes. Les médecins suivent représentant environ un·e professionnel·le de santé sur dix (soit 14,2%) dont 87,1% d'hommes. Les autres professionnel·le·s de santé constituent environ 1/5 des professionnel·le·s de santé enquêté·e·s (39,5% d'hommes ; 60,5% de femmes).

Figure 5: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 6: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel et leur sexe (%)

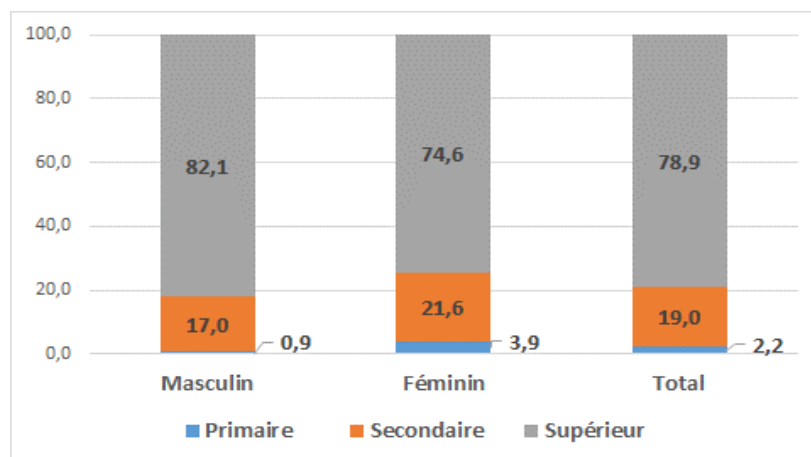


Source: LARTES-IFAN (2021)

2.2.5 Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur niveau d'instruction

Plus de trois quarts (78,9%) des professionnel·le·s de santé enquêtés/es ont un niveau d'instruction supérieur comme illustré à la Figure 7. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (82,1%) que chez les femmes (74,6%). Dans l'ensemble, les professionnel·le·s de santé ayant un niveau secondaire représentent 19% et ceux d'un niveau primaire, 2,2% des enquêtés/es.

Figure 7: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur niveau d'instruction et leur sexe (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

2.2.6 Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur fonction

Les professionnel·le·s de santé enquêtés présentent des profils très variés (Tableau 9). Les chef·fe·s de poste de santé constituent le profil le plus enquêté et représente près de la moitié de l'échantillon. On dénombre deux Directeurs·trices d'hôpitaux et 29 médecins chefs de district de santé.

Tableau 9: Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur fonction

	n	%
Directeur/trice d'hôpitaux	2	0,5
Chef de service	9	2,2
Directeur/trice de cliniques	4	1,0
Médecin chef de région	4	1,0
Médecin chef de district	29	7,0
Médecin chef centre de santé	7	1,7
Superviseur/e	7	1,7
Chef/fe de poste de santé	192	46,2
Autres	162	38,9
Total	416	100,0

Source: LARTES-IFAN

III. Résultats du volet « communauté »

L'analyse porte sur (i) les connaissances sur la pandémie de COVID-19 et ses vaccins, (ii) l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19, (iii) la communication sur la pandémie et les vaccins anti COVID-19, (iv) le vécu des effets secondaires et (v) les effets de la COVID-19 sur la population.

3.1. Les connaissances sur la COVID-19

La connaissance découle d'un long processus d'apprentissage, elle met à contribution plusieurs éléments de la vie sociale. Produire une connaissance revient à visiter les différentes phases de la vie active. Au sein de la communauté, elle s'acquiert par le biais de rapports à la fois formelle et informelle entre membres d'une même

société ou de sociétés diverses. Selon Juignet P. (2016), le processus d'acquisition de la connaissance « associe généralement l'action et la réflexion ». La communauté quant à elle n'a pas d'outils de mesure pour filtrer les informations acquises, admises et transmises durant l'interaction. Les savoirs sur le vaccin reçus par les individus au sein de la communauté par le biais de différents mécanismes de transmission ne sont pas soumis à un contrôle qualité. Ces connaissances deviennent des instruments de mesure pour certains et conditionnent leur jugement.

La COVID-19 est une maladie dangereuse, mortelle et qui vient d'ailleurs.

Il ressort des entretiens que les communautés connaissent bien les symptômes ainsi que les moyens de prévention et de traitement de la COVID-19. Ces connaissances sont diverses et portent sur divers points.

Les personnes âgées et ou vivant avec des comorbidités sont considérées comme une catégorie à risque pouvant développer des formes graves de la maladie. Ensuite, les résultats révèlent que le fait d'être pauvre ou riche ne détermine pas le fait de contracter ou non la maladie. Autrement dit, le niveau d'exposition à la maladie reste la même pour l'ensemble de la population. Enfin, les symptômes de la COVID-19 sont bien connus par la communauté. Il en est de même pour les moyens de prévention ainsi que l'impact que pourrait avoir la COVID-19 sur l'état de la santé physique des individus ayant contracté la maladie.

Ce schéma ci-dessous qui analyse les connaissances sur la COVID-19 et les vaccins contre la COVID-19 montre que les communautés se sont bien appropriées le discours biomédical. La dangerosité de la maladie de la COVID-19 est considérée. Elle est associée à ses conséquences mortelles et ainsi que la massivité de ces événements douloureux présentés sous forme de ravages de personnes dans leur diversité. La difficulté de la situation de mise en quarantaine est relevée. La pandémie affecte le Sénégal, l'Afrique et le monde. L'intervention des médecins est bien identifiée (vaccins et traitement). Les comorbidités transparaissent au travers des adultes diabétiques. La vaccination est indiquée parmi les dispositions préventives ainsi que les mesures barrières (masques, distanciation sociale, quarantaine, etc.) pour limiter la contamination.

Schéma 1 : Analyse des connaissances sur la COVID-19



In fine, l'appropriation du discours biomédical participe à une adhésion aux mesures préventives édictées par les autorités telles que la distanciation, le port de masque etc.

« C'est une maladie qui n'épargne ni les riches ni les pauvres donc c'est mieux de faire attention et d'écouter les médecins [...] C'est une maladie qui vient de la Chine. Et comme les gens le disent si c'est vraiment arrivé au Sénégal mieux vaut prendre ses dispositions et faire attention comme le disent les instructions des médecins et du gouvernement » (Femme, 32 ans, non vaccinée, Bambey).

Cette personne non-vaccinée n'en est pas moins précautionneuse lorsqu'elle indique l'intérêt de se fier aux médecins d'autant plus que c'est une maladie importée. Son message indique l'intentionnalité de suivre les instructions médicales et gouvernementales.

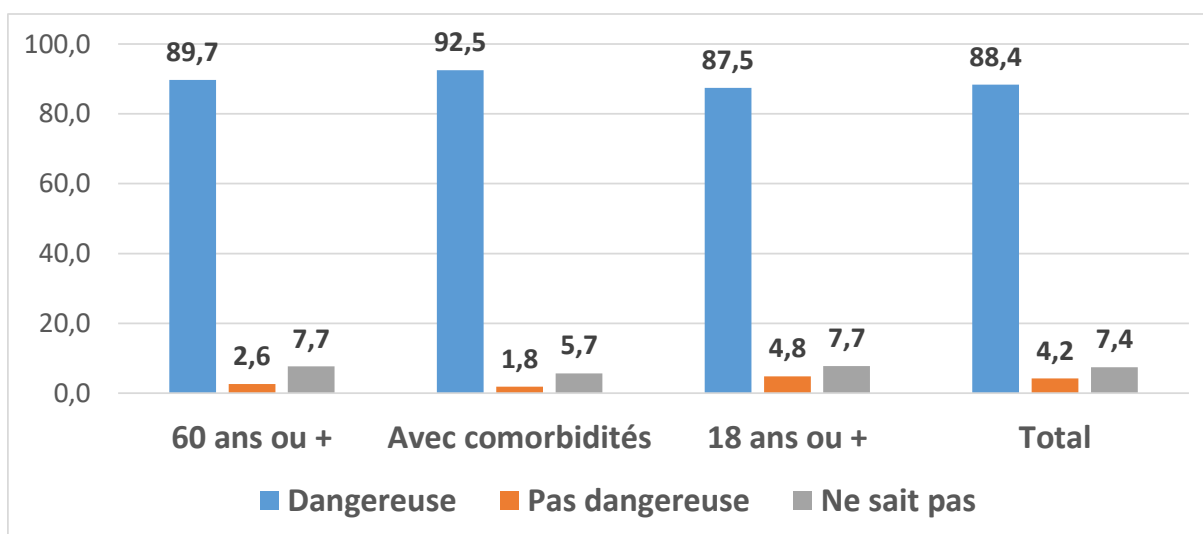
3.1.1. Perceptions sur la dangerosité de la COVID-19

La très grande majorité de la population estime que la COVID-19 est une maladie dangereuse (Figure 8). Cet avis regroupe entre 87,5% chez les adultes de 18 ans ou plus et 92,5% chez les personnes vivant avec des comorbidités.

Il ressort néanmoins que 4,2% de l'ensemble ne croit pas à la dangerosité de la maladie et ce taux atteint 4,8% chez les 18 ans ou +.

Enfin, un nombre non négligeable de personnes (près de 8 personnes sur 100 (7,4%)) ne sait pas si la maladie est dangereuse ou non.

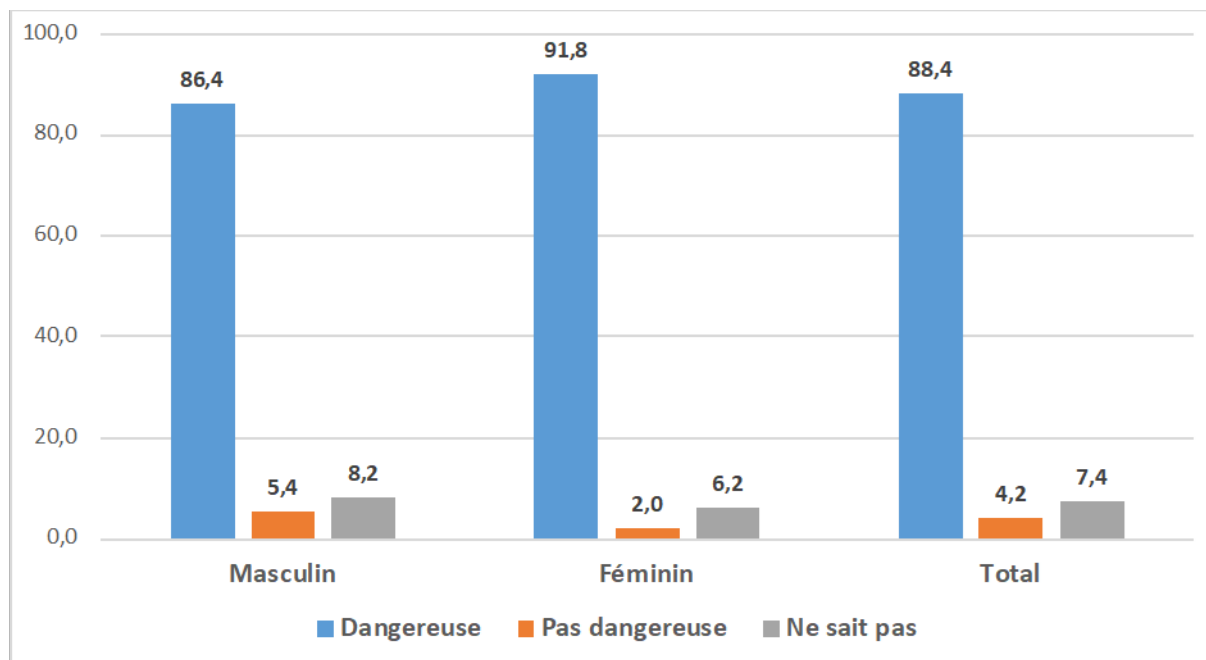
Figure 8: Dangerosité de la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Par sexe, la Figure 9 montre que la COVID-19 est perçue plus dangereuse par les femmes (91,8%) que par les hommes (86,4%). En fait, seules 2% des femmes considèrent que la COVID-19 n'est pas dangereuse contre 5,4% chez les hommes.

Figure 9: Dangerosité de la COVID-19 par sexe (%)

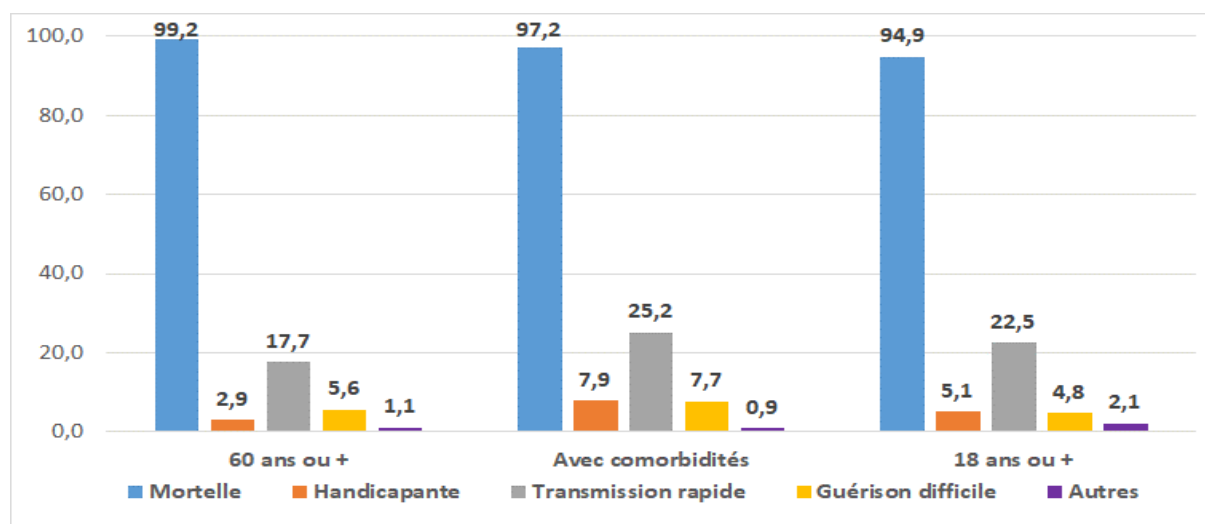


Source: LARTES-IFAN (2021)

3.1.2 Raisons de la dangerosité de la COVID-19

Le caractère « mortel » de la COVID-19 constitue de loin le premier facteur cité comme source de dangerosité de la maladie (Figure 10). Le taux de ceux qui avancent cette raison varie de 80,9% chez les personnes âgées de 18 ou + à 85,7% chez les personnes âgées de 60 ans ou +. La transmission rapide de la maladie représente le second facteur le plus cité quelle que soit la catégorie socio-sanitaire allant de 22,8% chez les personnes vivant avec des comorbidités à 15,2% chez les personnes âgées de 60 ans ou +.

Figure 10: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 selon le statut socio-sanitaire - QCM (%)

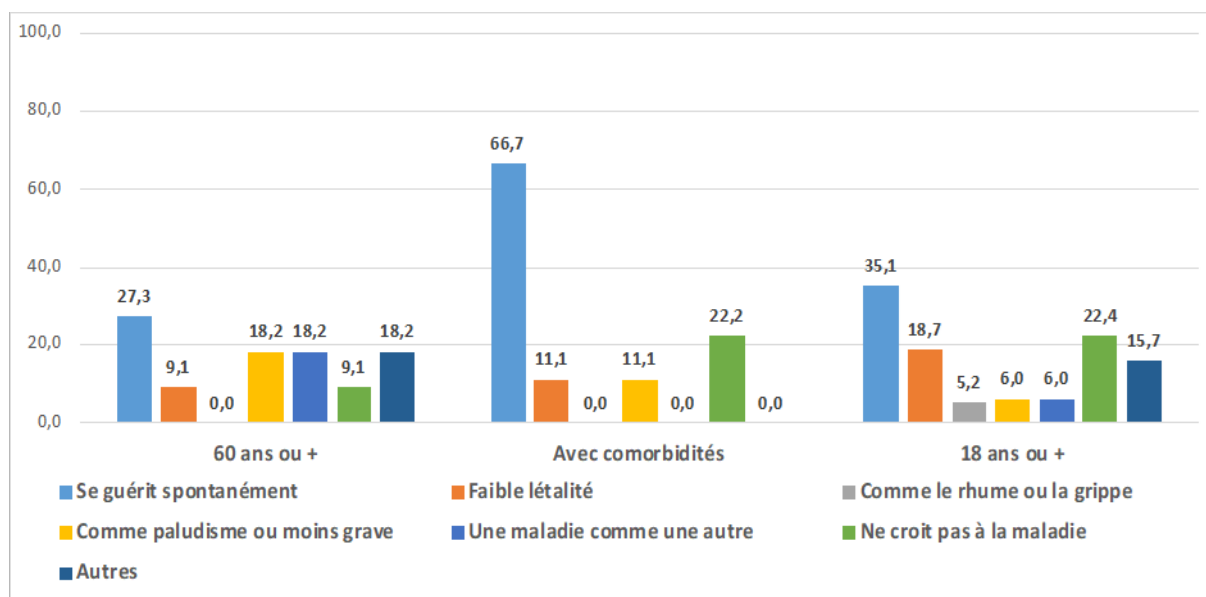


Source: LARTES-IFAN (2021)

3.1.3 Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19

Ceux qui ne considèrent pas la COVID-19 comme dangereuse justifient leur position par la « spontanéité » de la guérison de la maladie quelle que soit la catégorie socio-sanitaire (Figure 11). En effet, parmi les personnes vivant avec des comorbidités, 66,7% citent la spontanéité de la guérison comme la raison principale de la non-dangerosité de la maladie contre 27,3% chez les personnes âgées de 18 ans ou +. La COVID-19 est plus jugée semblable au paludisme ou moins grave par 18,2% chez les personnes âgées d'au moins 60 ans considérant la maladie comme non-dangereuse. Une même proportion de 18,2% considère la COVID-19 une maladie comme une autre. Chez les personnes vivant avec des comorbidités et estimant la maladie non-dangereuse, la seconde raison est constituée par la non croyance en la maladie (22,2%); tout comme chez l'ensemble de la population adulte (22,4%).

Figure 11: Raisons de la non dangerosité de la COVID-19 selon le statut socio-sanitaire (%)

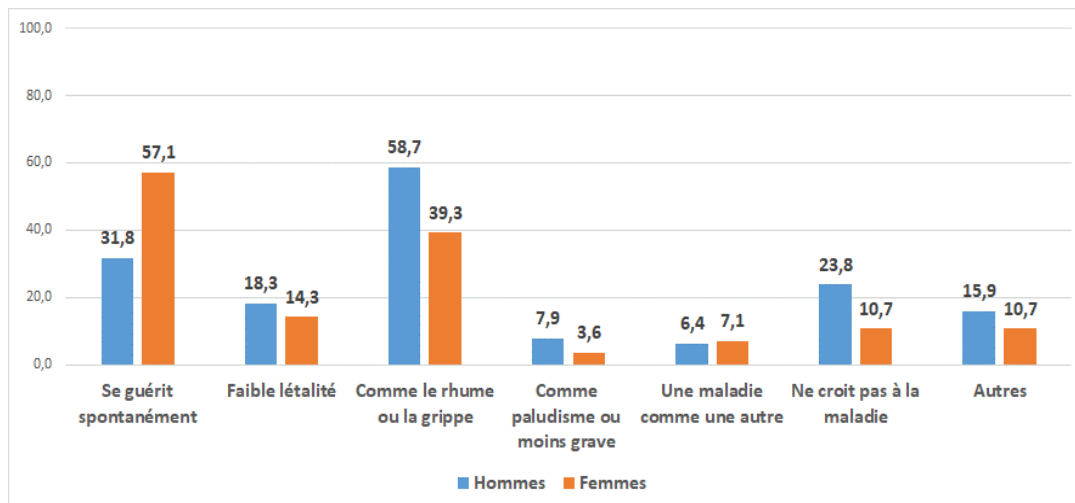


Source: LARTES-IFAN (2021)

La

Figure 12 montre que les femmes justifient davantage la non-dangerosité de la COVID-19 par l'effet de sa guérison spontanée (57,1%) alors que les hommes avant plus l'argument selon lequel la COVID-19 est semblable au rhume ou la grippe (58,7%).

Figure 12: Raisons de la non dangerosité de la COVI-19 selon le sexe (%)

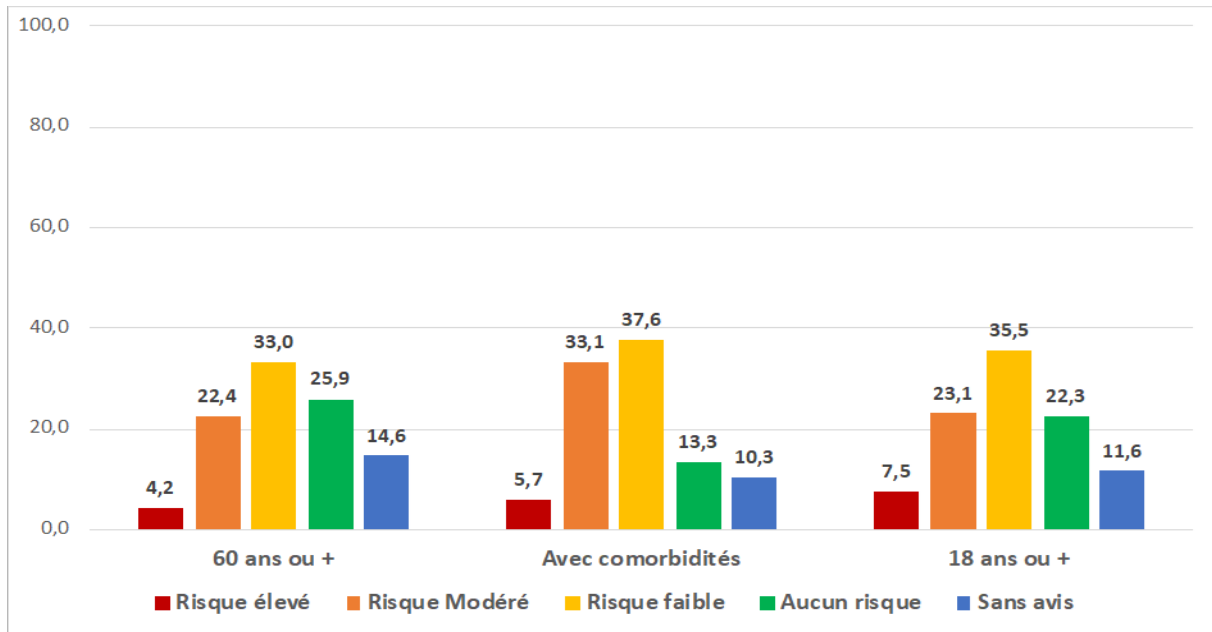


Source: LARTES-IFAN (2021)

3.1.4 Risque de contamination à la COVID-19

Le risque de contracter la maladie est considéré comme « très élevé » par 7,5% des personnes âgées de plus de 18 ans (Figure 13). C'est chez les personnes âgées de plus de 60 ans que le niveau de risque «très élevé » est le plus faible (4,2%). Il ressort qu'un quart (25,9%) des seniors estiment qu'ils n'ont aucun risque de contracter la maladie et 1/5 (22,3%) des 18 ans ou + partagent cet avis. Les personnes vivant avec des comorbidités sont dans l'ensemble celles qui pensent être les plus vulnérables à la maladie dans la mesure où seules 13,3% d'entre elles pensent qu'elles n'ont aucun risque d'être contaminées.

Figure 13: Risque d'être infecté par la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%)

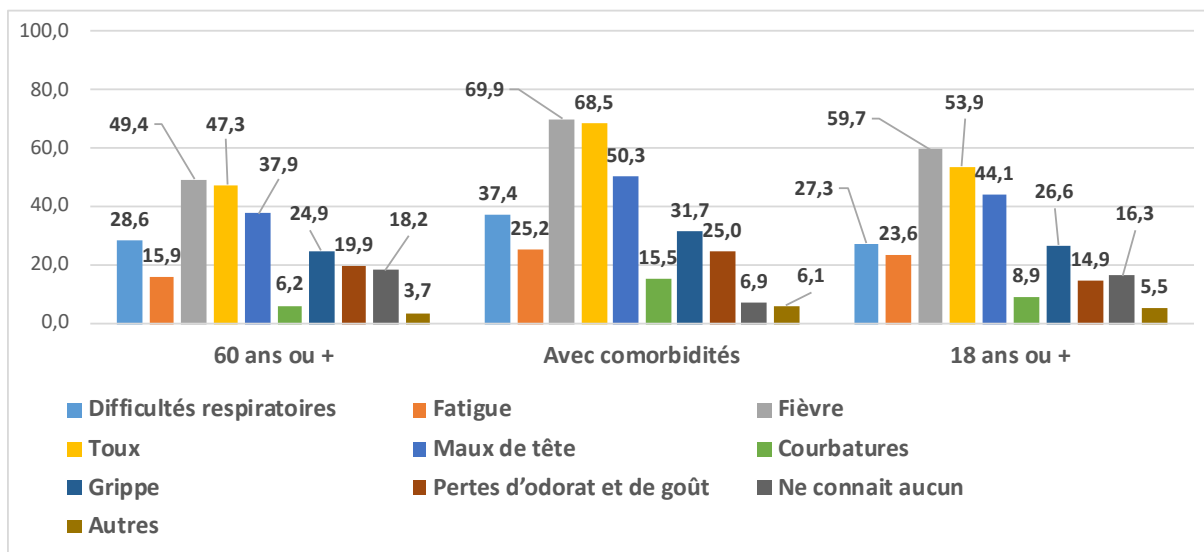


Source: LARTES-IFAN (2021)

3.1.5 Signes de la COVID-19

Comme le montre la Figure 14, le niveau de connaissances des signes est homogène dans toutes les catégories socio-sanitaires. La toux, la fièvre et les maux de tête représentent les signes les plus connus de la COVID-19 quelles que soient les catégories socio-sanitaires. On observe une proportion non-négligeable de personnes qui déclarent ne connaître aucun signe de la maladie. Chez les personnes âgées de 60 ans ou +, 18,2% affirment ne connaître aucun signe de la maladie contre 16,3% des personnes âgées de 18 ans ou +.

Figure 14: Connaissance des signes de la COVID-19 par catégorie socio-sanitaire (%)



3.1.6 Vécu de la COVID-19

Les avis recueillis auprès des ménages révèlent que l'expérience de la maladie au niveau individuel ou dans l'entourage reste déterminante. Ces personnes touchées par la maladie ou ayant un proche victime de la maladie sont plus soucieuses de la gravité et des conséquences de la COVID-19. Les propos de ces interviewés confirment cette tendance :

« Il y a des gens qui disent que la maladie n'existe pas mais c'est bien réel et j'en sais quelque chose car je l'ai vécu et les symptômes font très mal aux poumons ». (Femme, 45 ans, vaccinée, Thiès).

« Bon au début, je n'y croyais pas, je n'y croyais pas vraiment. Je ne voulais pas y croire parce que, vu les intox qu'on entendait dans les réseaux sociaux, donc les critiques qu'il y'avait autour de cette maladie donc, je n'y croyais pas. Même si je voyais franchement des gens, c'est à dire les rapports que le Ministère collait à la télévision je le suivais, j'écoute également, j'ai vu des gens que je connaissais qui ont contracté le virus mais cela ne m'a pas, n'a pas changé ma position par rapport à la maladie. Mais quand je suis tombé malade, là c'est devenu une certitude. Au début de la maladie, je ne croyais pas que c'était la COVID-19 mais quand on m'a testé et on m'a informé que j'ai contracté le Virus, là je me suis dit que, voilà la COVID-19 existe. » (Homme, 28 ans, enseignant, Joal).

« Avant je ne croyais pas du tout à l'existence de cette maladie. C'est pourquoi je n'osais pas me faire vacciner. Mais lorsque j'ai vu ce qui est arrivé à des gens de mon entourage contaminés par le virus du Corona, et d'autres décédées de la COVID-19, là j'ai finalement réalisé que cette maladie est réelle. Et lorsque j'entends aussi dire que certaines personnes du voisinage sont décédées de la COVID, je me suis dit que ah ça fait peur. »(Femme, 35 ans, vaccinée, Louga).

Par ailleurs, les résultats mettent en évidence les individus qui attribuent la COVID-19 à la volonté divine. Chez cette catégorie, contrairement à ceux qui sont influencés par l'expérience de la maladie au niveau individuel ou dans l'entourage, la COVID-19 ne suscite aucune crainte puisqu'elle est perçue chez eux comme une simple maladie. Les propos de cette personne déjà vaccinée confirment ce constat :

« Je n'ai jamais vu une personne atteinte de COVID-19, mais je sais que la maladie a beaucoup d'ampleur. Toutefois, il y'a des gens qui disent que la maladie a été créée, mais selon moi c'est juste une maladie comme les autres, moi je la considère comme ça. C'est la volonté divine. » (Homme, 42 ans, agriculteur, Vélingara, vacciné).

Le point de vue fataliste n'est pas pour autant dominant en raison de la diversité des récits témoignant du vécu dramatique de la pandémie dans les différentes couches de la population.

3.2 L'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19

L'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 est abordée en termes de (i) confiance aux vaccins, (ii) processus de prise de décision, (iii) choix du type de vaccin, (iv) raisons de la vaccination, (v) raisons du refus vaccinal et (vi) appréhension des effets secondaires.

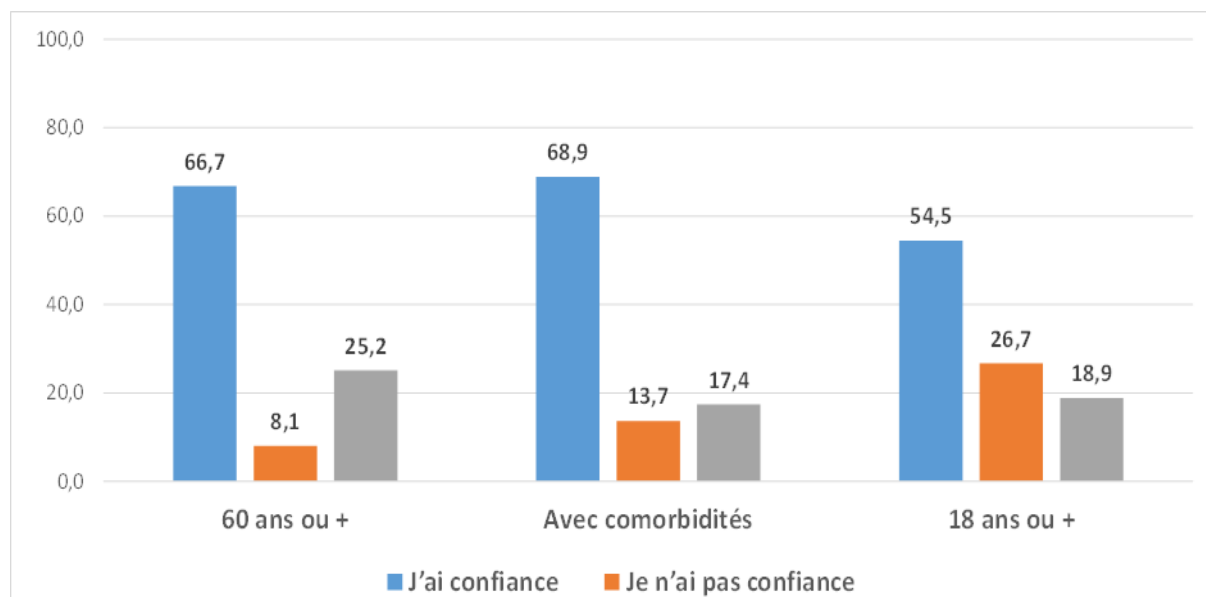
3.2.1. Niveau de confiance aux vaccins

Parler de confiance fait référence à la pensée sociologique de Simmel (1999) qui présente ce sentiment comme « un état intermédiaire entre le savoir et le non savoir » avant d'ajouter que la combinaison de ces derniers fonde la décision individuelle. La présomption est à la base de la projection de sentiment de l'individu face à un autre ou à une situation qui appelle son positionnement. Il s'agit « d'une forme antérieure ou postérieure du savoir sur un être humain » (1999 : 355). C'est pourquoi, dit-il « Celui qui sait tout n'a pas besoin de faire confiance, celui qui ne sait rien ne peut raisonnablement même pas faire confiance » (1999 : 356). La confiance se fabrique dès lors pour combler un vide selon un standard comportemental. L'espace de cette construction est exposé aux influences externes qu'absorbe l'acteur social. Celui qui fait confiance ajuste ses sentiments face aux inconnus, juste le nécessaire pour que la relation s'établisse ou que la décision se prenne. Pour éviter toute approximation, l'acteur projette des sentiments de confiance visant à combler le non savoir. Il consent l'influence d'autrui en intériorisant le discours pressenti probant qui complète ce qu'il sait pour fonder sa décision. L'intervenant saisit ce faisant que la personne « ne peut plus se permettre de se replier aussi fortement sur elle-même » (1999 : 357) et qu'en conséquence l'espace à combler est susceptible de recevoir l'information modélisant les comportements. Le manque d'informations fiables sur l'utilité et le degré d'efficacité des vaccins contre la COVID-19 s'illustre par ces propos d'un enquêté :

« Je n'ai pas trop confiance au vaccin honnêtement. En plus, aussi on avait un cas, c'était un blanc, je ne sais pas de quelle nationalité il était. Sa femme avait pris le vaccin et un jour après elle a rattrapé la COVID-19, rien ne garantit que le vaccin empêche la COVID-19. Si le vaccin ne nous épargne pas du virus et je ne sais pas quels sont les effets envisageables d'ici 2 à 3 années, je préfère être contaminé et aller acheter les médicaments plutôt que de me vacciner. Je prendrai le traitement pendant 3 jours et c'est fini ». (Homme, 23 ans, non vacciné, Dakar)

Comme l'illustre la Figure 15, c'est la tranche d'âge entre 18 ans ou + qui présente le plus faible niveau de confiance aux vaccins contre la COVID-19. La part de ceux qui n'ont pas confiance aux vaccins atteint 26,7% dans cette tranche d'âge contre 13,7% chez les personnes avec des comorbidités et 8,1 % chez les personnes âgées de 60 ou +. Les résultats montrent aussi que la proportion des enquêtés qui ont confiance aux vaccins contre la COVID-19 reste relativement moyenne. Le niveau de résistance contre la COVID-19 atteint 45,6% chez les personnes âgées de 18 ans ou + et son niveau le plus faible est de 31,1% chez les personnes avec comorbidités.

Figure 15: Niveau de confiance aux vaccins contre la COVID-19 (%)

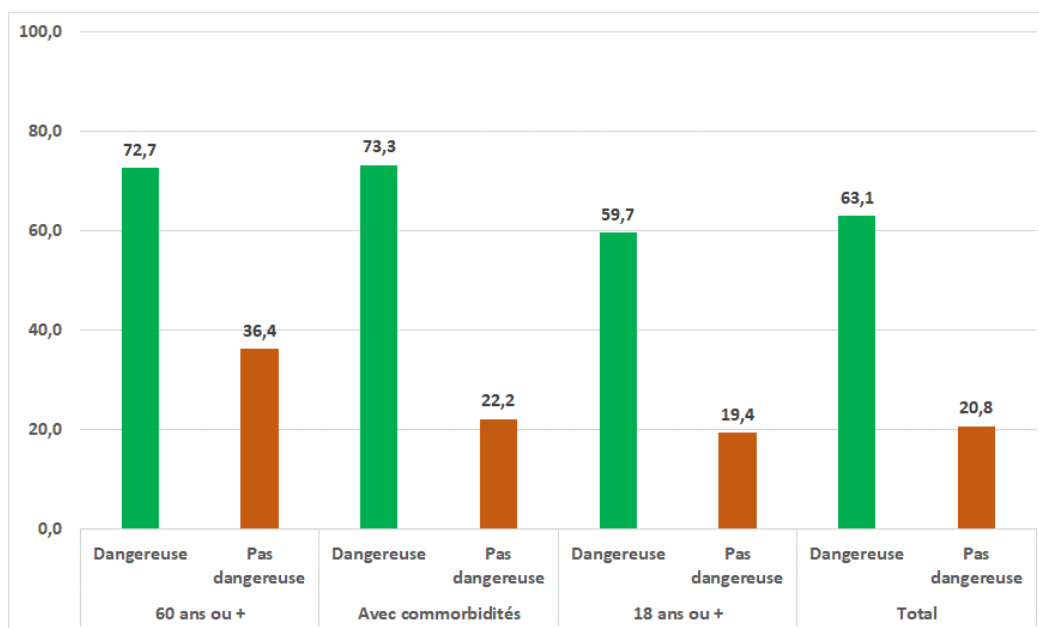


Source: LARTES-IFAN (2021)

Indépendamment de la catégorie socio-sanitaire, les personnes qui considèrent la COVID-19 comme une maladie dangereuse ont un niveau de confiance aux vaccins beaucoup plus important que les autres (Figure 16). Dans l'ensemble, 63,1% des personnes estimant la COVID-19 dangereuse ont confiance aux vaccins anti COVID-19 soit un niveau trois fois plus élevé que les autres (20,8%). Chez les personnes âgées, la différence

entre les niveaux de confiance est relativement moins prononcée : 72,7% chez les seniors qui trouvent la COVID-19 dangereuse contre 36,4% qui ne la considèrent pas dangereuse.

Figure 16: Niveau de confiance aux vaccins en fonction de la dangerosité de la COVID-19 (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

3.2.2. Prise de décision vaccinale

Plusieurs facteurs sont liés à l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 et les données permettent d'identifier des facteurs déterminants qui favorisent ou freinent la vaccination. Les données révèlent que l'appréhension des effets secondaires accentue l'hésitation des populations face aux vaccins. Cette situation reste plus marquante chez les personnes ayant subi la maladie, vécu avec une proche victime de la COVID-19 ou vivant avec une personne ayant manifesté des effets secondaires à la suite d'un vaccin contre la COVID-19. Les propos de ces interviewés sont révélateurs des contraintes liées à la prise de décision vaccinale :

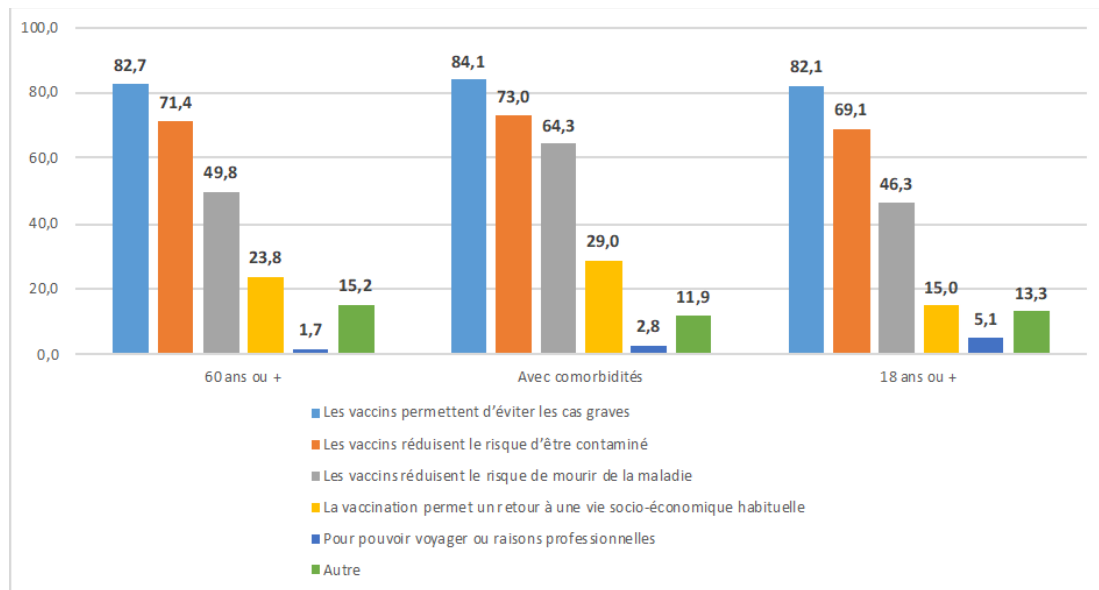
« Je connais en tout cas 5 collègues pharmaciens qui ne se sont pas vaccinés jusqu'au moment où je vous parle. [...] Ils ont presque le même entendement, parce que mon boss prônait l'immunité naturelle, j'ai aussi des collègues qui sont mes cadets mais eux aussi n'ont pas confiance aux vaccins contre la COVID-19. Il y avait des stagiaires en pharmacie, mais on discutait et débattait, mais ils disaient n'avoir pas confiance aux vaccins contre la COVID-19. [...] Mes deux sœurs ne croient pas au vaccin, mais peut être qu'elles ont peur de la piqûre et des effets secondaires ». (Homme, 44 ans, pharmacien, Dakar).

« Mon père lui il est malade. Au début, il s'était inscrit pour se faire vacciner. Mais puisque j'ai eu un parent qui a piqué une crise après sa vaccination et on l'a amené à l'hôpital Roi-Baudouin. Suite à

cela, mon père a eu peur et il est revenu sur sa décision. Ce sont ces genres de problèmes qui font que finalement on n'a pas l'esprit tranquille ». (homme, 31 ans, couturier, Dakar).

Comme illustrée à la Figure 17, quelle que soit la catégorie socio-sanitaire, les principales raisons qui ont conduit la population à se vacciner sont les mêmes. Ainsi, les raisons sont dans cet ordre : « les vaccins permettent d'éviter les cas graves » cités par plus de huit personnes sur dix ; « les vaccins réduisent le risque d'être contaminé » avancé par environ sept personnes sur dix ; « les vaccins réduisent le risque de mourir de la maladie » qui regroupe environ la moitié des enquêtés.

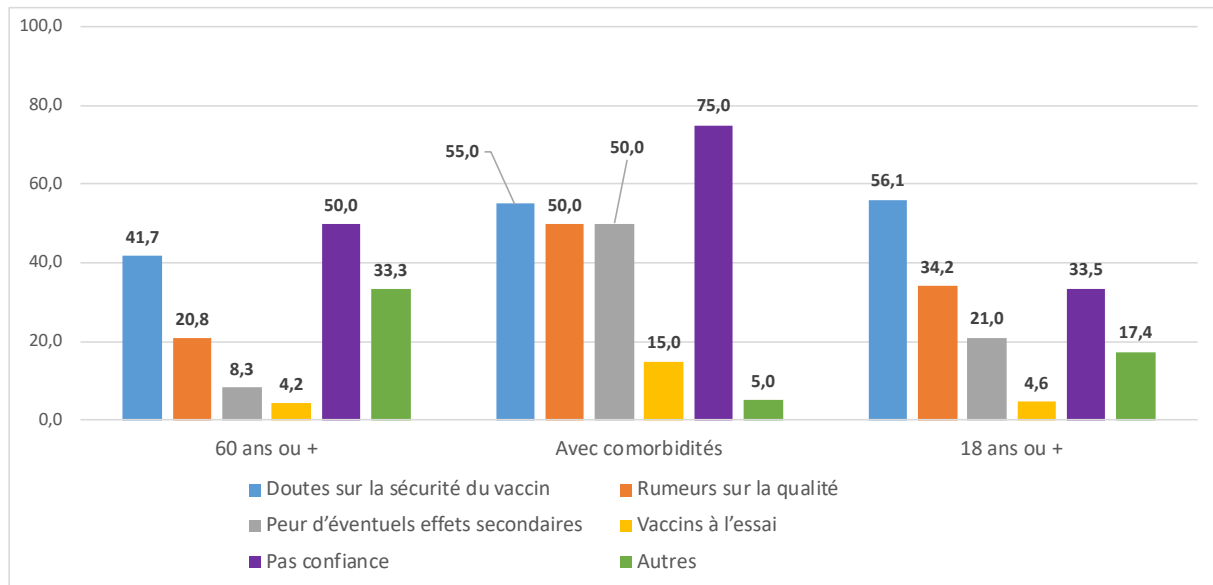
Figure 17: Raisons de se vacciner (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

En revanche, les doutes sur la sécurité du vaccin constituent la raison principale du refus de se faire vacciner quel que soit la catégorie socio-sanitaire (Figure 18). Cette inquiétude apparait plus marquée chez les personnes âgées de 18 ans ou + (59,7%). Le même constat est fait concernant les rumeurs sur la qualité des vaccins contre la COVID-19. La peur des effets secondaires constitue une raison relativement peu avancée comme cause de refus de vaccination. Elle est au mieux soulignée par 16,1% des personnes âgées de 18 ans ou +.

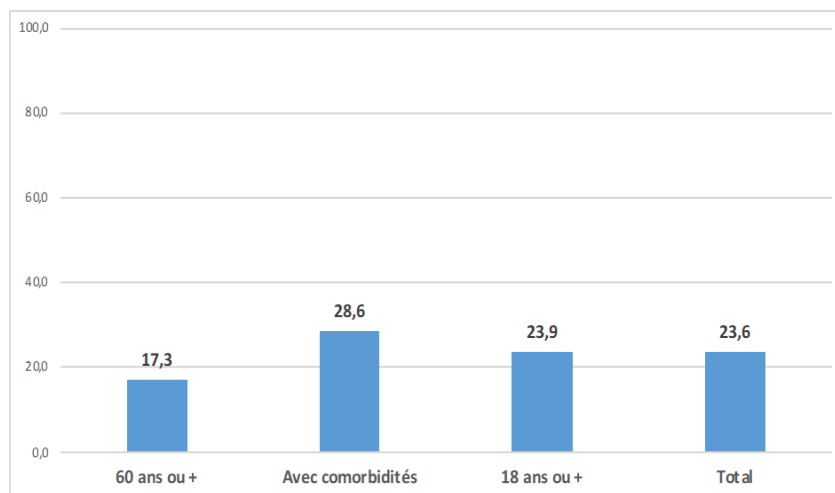
Figure 18: Raisons de refus de se faire vacciner (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

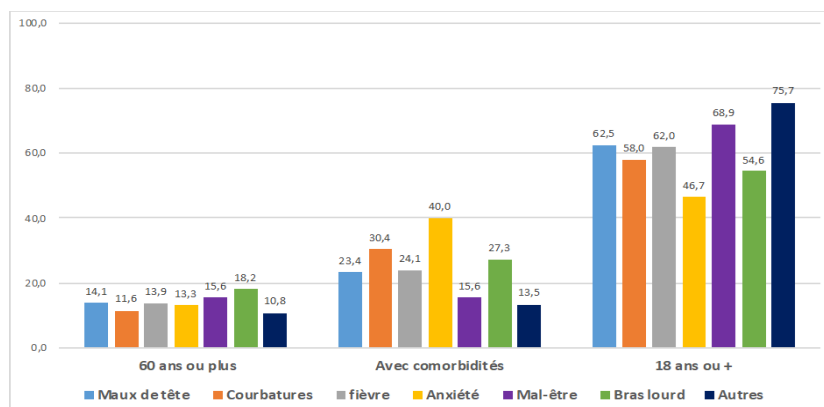
Sur la figure précédente (Figure 18), « l'appréhension des effets secondaires » représente un facteur déterminant du refus vaccinal principalement chez les personnes avec comorbidités (15,3%) et les personnes âgées de 18 ans ou plus (16,1%). Les données montrent pourtant que c'est un plus d'un quart des vaccinés qui ont rapporté des effets secondaires (23,6%) avec un maximum de 28,6% chez les personnes vivant avec des comorbidités (Figure 19). Les effets secondaires les plus répertoriés sont « la sensation de mal-être », « l'anxiété » et « la sensation du bras lourd » (Figure 20). Ces effets secondaires sont le plus observés chez les personnes âgées de 18 ans ou plus. En fait, « la sensation de mal-être » est constatée chez 68,9% d'entre eux alors qu'elle n'est signalée que par 15,6% des personnes âgées de 60 ans ou plus et avec une même proportion des personnes vivant avec des comorbidités.

Figure 19: Proportion des personnes ayant eu des effets secondaires après la vaccination



Source : LARTES-IFAN (2021)

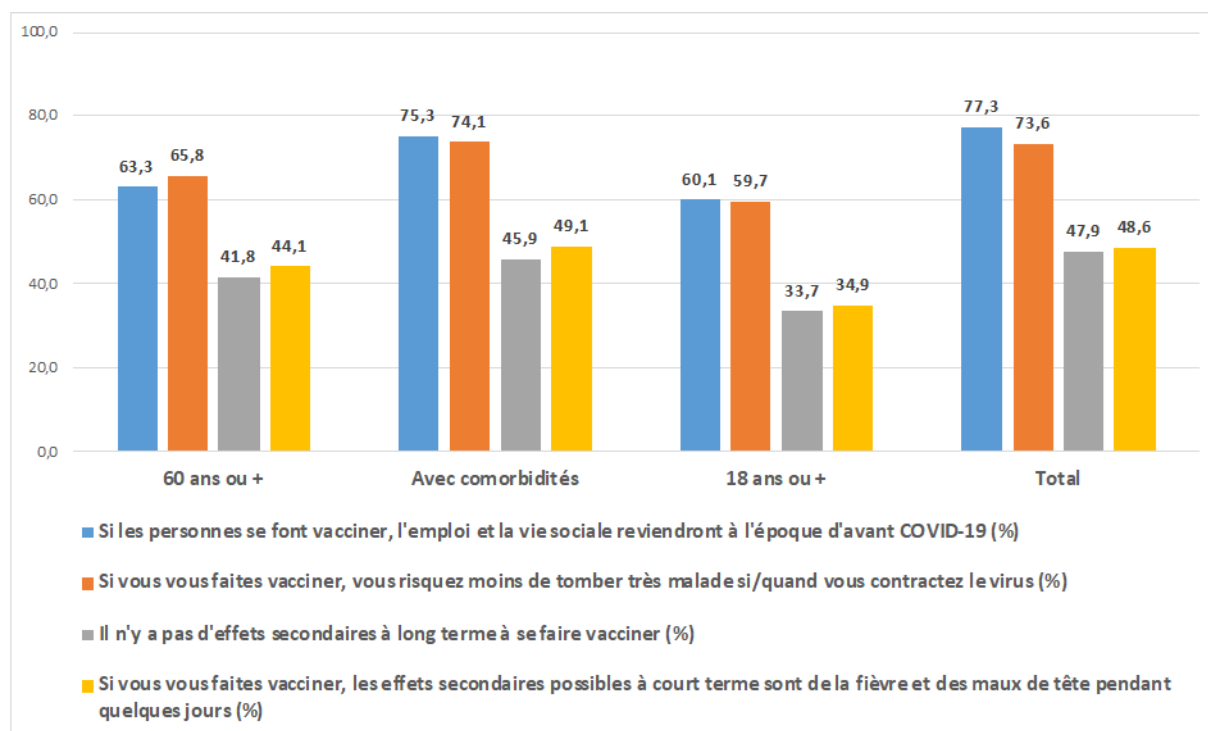
Figure 20: Effets secondaires par catégories socio-sanitaires



Source : LARTES-IFAN (2021)

La Figure 21 montre que l'utilité des vaccins est principalement perçue à travers deux angles : (1) un retour rapide à la vie sociale normale et (2) un faible risque de développer des complications graves suite à la contamination.

Figure 21: Niveau d'agrément avec certaines expressions



Source : LARTES-IFAN (2021)

Par ailleurs, les rumeurs sur la prétendue dangerosité des vaccins entravent l'acceptabilité. Il est noté une prégnance des rumeurs inhérentes aux fausses informations, les polémiques et les préjugés défavorables entretenus via les réseaux sociaux et les plateformes digitales. Ces fausses informations sur la dangerosité des vaccins se propagent sur les réseaux et constituent des sources de méfiance et de résistance vis-à-vis des vaccins. Les propos ci-dessous révèlent que ces « *intox* » sont centrés sur des questions sensibles, notamment que les vaccins nuisent à la fertilité :

« J'ai entendu les gens dire que la vaccination peut entraîner un problème de virilité chez les hommes, et il y a aussi d'autres qui disent qu'on veut diminuer la population c'est pourquoi on a amené les vaccins contre la COVID-19, et c'est la raison pour laquelle beaucoup de personnes ne se sont pas vaccinées ». (Homme, 42 ans, agriculteur, Vélingara).

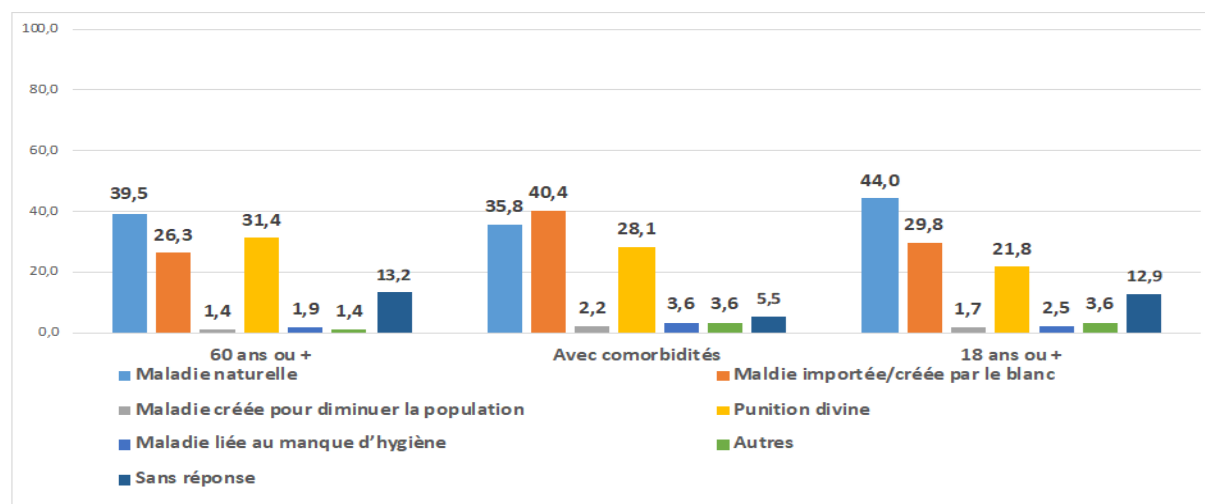
Les préjugés comme les rumeurs ont la vie dure. Ils sont fabriqués à partir de perceptions déformantes et surfent sur des sentiments non-contrôlés tout en circulant à une vitesse vertigineuse au point que le discours opposé a du mal à se poser et à les remettre en cause durablement. Son espace de résonance devient large de ce fait. Il ne reste aux professionnel-le-s de santé que de les déconstruire en leur opposant la crédibilité du discours scientifique et technique. Le schéma ci-dessous indique bien l'ampleur des rumeurs et leur connexion avec les préjugés qui entretiennent des polémiques stériles autour des thèses complotistes.



Source : LARTES-IFAN (2021)

Comme le montre la Figure 22, les origines de la COVID-19 les plus citées sont « maladie naturelle », « maladie importée/créée par les blancs » et « punition divine ». La COVID-19 est principalement considérée comme « une maladie naturelle » sauf chez les personnes vivant avec des comorbidités où c'est plutôt la théorie complotiste qui l'emporte (40,4%). Les partisans de cette théorie constitue une part non négligeable dans les autres catégories socio-sanitaires (26,3% chez les seniors et 29,8% chez les personnes de 18 ans ou plus).

Figure 22: Source de la maladie selon la catégorie socio-sanitaire (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

La thèse complotiste est déclinée selon différentes modalités. D'abord que le virus est créé sciemment pour nuire. Qu'il ne soit donc pas d'origine biologique et qu'en conséquence le vaccin contre la COVID-19 ne peut l'éradiquer. Ces rumeurs ont une résonance forte au point que l'avis scientifique est étouffé dans son espace d'évolution. Les bruits qu'elles génèrent s'amplifient et obstruent les possibilités d'émettre un discours crédible. Cet envahissement de la rumeur demeure ce qui fait sa force car elle rend inaudible tout autre

message. Les émetteurs de rumeurs surfent sur la peur des citoyens faiblement informés tout autant qu'ils amplifient les zones grises, c'est-à-dire les ambiguïtés. La nouveauté de la pandémie a surpris tout le monde plaçant les professionnels de santé dans un inconfort inhabituel.

Ensuite, le coronavirus est emmêlé avec le VIH SIDA. La rumeur a tendance à dramatiser ce qui ne l'est pas, à effrayer sans cause et à défier les instances de communication et de gouvernance démocratique comme le montre le discours de l'enquêtée ci-dessous :

« On dit que c'est l'homme qui l'a créé, on dit que pour le vaccin, il y a le SIDA à l'intérieur. On dit même qu'il y a une puce à l'intérieur du vaccin et que si quelqu'un le prend, on peut te localiser partout où tu peux aller. Donc, j'entends tout ça comme « intox » ; on dit qu'il y a des maladies et au bout de 10 ans, 20 ans, tu vas mourir de ses maladies. C'est ça en fait qui me rend sceptique ». (Femme, 25 ans, non vaccinée, Dakar).

Une telle confusion entre le coronavirus et le VIH SIDA montre que la rumeur amplifie un contexte en érigeant ses perceptions comme la règle. Il appartient aux communicateurs de mettre en contexte les propos qui fondent ces représentations en évitant ainsi certaines généralisations abusives. Face à sa rapidité de circulation et les échelles larges qu'elle peut influencer, une riposte alerte et organique s'impose. Par exemple, il a manqué une prise d'assaut des médias sociaux et des plateformes digitales par l'expression d'une pédagogie des scientifiques pour remettre en cause les préjugés transmis, les informations fabriquées pour nuire, les *fake news* qui ne résistent pas du reste au temps. La communication interindividuelle véhiculant l'information scientifique a également fait défaut. Or, elle est la trame pour contrer les rumeurs. Autrement dit, la communication portée par les acteurs communautaires est loin d'avoir installé une culture du discernement qui est la base de l'information scientifique.

Enfin, la fabrication des vaccins est un simple prétexte pour injecter dans l'organisme humain un mouchard qui le contrôle à dessein et au service des géants du numérique. Cette thèse complotiste indexe l'occident qui aurait un projet de réduction démographique dans une perspective malthusienne. Le Corona participerait ainsi à effacer de la carte des services de sécurité sociale les personnes âgées avec comorbidités qui lui coûteraient chères.

C'est bien cette situation qui a rendu les complexités devenues inextricables pour plusieurs communicants. Au moment où certains professionnels s'expriment, d'autres contestent leur empressement au titre du recul à observer face à un virus faiblement connu. Les rumeurs se sont engouffrées dans ces espaces de doute et de lente maturation des connaissances scientifiques dans le domaine. Le tri des communicants a fait défaut tandis que la communication institutionnelle a fait son chemin sans être en mesure de s'opposer à la rumeur. Ce n'est pourtant pas faute d'avoir tenté mais la rumeur a la vie dure. Lorsqu'elle est persistante, elle finit par être la norme dite. Pourtant la rumeur est considérée comme une (maladie de groupe), autrement dit un « dérèglement de l'ordre social ». Elle emmagasine l'angoisse des acteurs qu'elle permet aux autres à la décrypter. Aller à

contrecourant, suppose la mobilisation de plusieurs corps de métier habiles dans la communication sociale sanitaire afin de faire valoir la culture scientifique.

Par ailleurs, la suspicion relative au *corona business* indexe l'industrie pharmaceutique comme actrice majeure de la cupidité que le marché des vaccins et les produits nécessaires pour les mesures barrières (masques, gel, thermoflash, etc.), suscite au détriment des populations. Selon cette rumeur, l'industrie pharmaceutique aurait amplifiée à volonté les effets et impacts de la pandémie afin d'en tirer le plus de profit. Elle ignore les raisons jusqu'ici mises en relief présentant le Corona sous la version anthropocénique le présentant comme un déséquilibre que l'être humain a créé sur l'environnement bio-systémique comme étant l'origine de la propagation de ce virus. En prenant ses distances de ce raisonnement, la rumeur déplace le problème de son cadre pour installer des opinions qui privilégient l'affect et les sentiments confus et incontrôlés, voire des ragots.

La rumeur aiguise les contradictions internationales en opposant les firmes pharmaceutiques et en présentant sous un faux jour la géopolitique. Face à cette situation, les communicants croisent des sources d'informations en évitant toutes les manipulations qu'induisent la rumeur et l'expression du sens commun.

La rumeur est présentée « comme un récit du temps immédiat » (Aldrin, 2005). Il convient donc de lui opposer le temps, de mettre en nu son manque de substance et la simplicité de son raisonnement. Un regard critique sur la rumeur suffirait pour révéler ces représentations déformantes et la contrariété des événements qui sillonnent les faits relatés et qui tentent de lui procurer de la légitimité. La rumeur est présentée aussi comme « une opinion par défaut ». Il revient aux communicateurs d'occuper habilement l'espace communicationnel en émettant selon la diversité de style et d'outils les informations scientifiques capables d'assoier la culture scientifique.

La fiabilité de l'information détermine la prise de décision

La prise de décision vaccinale des populations est fortement liée à la fiabilité des informations et la convergence de plusieurs sources d'informations reçues sur les vaccins contre la COVID-19. La décision ou non de se vacciner signifie un élan à la prévention ou l'inverse. Dans des contextes où la culture de la prévention n'est pas suffisamment installée, les comportements des acteurs vacillent selon les flux d'informations, l'attrait des communicants et le caractère probant des messages reçus. Abordant l'analyse de la prise de décision dans la gestion des systèmes de santé, Diallo (2015) montre qu'auprès des professionnels de santé, la rationalité de la décision technique prime sur les facteurs sociaux.

Pareillement, il ressort des entretiens que l'hésitation vaccinale disparaît progressivement lorsqu'une personne influente accepte de se vacciner en public. La décision découle d'un choix influencé par plusieurs facteurs internes ou externes. Elle est le « moment où les décideurs ont fait un choix » (Miller and Wilson, 2006 in Tsoukas, 2010: 381). L'acteur social fait face à plusieurs critères de choix et c'est cela qui fonde la prise de décision. Morel (2002) précise que la décision peut être « envisagée comme une situation de choix où plusieurs réponses sont possibles parmi lesquelles l'une d'entre elles est “ la bonne ” » (Morel, 2002 cité par Fixmer et

Brassac, 2004 : 112). D'autres auteurs comme Nutt et Wilson (2010) considèrent que la décision peut aussi résulter d'un acte instantané et il n'empêche que ce choix traduit un « engagement à agir » (Miller et Wilson, 2006 ; Mintzberg et al., 1976). Il est important de noter que dans les sociétés où les communautés d'appartenance régissent la vie des individus, le processus de décision est collectif mais aussi séquentiel avec différentes phases pendant lesquelles le sujet de la décision subit des interprétations. Même lorsque la décision est instantanée, cet acte imprime un murissement faisant de l'acteur le dépositaire de connaissances, d'informations, de pratiques qui autorisent d'avance un choix. Dans d'autres situations, la décision suit un processus plus haché appelant de comparer des variables et de mettre en contexte la légitimité du choix. Les rationalités qui structurent la décision sont diverses et elles peuvent être contradictoires. Les propos de cet homme confirment ce constat :

« Au début, je m'étais dit que je n'allais pas prendre le vaccin parce que j'avais des doutes. J'attendais d'être sûr que le vaccin est sans risque. C'est après avoir vu à la télé le ministre se faire vacciner et mes voisins qui se sont vaccinés sans avoir eu de problème que j'ai pris la décision de prendre ma dose ». (Homme, 36 ans, chauffeur, Ranérou).

De même, au sein de la famille la présence d'une personne vaccinée et l'absence d'effets secondaires favorisent la prise de décision et l'acceptabilité des vaccins. Il en est ainsi lorsque la propagation de la maladie est accélérée ou qu'un nouveau variant du Corona est déclaré. Un autre déclencheur de l'envie de se vacciner réside dans la mise à disposition des vaccins anti-COVID-19 au sein des espaces publics et dans les lieux de proximités des citoyens. Influencer les décisions, c'est s'attacher à la promotion des critères minima d'adhésion des acteurs.

La décision dépend du processus, du contexte et du jeu des acteurs.

La prise de décision demeure un acte réfléchi ou conditionné par plusieurs facteurs sociaux. Elle est le fruit d'une réflexion ou d'un engagement volontaire basé sur les informations reçues au sein et au-delà de la communauté. Elle est en quelque sorte « un processus d'engagement progressif, connecté à d'autres, marqué par l'équifinalité, c'est-à-dire par l'existence reconnue de plusieurs chemins possibles pour parvenir au même et unique but ». (Bonjour, 2006). La prise de décision de se vacciner ainsi que le choix du type de vaccin restent donc un choix personnel et raisonné même au sein du couple comme le montre ces assertions :

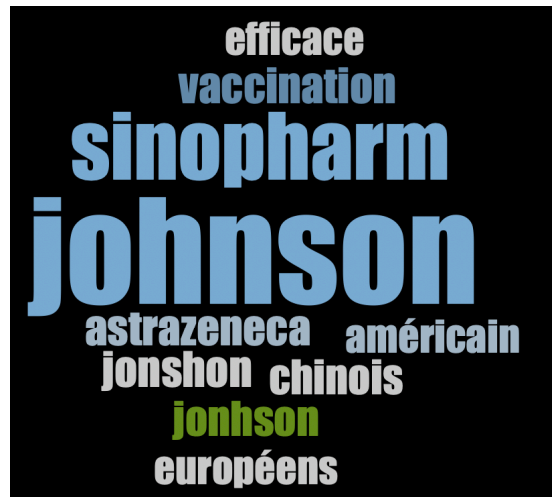
« Je ne sais pas pourquoi ma femme ne s'est pas vaccinée ; en tout cas c'est sa décision et peut-être elle n'est pas consciente ». (Homme, 42 ans, agriculteur, Vélingara).

« Moi même quand j'ai pris le vaccin contre le coronavirus j'ai discuté calmement avec mon mari pour lui faire part de ma vaccination de même qu'avec ma mère. Ils ont pris le temps de m'observer

pendant les premiers jours pour voir si je ne présente aucun symptôme. C'est par la suite qu'ils ont pris leur courage pour aller se faire vacciner ». (Femme, 45 ans, bajenu gox, Thiès).

Ce schéma ci-dessous met en exergue les types de vaccins préférés. Il est important de noter que le pays de fabrication et le nombre de doses demeurent déterminants dans le choix du type de vaccin.

Schéma 3 : Analyse des types de vaccins choisis



Source : LARTES-IFAN (2021)

Décider, c'est en quelque sorte une manière de réduire le champ des incertitudes et de cheminer vers davantage d'évidences. C'est donc une option parmi d'autres et que l'acteur est appelé à assumer car même dans les contextes communautaires, il apparaît comme un choix raisonné opéré par l'acteur dans son individualité.

Au niveau des ménages, le nombre de doses, l'efficacité et la fiabilité des informations deviennent déterminants dans la prise de décision vaccinale. En effet, la majorité a une préférence pour les vaccins à dose unique comme l'affirment ces interviewés:

« J'ai appelé un de mes amis, il est docteur, mais il m'a conseillé le vaccin Américain, Johnson and Johnson, il m'a dit que c'est plus efficace en plus c'est une seule dose, ça m'arrange » (Homme, 36 ans, Sédhiou).

« Les gens préfèrent Johnson and Johnson aux autres vaccins car c'est une seule dose contrairement aux autres vaccins qui ont deux doses » (Homme, 36 ans, Sédhiou).

En définitive, on peut retenir que la prise décision vaccinale reste influencée par plusieurs facteurs. En effet, le type de vaccin, le pays de fabrication, le nombre de dose et la communication sur les effets secondaires du vaccin sont considérés comme des facteurs clés liés à la prise de décision. Pareillement, les avis convergents reçus sur les vaccins participeraient à une meilleure adhésion à la vaccination.

3.3. La communication sur la pandémie et les vaccins contre la COVID-19

Les connaissances doivent être transparentes et accessibles au public. Les transmetteurs d'informations sociales sont appelés à véhiculer des connaissances intelligibles et compréhensibles par toute une communauté. Ce qui permet aux communautés de pouvoir décrypter les messages contenus dans ces informations sans aucun problème. De même, Abbott (2011) défend l'idée d'une « sociologie lyrique », consistant à invoquer les sentiments des lecteurs, auditeurs et téléspectateurs absorbants le discours du social.

La propagation de la connaissance ne peut se concevoir sous « une diffusion unidirectionnelle des chercheurs vers les acteurs » (Cambon et Alla, 2013). C'est une passation de connaissances qui doit favoriser l'interactivité entre les parties prenantes c'est-à-dire entre les chercheurs, les acteurs et les preneurs de décision. C'est de cette manière qu'ils peuvent arriver à une concordance des différentes idées véhiculées. Concernant la pandémie de la COVID-19, les connaissances transmises par les professionnels de santé ont envahi les acteurs cultivant chez eux un doute profond. Leur contradiction a été interprété comme un manque de respect à leur égard mais aussi comme une carence d'éléments scientifiques pouvant étayer les décisions avancées. L'absence de matières suffisantes sur tel ou tel vaccin renforce la réticence et crée davantage de refus. Toutefois, la capacité à convaincre par un discours limpide et accessible participerait à vaincre les incompréhensions.

3.3.1. La communication sur les vaccins

La communication sur les vaccins tourne autour de l'acceptabilité ou le refus de se faire vacciner. Plusieurs raisons expliquent ce refus à savoir le manque de confiance au vaccin, la faible sensibilisation etc. Les interviewés ont souligné qu'en ville les gens sont suffisamment informés. Tandis qu'au niveau communautaire, il y'a un manque de délocalisation de la communication sur le vaccin.

L'infodémie brouille la communication sur les vaccins

Il ressort des entretiens que les divergences dans la communication sur les vaccins contre la COVID-19 ne favorisent pas leur acceptabilité. De même, les campagnes de communication sur les vaccins restent concentrées en ville au moment où les zones rurales se sentent exclues comme l'indique les propos de cet enquêté :

« Vous savez, l'information ne passe toujours pas. Peut-être au niveau des villes en milieu urbain, c'est là où les gens se concentrent le plus. C'est à dire que le vaccin n'est pas délocalisé. [...] Il y a des communes ou des villages où il y a des gens qui n'ont peut-être jamais entendu parler de vaccin ou qui n'ont jamais vu quelqu'un se faire vacciner. » (Ibid, Fatick).

3.3.2. Les sources d'information

Les données montrent que la population a accès à l'information sur le vaccin par la télévision, les canaux sociaux notamment les réseaux (whatsapp, facebook...), les téléphones portables, les autorités coutumières, pendant les causeries et dans la bibliothèque pour certains étudiants.

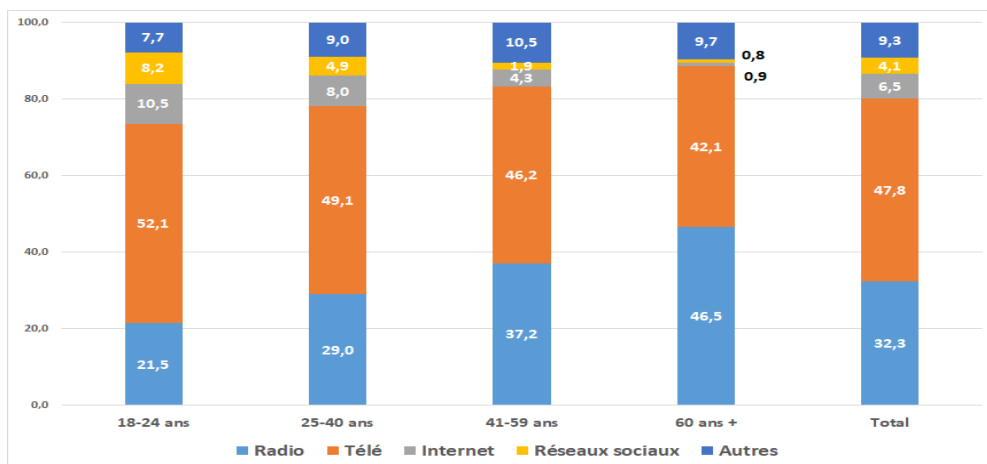
Schéma 4 : Analyse des sources d'informations



Source : LARTES-IFAN (2021)

Il apparaît dans la Figure 23 que les sources d'information les plus fiables sont la télévision et la radio dans l'ensemble. Si on considère les classes d'âge, on note nettement la préférence des plus âgées pour la radio (46,5%) tandis que les plus jeunes privilégient la télévision (52,1%).

Figure 23: La fiabilité des sources d'information sur la COVID-19 selon l'âge (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Les chefs religieux influencent également les attitudes et comportements

Les chefs religieux ont une forte influence sur les attitudes et comportements des populations face à la pandémie et aux vaccins contre la COVID-19. Les chefs religieux de leur côté, ont fait passer le message sur la maladie COVID-19 dans plusieurs mosquées des différents quartiers à travers les hauts parleurs. Le discours religieux est d'une importance capitale comme le confirme le discours ci-dessous d'un interrogé :

« Les imams et les guides religieux sont les mieux placés pour inciter les populations à adhérer à la vaccination. Les imams et les guides religieux sont écoutés par les populations parce qu'ils renforcent leur foi en Dieu » (Homme, 44 ans, enseignant, Mbour).

Deux avis divergent en ce qui concerne l'effet du discours religieux. D'une part, la pratique des mesures préventives par les guides religieux a facilité la prise de conscience face aux risques de la maladie. D'autre part, il existe des personnes qui pratiquent les mesures barrières suite à l'ordre des chefs religieux mais ne croient pas à l'existence de la maladie. Les propos ci-dessous d'un enquêté illustrent ce cas :

« Vous savez, il y a beaucoup de personnes qui portent des masques c'est grâce à Serigne Mountakha, c'est parce qu'ils l'imitent car lui, le khalife porte un masque alors les autres en font autant, ici à Touba en tout cas c'est le cas. Certains en portent mais ne croient pas en l'existence de la maladie c'est seulement pour imiter le khalife » (Homme, 58 ans, non vacciné, Touba)

Les *bajenu-gox* (médiatrices de quartier) de leur côté ont joué un rôle important dans la sensibilisation sur le vaccin, l'éducation des enfants etc. au niveau communautaire. Ce sont des personnes très écoutées par les communautés comme le révèle cet enquêté :

« Dans mon quartier nous avons une bajenu-gox qui a beaucoup d'influence sur la population locale. C'est une personne que les gens comme moi écoutent. D'ailleurs, c'est grâce à elle que nos enfants ont pu être à l'école. Elle fait beaucoup de choses pour la population locale » (Homme, 31 ans, couturier, Dakar).

La communication a revêtu un caractère institutionnel mettant en avant le président, le ministre de la santé et d'autres ministres ainsi que partiellement des professeurs et médecins. Il en est suivi une saturation auprès de la population du fait d'un discours récurrent. Face à cette routine, la communication des chefs religieux est apparue comme une des clés de voûte du renouvellement des messages autour du sens que charrie la pandémie. Force est de reconnaître que la pandémie a interpellé la société dans son ensemble comme une étape charnière de sa quête de sens. A cet effet, le recours au religieux devient un des ressorts du sursaut devenu nécessaire pour une société qui s'interroge sur son devenir comme l'illustre le schéma ci-dessous.

Schéma 5 : Les personnes influentes

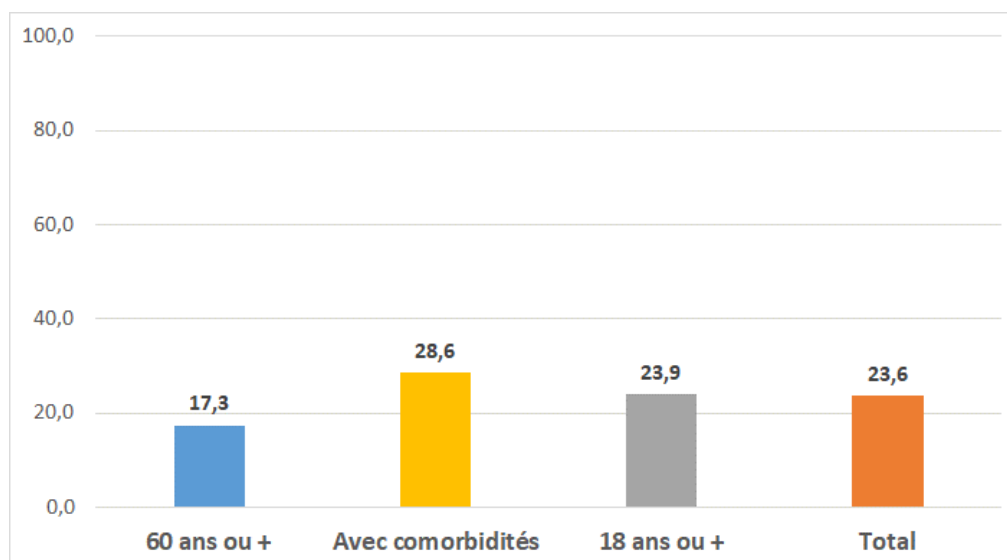


Source : LARTES-IFAN, 2021.

3.3.3 Vécu des effets secondaires

L'analyse du vécu de la COVID-19 met en évidence les différents événements inhérents à l'expérience de la vaccination au niveau individuel. Comme l'indique la Figure 24, l'apparition d'effets secondaires suite à la vaccination anti-COVID-19 se note chez près d'un quart (23,6%) plus particulièrement chez les personnes vivant avec des comorbidités (28,6%). Quant aux personnes âgées de plus de 60 ans, ils ne développent des effets secondaires qu'à hauteur de 17,3%.

Figure 24: Proportion d'enquêtés ayant vécu des effets secondaires suite à la vaccination par catégorie socio-sanitaire (%)

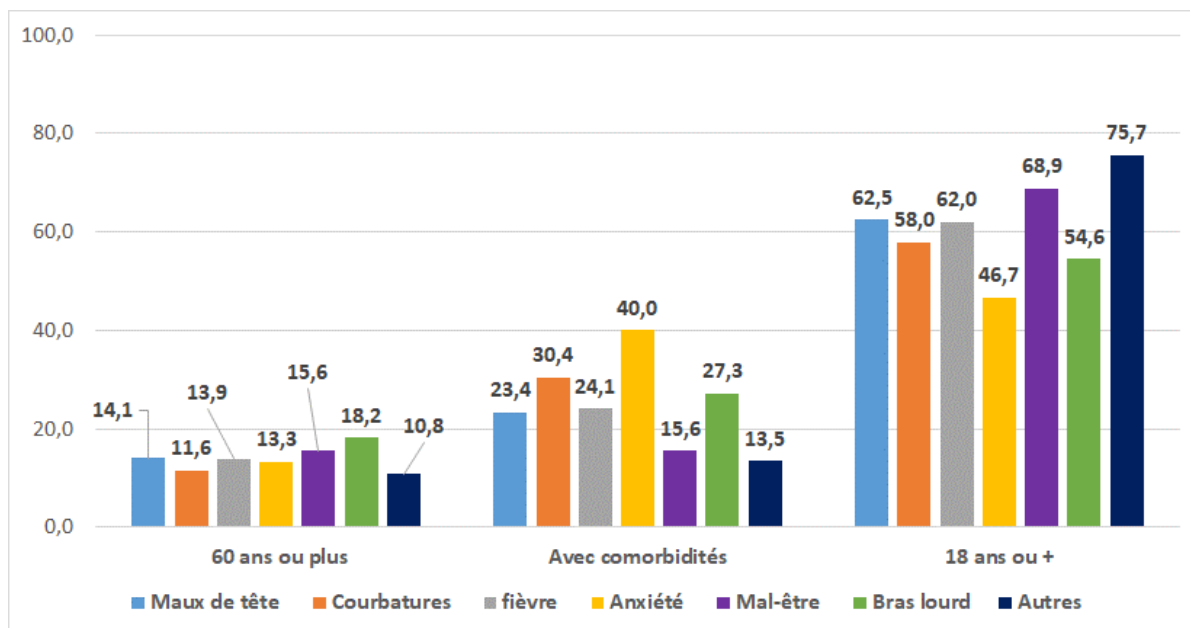


Source : LARTES-IFAN (2021)

La Figure 25 montre que les types d'effets secondaires les plus observés varient d'une catégorie socio-sanitaire à l'autre. En effet, chez les personnes âgées de plus de 60 ans, la lourdeur du bras (18,2%) et le sentiment de mal-être (15,6%) sont les plus notés. Tandis que les personnes vivant avec des comorbidités, l'anxiété (40%) et les courbatures (30,4%) dominent parmi les effets secondaires notés. Les personnes âgées de plus de 18 ans

représentent la catégorie où l'on observe le plus d'effets secondaires après la vaccination. Dans sa majorité, cette catégorie a subi (75,7%) d'autres types d'effets secondaires ou un sentiment de mal-être (68,9%).

Figure 25: Types d'effets secondaires après la vaccination par catégorie socio-sanitaire-QCM (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

L'analyse des entretiens a fait ressortir les effets secondaires les plus marquants chez les individus ayant été vaccinés. En effet, pour la majorité des interviewés, ces effets se manifestent par des douleurs articulaires, de la fatigue, des maux de tête, etc. (Voir Schéma 3). Ces effets indésirables d'intensité légère comme illustrés dépendent de plusieurs facteurs dont le type de vaccin, le profil de l'individu etc.

Schéma 6: Analyse des effets secondaires



Source : LARTES-IFAN, 2021.

Certaines personnes vaccinées intègrent bien les effets secondaires comme étant intrinsèques à la prise de médicament. L'interlocuteur suivant compare les effets secondaires du vaccin contre le paludisme à ceux relatifs aux vaccins contre la COVID-19.

« Oui ça m'a un peu affecté j'ai eu le corps chaud ; Mais même avec le paludisme après avoir pris le vaccin tu es un peu amoché. Quand tu prends l'Oxacilline pendant 24h ça te fatigue vraiment mais après tu en vois le résultat. Ca te fatigue un peu mais ce n'est pas grave. J'ai été un peu secoué mais je n'ai pas eu de problème par la suite parce je ne souffre d'aucune maladie pouvant me nuire. Machaallah, je rends grâce à Dieu ». (Homme, 68 ans, Ngaye).

D'autres personnes évoquent l'intensité des douleurs associées aux vaccins contre la COVID-19 en particulier cette résidente de Dakar qui relate en outre un recours à une consultation couteuse :

« Mais quand je l'ai fait, ça m'a coûté 20.000F pour consultation parce que j'ai souffert 3 jours, je ne pouvais même pas me lever pour vous dire combien j'ai galéré après la vaccination. J'avais des courbatures, des maux de tête, de la fièvre. Je ne pouvais pas dormir, je n'ai pas fermé l'œil toute la nuit ». (Femme, 33 ans, Dakar).

Par ailleurs, le manque d'informations sur les effets secondaires lors de l'administration du vaccin constitue un frein à l'acceptabilité pour les non vaccinés.

« D'après les informations que j'ai eues les effets du vaccin ne sont pas divulgués avant la prise. Ils ont attendu d'abord la prise de certaines doses pour informer les gens des effets secondaires ». (Homme, 38 ans, non vacciné, Dakar).

En définitive, on peut retenir que les effets secondaires sont considérés comme non graves par la majorité des répondants ayant vécu la vaccination. Ces réactions passagères qui dépendent de plusieurs facteurs ne constituent pas un frein à l'acceptation des vaccins pour les individus déjà vaccinés. Néanmoins, le manque de communication sur les effets secondaires des vaccins ne favorise pas une adhésion à la vaccination.

3.4. Prise en charge de la COVID-19

Cette partie traite de l'appréciation de la prise en charge de la COVID-19 par les communautés et des stratégies de prise en charge mises en place.

3.3.4 Appréciations de la prise en charge de la COVID-19

La prise en charge de la COVID-19 a été bien appréciée par la majorité des répondants. En effet, il ressort des entretiens que la maîtrise de la maladie par les acteurs de la santé ainsi que leur compétence ont contribué à la prise en charge efficace des malades, quel que soit le lieu de traitement.

« Nos docteurs sont très compétents « ken du ñu xee » (personne ne peut nous sous-estimer). De même, le personnel de santé de notre dispensaire est très brave même si les moyens ne sont pas au rendez-vous. A chaque fois que quelqu'un sentait quelque chose semblable à cette pandémie, ils étaient

toujours présents à assister la population. Mais l'hôpital manque d'équipements » (Homme, 52 ans, Somone).

« Et vraiment chapeau au personnel médical, vraiment c'est de vrais professionnels, à vrai dire, j'avais attrapé la maladie mais ils m'ont soigné jusqu'à la guérison vraiment et c'est grâce à eux que je vous parle actuellement » (Femme, 52 ans, Diourbel).

« Non je ne suis pas parti à l'hôpital parce qu'à l'hôpital..... On coordonnait avec j'ai oublié le nom de la dame là de l'hôpital Fann, on coordonnait avec elle et elle nous a dit ça, ce sont des formes qui ne sont pas du tout sévères. Ce n'est pas la peine de venir à l'hôpital, ce sont ces médicaments qu'ils vous seront donner, donc autant rester chez toi, tu prends tes précautions, tu prends les médicaments et tu te protèges» (Femme, 46 ans, Thiès).

« Les docteurs surtout les militaires sont des « jambaar », ceux qui sont dans les régions aussi sont des « jambaar» surtout que c'est une maladie très contagieuse porter sa tenue et aller au secours d'une personne malade pour en prendre soin vraiment tu as accompli ton devoir de citoyen ». (Homme, 66 ans, Thiès).

En définitive, on peut retenir que les communautés ont des opinions très positives sur la prise en charge de la maladie par les acteurs de la santé.

Le respect des mesures barrières reste une priorité pour les populations

Les actions de sensibilisation sur la pandémie COVID-19 se sont déroulées dans différents espaces au sein de la communauté. A ce titre, la population a pris conscience de la maladie et respecte scrupuleusement les mesures barrières telles que le port du masque, la distanciation sociale, l'utilisation du gel antiseptique, l'arrêt de transport commun, le respect des précautions liées au rassemblement en cas de cérémonies. Ces consignes sont strictement mises en pratique par la majeure partie de la population.

Schéma 7 : Les mesures barrières contre la COVID-19



Source : LARTES-IFAN, 2021.

Par ailleurs, il est important de mentionner la mise en place par les acteurs de l'éducation ainsi que les leaders communautaires d'un dispositif permettant d'éradiquer la maladie au niveau des établissements scolaires et espaces communautaires. En effet, vu la propagation de la maladie et l'incidence sur les activités scolaires, certains acteurs de l'éducation pensent qu'il est important d'ajouter la thématique dans le programme du cours d'Instruction Civique et Morale (ICM). Cette stratégie permettra non seulement la connaissance de la maladie et ses symptômes ; et des mesures préventives mais aussi facilitera la prise de conscience et la mise en pratique des consignes dans la vie quotidienne des élèves.

« Pour les masques je les porte et je n'ai jamais négligé cela, moi j'ai toujours détesté les regroupements depuis que le virus est arrivé, j'ai complètement arrêté. Comme je l'ai toujours dit, je ne vais pas arrêter de me protéger. Je ne vais jamais arrêter ». (Homme, 28 ans, pêcheur, Mbour).

« J'ai tout le temps des bouteilles de gel hydroalcoolique, j'applique sur mes mains, celui qui veut me saluer avec la main...d'ailleurs moi je n'ai pas l'habitude de donner la main aux hommes mais pour les femmes, je peux les saluer avec la main, après j'applique le gel sur mes mains pour éliminer les bactéries, je porte le masque aussi toute la journée. J'ai aussi un produit désinfectant que j'applique sur mes « mëlfi (traduction) ». (Femme, 37 ans, Dakar).

« Il est hors de question que je sorte sans mon masque, peut-être même les gens vont dire que je vais un peu loin parce que je porte mon masque tout le temps. Malheureusement, il y'a plusieurs personnes qui ne portent plus leurs masques. Même dans les moments les plus critiques de la pandémie où le nombre de morts était inquiétant, il y'a des gens qui ne portaient pas leurs masques ». (Femme, 74 ans, Dakar).

En définitive, le respect des mesures barrières est perçu comme un devoir civique chez les communautés. En effet, face à la propagation et la contamination de la pandémie, l'adoption de bons comportements tels que le port de masque constituent les seuls moyens de protection et de prévention de la COVID-19.

3.5 Stratégies de la prise en charge de la COVID-19

Les stratégies de prise en charge des cas de COVID-19 se font à deux niveaux. Au sein du ménage avec le soutien moral et la prise charge médicale qui se fait au niveau des structures sanitaires plus particulièrement au niveau des centres dédiés au traitement des malades de COVID-19.

Au sein des ménages

Le mode de cohabitation ne facilite pas les dispositions de la prise en charge des cas de COVID-19 au sein du ménage. Mais une prise de conscience soudaine est notée chez les personnes qui ont vécu avec les individus atteints de COVID-19. Des dispositions ont été prises au sein des ménages pour protéger les autres membres. En même temps, on note un soutien des autres membres du ménage à l'endroit de la personne atteinte. Cependant, un déni de la maladie à Corona virus est souvent noté chez les individus atteints, ce qui explique le retard de la prise en charge médicale.

« En tant que chef de famille, je lui ai conseillé de rester dans sa chambre et de respecter la prise de ses médicaments et le suivi médical. Nous lui avons apporté notre soutien moral en lui faisant savoir que c'est une maladie qui se guérit si elle suit les recommandations du personnel de santé. A la fin du traitement elle a été testée négative ». (Homme, 44 ans, chef religieux, Mbour).

« Lorsque j'ai été contaminée, j'ai attendu deux jours avant d'aller à l'hôpital, j'étais partie pour savoir ce qui m'arrivait et lorsqu'on m'a testé on a vu que c'était la COVID. En partant à l'hôpital je ne savais plus où j'étais, on m'a alors donné des médicaments et quand je les ai pris, j'ai vomi et c'est seulement après cela que j'ai retrouvé mes esprits vraiment ». (Femme, 52 ans, Diourbel).

« A l'école nous avons mis un dispositif intégré qui impliquait toute la communauté dans la riposte et les populations s'en sont appropriées. En tant qu'acteur de l'éducation j'invite la tutelle à prendre en compte l'éducation de nos valeurs morales et civiques dans notre système éducatif. Les cours d'éducation civique sont d'une importance capitale. Les mesures barrières ne sont rien d'autre que les bons comportements de la vie quotidienne qui doivent être un réflexe pour toute personne ». (Homme, 50 ans, enseignant, Louga).

En somme, on peut retenir qu'en plus de la prise en charge des malades de la COVID-19 au sein des centres de traitement, les stratégies développées au sein des communautés et familles peuvent être considérées des moyens de sensibilisation et de mise en pratique des conseils et recommandations des autorités sanitaires sur la pandémie.

3.6 Effets de la COVID-19

Les différentes mesures prises pour faire face à la propagation de la COVID-19 ont eu des effets au niveau professionnel, familial et même au sein des couples.

Au niveau professionnel

Le Coronavirus a eu un effet dévastateur sur le plan professionnel étant donné que le semi confinement qui l'accompagnait et les autres mesures restrictives associées ont été fortes et très négatives pour le milieu de l'emploi. Si certains employés n'ont pas perdu leur emploi, une part très considérable a été obligée soit de changer d'horaires de travail soit de les réduire en raison du couvre-feu (de 20 heures à 06 heures) ou la réduction des effectifs (distanciation sociale).

« Et sur le plan professionnel c'était encore beaucoup plus dur parce qu'on était obligé de réorganiser les équipes, ceux qui travaillaient le matin et le soir, on était obligé de diminuer les heures de travail et cela a impacté les revenus de la pharmacie. (Homme, 30 ans, pharmacien, Dakar)

Au niveau familial

Nonobstant la précarité économique et sociale que les effets de la COVID-19 ont engendré dans les ménages déjà en difficultés, il faudrait ajouter le choc psychologique que cela a entraîné dans certains ménages, surtout avec le « sort » réservé aux victimes vivantes (isolement et abandon par ses voisins en cas de test positif) mais aussi et surtout celles décédées de la maladie (enterrement et funérailles en l'absence des proches et sans certains rituels funéraires).

« J'ai vécu une autre expérience très douloureuse avec mon oncle qui est décédé à l'hôpital. Quand nous avons reçu le corps, il était enveloppé dans un sac mortuaire blanc en plastique encastré et on nous avait formellement interdit d'ouvrir le sachet. Après la prière mortuaire, le corps a été enterré avec le sachet en plastique ». (Homme, 44 ans, guide religieux, Thiès)

Au sein du couple

De même, si la pandémie a permis de rassembler tous les membres de la famille à certaines heures de la journée ou de la soirée, elle n'a pas permis de raffermir les liens au sein du foyer. Au contraire certaines situations conflictuelles ont été notées en ce qui concerne par exemple la décision vaccinale au sein des couples.

« A commencer par ma femme, elle ne s'est pas vaccinée, pour te dire la vérité. J'ai beau parler mais elle dit ne pas avoir confiance, jusqu'à présent elle ne s'est pas vaccinée, mes amis et mes enfants aussi, c'est vrai que j'ai de petits enfants de 19 ans à 14 ans, je ne parle même pas d'eux mais leur maman ne s'est toujours pas faite vacciner ». (Homme, 55 ans, vacciné, consultant, Dakar)

3.7 Résultat du modèle explicatif du volet « communauté »

Les résultats du modèle de régression logistique appliquée pour saisir les déterminants de la « confiance aux vaccins anti COVID-19» sont présentés au Tableau 10. Il ressort que les personnes qui sont contre les vaccins anti COVID-19ans sont plus :

- les hommes (comparativement aux femmes) ;
- Les 18-24 ans (qui sont contre que tous leurs aîné ce qui traduit que la confiance aux vaccins croît avec l'âge)
- Les plus diplômés : qu'il s'agisse du secondaire ou du supérieur, ils sont moins confiants que les autres.
- Le milieu urbain ;
- Les personnes sans comorbidité ;
- Les personnes estimant que la COVID19 n'est pas dangereuse ;
- Les personnes qui n'ont jamais fait un test de COVID19.

Les données montrent que la contamination n'est pas significativement déterminante de la confiance aux vaccins anti COVID-19.

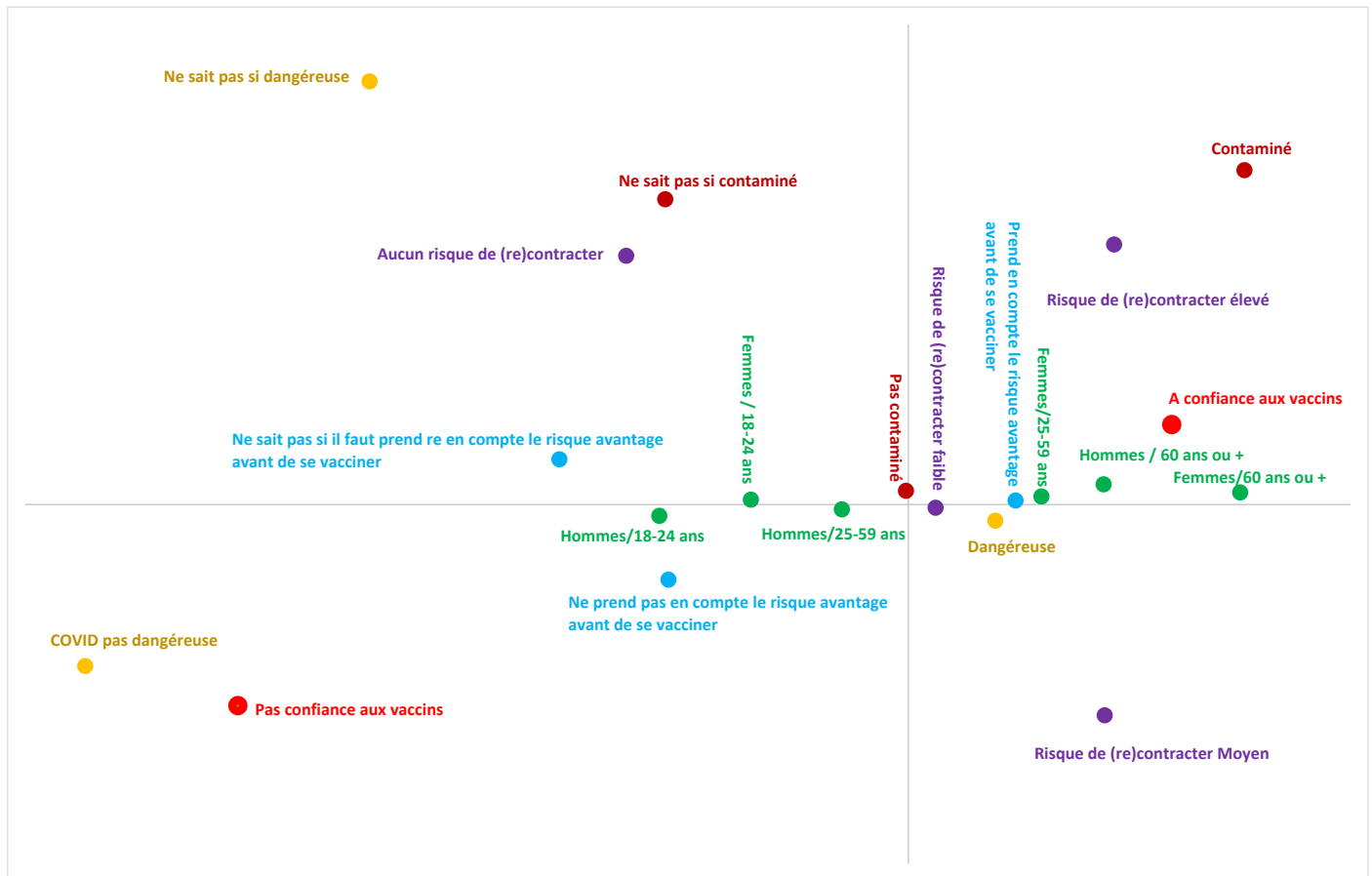
Tableau 10: Résultat du modèle explicatif du volet « communauté »

		Odds ratio	P>z	[95% conf,	interval]
Sexe et âge	Hommes/25-59 ans	1,66	0,00	1,25	2,21
	Hommes/60 ans ou +	4,99	0,00	3,13	7,95
	Femmes/18-24 ans	1,05	0,79	0,73	1,53
	Femmes/25-59 ans	2,24	0,00	1,63	3,07
	Femmes/60 ans ou +	7,16	0,00	3,44	14,92
	Hommes/18-24 ans	1,00	.	.	.
Niveau d'instruction	Primaire	1,05	0,75	0,79	1,39
	Secondaire	0,84	0,18	0,64	1,09
	Supérieur	0,69	0,01	0,52	0,91
	Ecoles Coraniques	1,08	0,56	0,83	1,42
	Alphabétisé	1,30	0,50	0,61	2,74
	Aucun (Réf.)	1,00	.	.	.
Milieu de résidence	Rural	1,27	0,01	1,06	1,52
	Urbain (Réf.)	1,00	.	.	.
Statut de comorbidités	Avec comorbidités	1,81	0,00	1,35	2,43
	Sans comorbidités (réf.)	1,00	.	.	.
Dangéroristé de la COVID-19	COVID19 maladie dangereuse	8,55	0,00	5,61	13,04
	Ne sait pas	1,75	0,04	1,03	2,98
	Pas dangereuse (Réf.)	1,00	.	.	.
Etat de contamination	Contaminée	1,21	0,62	0,57	2,57
	Ne sait pas	0,75	0,39	0,39	1,44
	Pas contaminée (Réf.)	1,00	.	.	.
Avoir réalisé un test COVID19	A réalisé un test COVID19	1,98	0,00	1,50	2,60
	N'a pas réalisé un test (Réf.)	1,00	.	.	.
	Constante	0,17	0,00	0,10	0,29

3.8 Profil des communautés par rapport à la confiance aux vaccins

Les résultats de l'ACM chez les communautés (Figure 1) montrent que le cœur de ceux qui ont confiance aux vaccins est constitué des seniors (hommes ou femmes), qui estiment qu'ils ont un risque élevé de contracter la maladie ou qui l'ont déjà contracté et surtout qui soutiennent prendre en compte le risque avant de se vacciner. Quant à ceux qui sont contre la vaccination, il s'agit principalement des personnes qui estiment que la maladie n'est pas dangereuse.

Figure 26: Profil des communautés par rapport à la confiance aux vaccins



Conclusion

La conclusion à ce premier volet communautaire récapitule les principales observations sous forme de situations relatives aux constats ainsi que les effets liés à l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19.

Situation	Constats	Effets
<p>17,3% qui disent qu'ils ne vont « jamais » se vacciner</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ils ne sont pas assez conscients de l'importance et de la nécessité de se faire vacciner. - 1,7% pensent que la pandémie est un complot de l'occident envers les pays pour la réduction de la population. - 4,3% pensent que les vaccins sont dangereux car pouvant créer d'autres maladies. - Le fait que le vaccin contient une puce qui permet de localiser la personne est évoqué par certains pourrait être un frein à leur vaccination. 	<ul style="list-style-type: none"> - La vaccination se fait surtout dans les structures de santé. - La communication est insuffisante avec l'absence de messages de motivation à l'action. - Il y a une implication limitée des acteurs communautaires. La télé, la radio et l'internet sont les sources d'information les plus citées (télé;45,8%, radio : 33,4%. Internet : 13%). - Pour la prise en charge de la vaccination, 8% sont satisfaits, 18,8% plutôt satisfaits et acceptable 28,5%. - Les informations erronées et les fake news à travers les médias et réseaux sociaux sèment le doute sur les vaccins.
<p>46,9% sont indécis (hésitation vaccinale)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 24,1% pensent que le vaccin a été développé très vite sans montrer qu'il est pleinement sûr et efficace. - 23,9% ont peur des effets secondaires après la vaccination. - 50,4% craignant les effets secondaires - 38,4% doutent du vaccin avec les rumeurs sur la qualité du vaccin (27,5%) et le manque de confiance au vaccin. 	<ul style="list-style-type: none"> - La communication a connu des insuffisances au niveau du contenu des messages. - Les stratégies utilisées n'ont pas permis d'atteindre les populations. - Divergence au niveau des interventions par les professionnels sur les vaccins.
<p>23,7% des enquêtés non vaccinés et qui envisagent de se vacciner</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 99,4% des enquêtes croient en l'existence de la maladie. - 54,5% qui ont confiance aux vaccins. - Ils sont conscients et motivés pour la vaccination. - 83,7% connaissent les signes de la maladie. - 92,3% connaissent la dangerosité de la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'offre de service de vaccination anti COVID-19 dans toutes les structures et les sites dédiés. - Disponibilité des vaccins préférés.

Il en résulte les recommandations spécifiques suivantes adressées aux autorités sanitaires :

Communication de proximité

- Développer une communication de proximité tels que les radios communautaires, les médias sociaux et les plateformes digitales pour exprimer de diverses manières la parole des scientifiques et autres professionnels de la santé. Cette communication se fixe pour objectif de remettre en cause les préjugés transmis, les informations fabriquées pour nuire, les *fake news (intox)* qui ne résistent pas du reste au temps. Force est de relever que la communication interpersonnelle véhiculant l'information scientifique a également fait défaut. Or, cette forme de communication est jugée crédible et à fort potentiel de changement des représentations et des comportements ;

Limitation du développement des rumeurs

- Encourager une démarche proactive ne laissant pas de place au développement de la rumeur. En effet, un regard critique sur la rumeur suffirait pour révéler ces représentations déformantes et la contrariété des événements qui sillonnent les faits relatés et qui tentent de lui procurer de la légitimité. La rumeur est présentée aussi comme « une opinion par défaut ». Il revient aux communicateurs d'occuper habilement l'espace communicationnel en émettant selon la diversité de style et d'outils les informations scientifiques capables d'asseoir la culture scientifique ;

Stratégies avancées de vaccination

- Favoriser un rapprochement des services de vaccination des lieux populaires par des stratégies dites avancées et accentuer la mobilisation des relais communautaires et *bajenu gox* (médiatrices de quartier) pour une vaccination massive.

IV. Résultats du volet professionnel·le·s de santé

Ce volet consacré aux principaux résultats des perceptions recueillies chez les professionnel·le·s de santé est articulés sous cet ordre: (i) les connaissances sur la COVID-19, (ii) les connaissances sur la vaccination, (iii) la prise de décision vaccinale, (iv) les facteurs favorisant ou freinant la vaccination, (v) les pratiques et attitudes des soignants lors de la vaccination et (vi) les stratégies pouvant favoriser la vaccination.

4.1 Connaissances des professionnel·le·s sur la COVID-19

Le niveau de connaissances des professionnel·le·s de santé sur la COVID-19 est abordée autour de cinq points que sont leur avis sur la dangerosité de la COVID-19, les raisons justifiant leur opinion, leur niveau de connaissance des symptômes de la maladie et de son origine.

4.1.1 Perceptions des professionnel·le·s sur la dangerosité de la COVID-19

La très grande majorité des professionnel·le·s de santé (96,63%) perçoivent la COVID-19 comme une maladie dangereuse comme le montre le Tableau 11.

Tableau 11: Distribution des professionnel·le·s de santé selon leur avis sur la dangerosité de la COVID-19

	n	%
Dangereuse	402	96,63
Pas dangereuse	12	2,88
Ne sait pas	2	0,48
Total	416	100

Source: LARTES-IFAN (2021)

Il transparaît dans les données qualitatives que les avis ne sont pas unanimes sur la COVID-19. Au moment où les professionnels étaient conscients de la dangerosité et du niveau élevé de contagiosité de la maladie, les populations n'avaient pas suffisamment d'informations sur la COVID-19. A cela s'ajoutent les rumeurs et la désinformation sur la maladie.

« Au début les sénégalais n'y croyaient pas beaucoup, quand on a enregistré beaucoup de cas, cela a commencé à devenir grave et ce qui l'a rendu beaucoup plus grave c'est l'idée que les sénégalais se sont faits de la maladie, ils

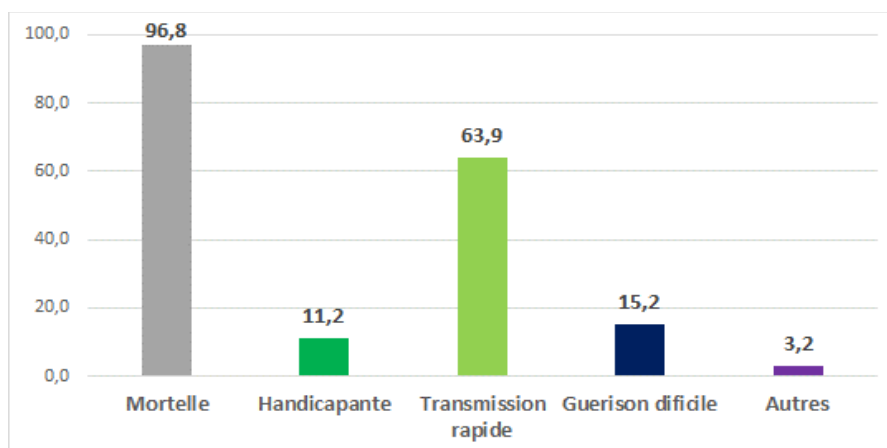
commençaient à stigmatiser les gens qui étaient contaminés ou les quartiers ou des régions où on a recensé des cas. Je pense que cette stigmatisation et le manque d'information aussi a créé toute cette psychose» (pharmacien).

Cette absence d'unanimité favorise une évolution rapide de la maladie au niveau communautaire du fait du non-respect des mesures barrières par certaines personnes. Dans le même temps, la peur d'être contaminé a conduit à la stigmatisation des malades de la COVID-19 au sein des quartiers.

4.1.2 Raisons de la dangerosité de la COVID 19 selon les professionnel·le·s de santé

Comme l'illustre la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, les données montrent que la quasi-totalité des professionnel·le·s de santé qui perçoivent la maladie comme dangereuse (96,8%) estiment que sa létalité en est le facteur principal. La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** montre que quel que soit le statut socioprofessionnel, la très grande majorité des professionnel·le·s de santé (91,9% chez les médecins ; 98,3% chez les infirmiers ; 96,3% chez les autres professionnel·le·s de santé) perçoivent la maladie comme telle. Sa rapidité de transmission apparaît également comme un facteur déterminant chez plus de la moitié des professionnel·le·s de santé (63,9%). Cette tendance est similaire quel que soit le statut socioprofessionnel (59,7% chez les médecins, 65,4% chez les infirmiers, 63,3% chez les autres professionnel·le·s de santé).

Figure 27: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme telle (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

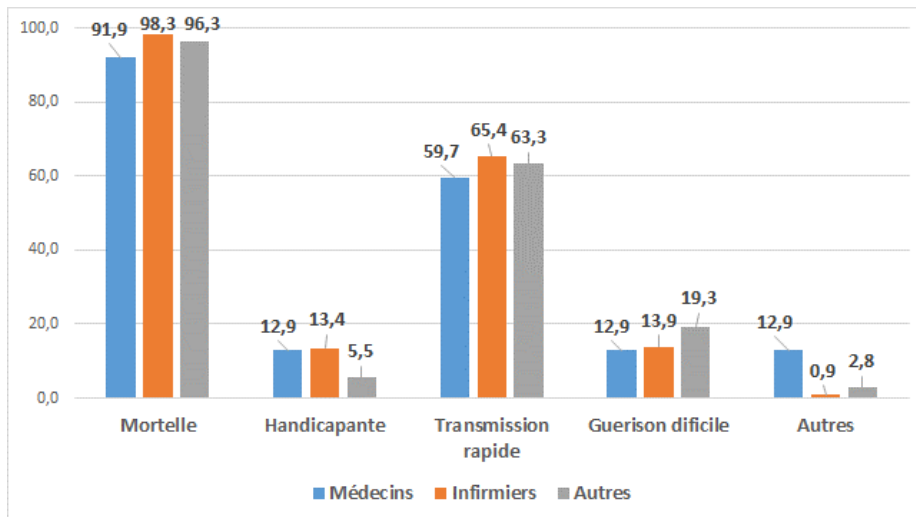
Les perceptions recueillies auprès des professionnels de santé mettent en évidence son impact sur la société. Les mesures barrières édictées en vue d'une baisse de la contamination ont progressivement installé une modification des habitudes (impossibilité de se serrer la main, interdiction des rassemblements et cérémonies, port obligatoire de masque etc...). Cette situation a une incidence sur la vie en communauté contribuant à distendre les liens. De plus, la psychose de la maladie et le respect strict des mesures barrières ont conduit à une baisse des activités et de surcroît une diminution des revenus des ménages comme l'atteste cet enquêté:

« Depuis maintenant deux ans, toutes les activités sont au ralenti. Cela a impacté l'économie et nos habitudes de vie. Vous savez les sénégalais aiment donner la main. On avait également des difficultés pour garder les masques en permanence et respecter les mesures barrières. La maladie a vraiment changé notre façon de vivre et a eu une grosse incidence sur les revenus des populations » (Relais communautaire).

Sur le plan professionnel, une réorganisation des horaires de travail et une réduction du personnel ont été observées. Cette situation a entraîné des dysfonctionnements et une baisse des revenus dans certaines entreprises.

« Sur le plan professionnel c'était encore beaucoup plus dur parce qu'on était obligé de réorganiser les équipes, ceux qui travaillaient le matin et le soir, on était obligé de diminuer les heures de travail et cela a impacté sur les revenus de la pharmacie » (Pharmacien).

Figure 28: Raisons de la dangerosité de la COVID-19 des professionnel-le-s de santé qui la perçoivent comme tel selon leur statut socioprofessionnel (%)

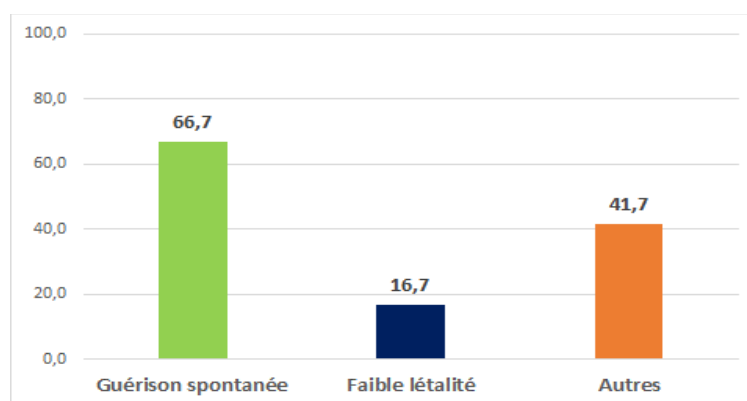


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.1.3 Raisons de la non-dangereuse de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé

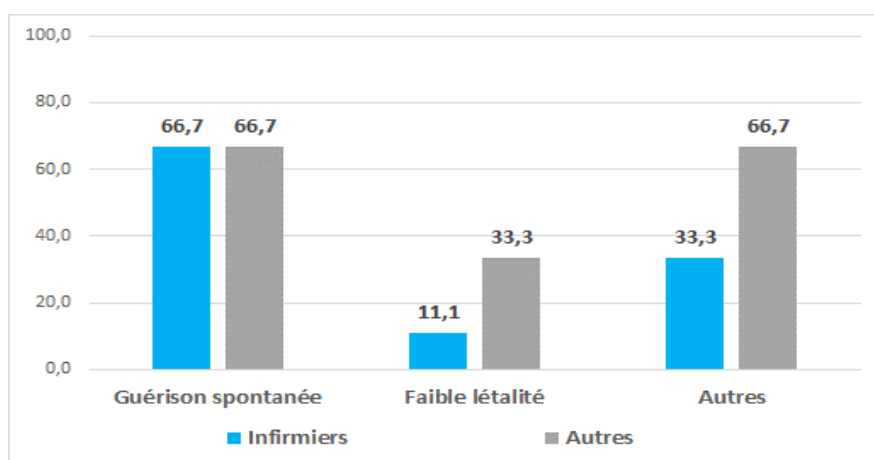
La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** montre que près de trois quarts des professionnels de santé qui perçoivent la COVID-19 comme non dangereuse (66,7%) le justifient par la « spontanéité de sa guérison ». Cela s’observe respectivement chez une proportion égale (66,7%) d’infirmiers et d’autres professionnels de santé comme l’indique la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**. Près de la majorité des professionnel·le·s de santé jugeant la COVID-19 comme non dangereuse (41,7%) avancent d’autres raisons justifiant cet avis. Cette part est composée majoritairement des autres professionnel·le·s de santé (66,7%) et d’infirmiers (33,3%). En effet, il est à noter que chez les professionnel/les de santé enquêtés/es, les médecins ne figurent pas parmi ceux qui pensent que la maladie n’est pas dangereuse.

Figure 29 : Raisons de la non-dangereuse de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé qui la perçoivent comme telle (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 30: Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel-le-s de santé qui la perçoivent comme telle suivant le statut socioprofessionnel (%)

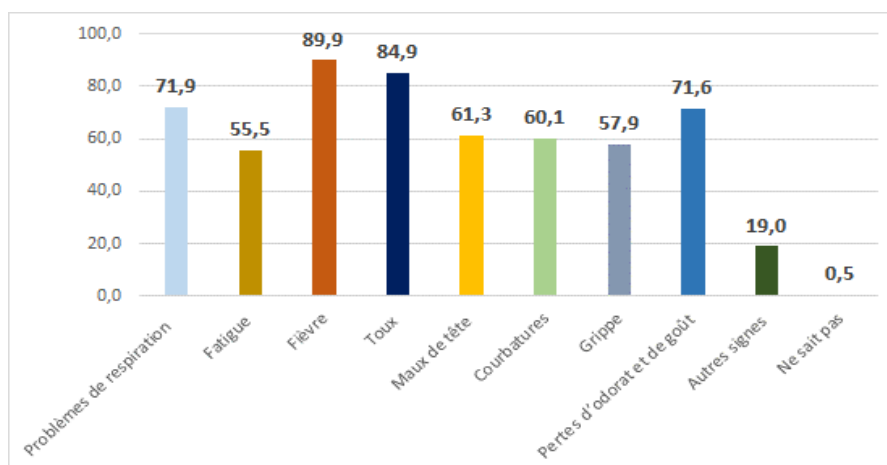


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.1.4 Les signes de la COVID-19

Les données illustrées à travers la Figure 31 montrent que les signes les plus récurrents chez les professionnel-le-s de santé enquêté-e-s sont la fièvre (89,9%), la toux (84,9%), les problèmes respiratoires (71,9%) et la perte d'odorat et de goût (71,6%).

Figure 31: Signes de la COVID-19 selon les professionnel-le-s de santé-QCM (%)



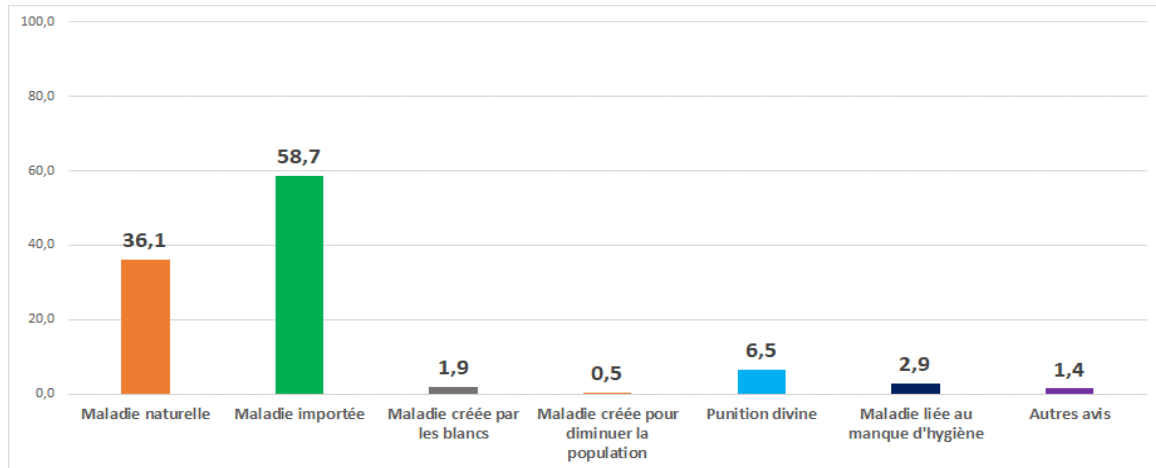
Source: LARTES-IFAN (2021)

4.1.5 Origine de la COVID-19

Comme le révèle la Figure 32, plus de la majorité des professionnel-le-s de santé (58,7%) pensent que la COVID-19 est une « maladie importée ». Cet avis est partagé essentiellement

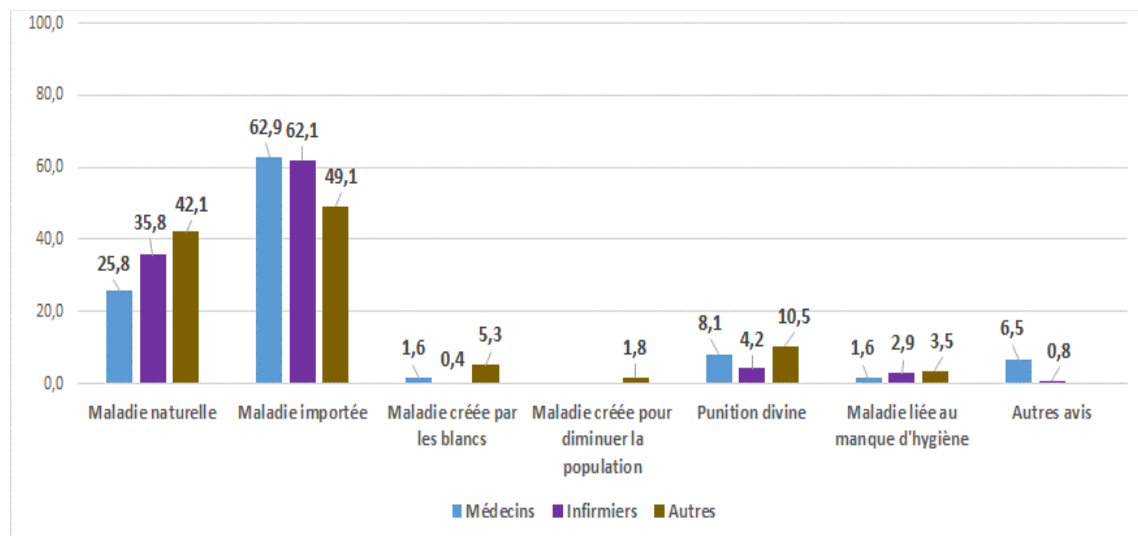
par les médecins (62,9%) comme l'indique la Figure 33. Plus d'un tiers pensent que la COVID-19 est une « maladie naturelle ». Cette proportion est assez représentée par les autres professionnel·le·s de santé (42,1%).

Figure 32: Avis des professionnel·le·s de santé sur l'origine de la COVID-19-QCM (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 33: Avis des professionnel·le·s de santé sur la COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel(%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

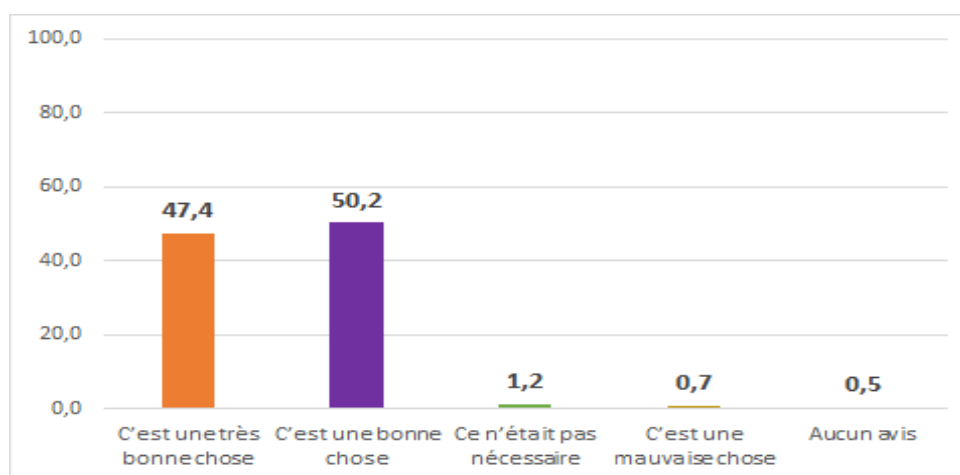
4.2 Connaissances sur la vaccination

Les connaissances des professionnel·le·s de santé sur les vaccins contre la COVID-19 sont présentées en trois points : (i) leur avis sur l'introduction des vaccins au Sénégal, (ii) leur niveau de confiance aux vaccins contre la COVID-19 et (iii) leur avis sur l'utilité des vaccins contre la COVID-19.

4.2.1 Avis sur l'introduction des vaccins au Sénégal

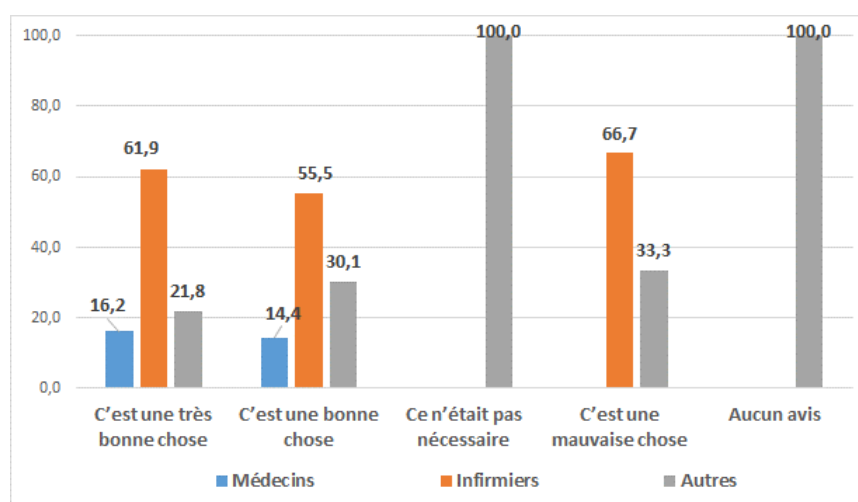
La Figure 34 montre que la plupart des professionnel·le·s de santé ont un avis favorable par rapport à l'introduction des vaccins anti COVID-19 au Sénégal. En effet, près de deux professionnel·le·s sur cinq (47,4%) affirment que cela est « une très bonne chose ». Parmi ceux/celles qui partagent cet avis, la grande majorité (61,9%) sont des infirmiers/es (Figure 35). Plus de la moitié des professionnel·le·s de santé (50,2%) affirment que cela est « une bonne chose » dont la plupart (55,5%) sont également des infirmiers/es.

Figure 34: Avis sur l'introduction des vaccins anti COVID-19 au Sénégal (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 35: Avis sur l'introduction des vaccins anti COVID-19 selon le statut socioprofessionnel (%)

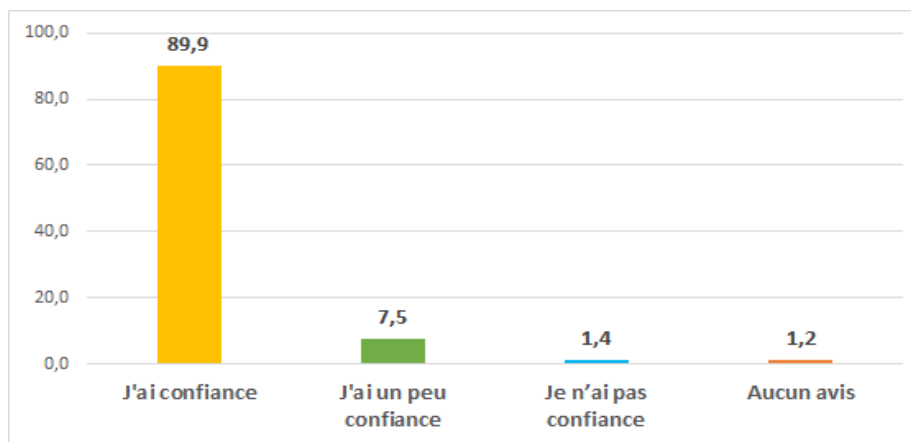


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.2.2 Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19

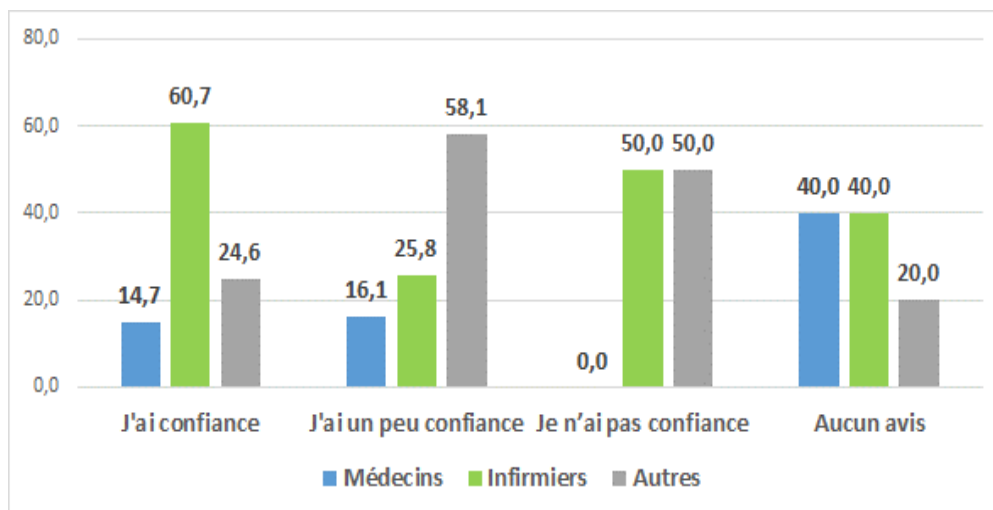
Comme illustrée à la Figure 36, plus de trois quarts (89,9%) des professionnel·le·s de santé accordent leur confiance aux vaccins anti COVID-19. Cela se remarque plus chez les infirmiers/es qui représentent 60,7% des enquêtés/es affirmant avoir confiance aux vaccins anti COVID-19 (Figure 37). Une faible part des enquêtés/es (7,5%) déclarent avoir une légère confiance aux vaccins. Parmi ceux/celles qui n'ont pas une confiance totale aux vaccins anti COVID-19, près d'un cinquième (16,1%) sont des médecins. Dans l'ensemble, seule une faible part (1,4%) affirme ne pas avoir confiance aux vaccins. Elle est composée majoritairement d'infirmiers/es (50%).

Figure 36: Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 37: Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel



Source: LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives montrent que ceux qui n'ont pas confiance aux vaccins contre la Covid-19 ont des craintes liées à leur fiabilité du fait de leur développement jugé très rapide

ainsi que les pays d'origine. En effet, les controverses autour des vaccins ont progressivement suscité des doutes quant à l'utilité des vaccins. Cette situation est à l'origine de l'hésitation vaccinale chez certains professionnels qui croient davantage en l'immunité naturelle.

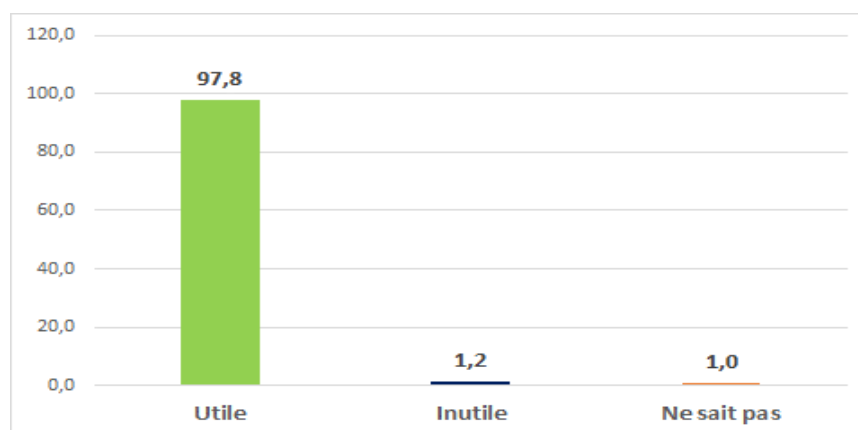
« Je n'ai pas une entière confiance à la vaccination. D'abord la rapidité de mise sur le marché me pose un problème, deuxièmement il n'y a pas eu d'unanimité, c'est chacun pour soi. Les anglais ont leur vaccin, les américains aussi, les français, les asiatiques...chacun dit que c'est le sien qui est bon, les gens contestent les vaccins, les essais cliniques... Parfois aussi il y a les anti-vaccins, sur le domaine scientifique leurs explications sont plausibles, parfois on entend les pro-vaccins qui aussi ont des explications sensées. Les anti-vaccins te disent que l'immunité naturelle est meilleure, les pro-vaccins te disent qu'il faut vacciner pour éradiquer la maladie. » (Pharmacien).

Ces incertitudes et l'absence d'unanimité sur les vaccins anti-Covid-19 constituent des facteurs défavorables à leur acceptabilité.

4.2.3 Utilité des vaccins

La Figure 38 montre que la quasi-totalité (97,8%) des professionnel·le·s de santé juge que les vaccins anti COVID-19 sont utiles. La proportion d'enquêtés/es partageant cet avis est majoritairement constituée d'infirmiers/ières (58,5%) comme l'indique la Figure 39. Les médecins et les infirmiers/es ne sont pas du tout représentés dans la faible proportion de professionnel·le·s de santé pensant que les vaccins anti COVID-19 (1,2%),

Figure 38: Distribution des professionnel·le·s de santé selon leur avis sur l'utilité des vaccins (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Les avis des professionnels de santé quant à l'utilité des vaccins sont partagés. Certains considèrent le vaccin comme néfaste au système de défense de l'organisme qui ne réagit plus face aux effets secondaires. Les propos de cette pharmacienne illustrent bien ce constat :

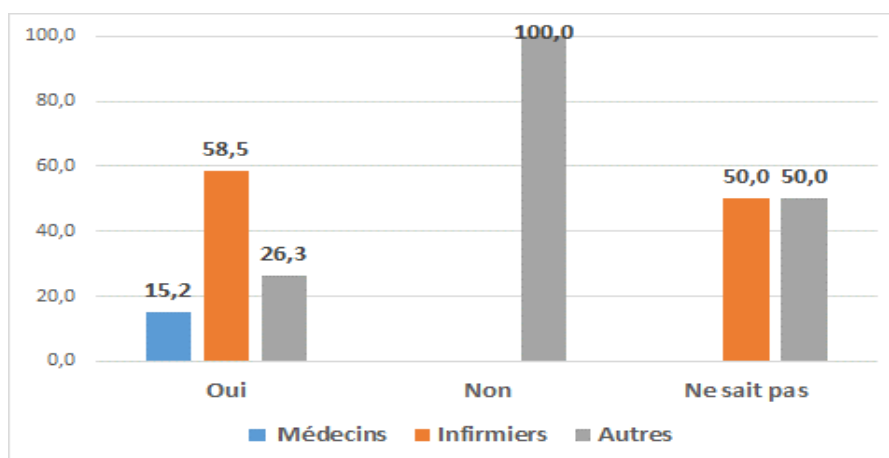
« Dieu nous a doté d'un bon système immunitaire, mais si on se fait vacciner, le système immunitaire ne réagit plus ». (Pharmacienne, Dakar).

Pour d'autres professionnels, la vaccination est considérée comme le seul moyen de protection contre la Covid-19. Selon eux, il a été prouvé que l'introduction du vaccin conduit le système immunitaire à la fabrication de défenseurs contre le virus. Ce principe participe à l'acceptabilité des vaccins par ces professionnels comme l'illustre cet infirmier :

« Mais moi personnellement je pense que la vaccination reste la meilleure des solutions d'autant plus que c'est un peu le même principe également car quand tu te vaccine tu introduis le virus affaibli dans ton organisme et cela permet à tes défenseurs de le phagocyter et de créer des anticorps efficaces donc je considère que la vaccination est plus rassurante » (Infirmier).

In fine, l'opinion individuelle sur l'utilité des vaccins varie en fonction des différents fondements auxquels se réfèrent les professionnels de santé. Les théories liées à la vaccination en général influencent leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des vaccins contre la COVID-19.

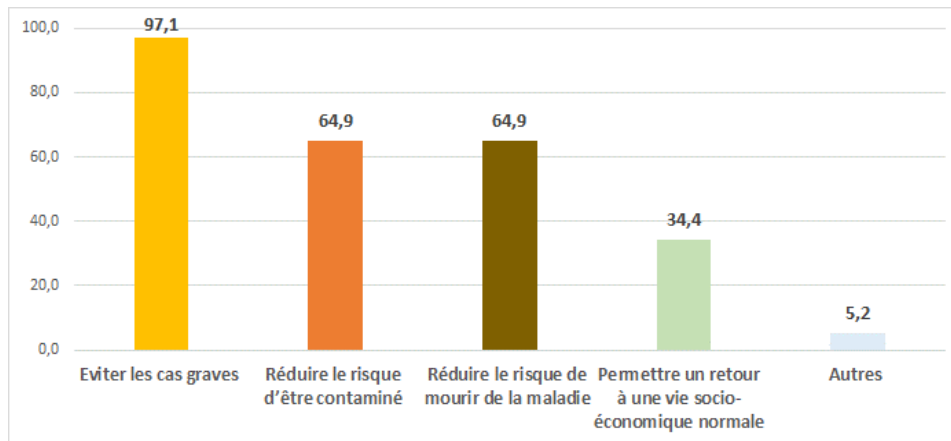
Figure 39: Distribution des professionnel-le-s de santé selon leur avis sur l'utilité des vaccins et leur statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN

La Figure 40 montre que la quasi-totalité des professionnel-le-s de santé jugeant les vaccins anti COVID-19 comme utiles avancent la possibilité d'« éviter les cas graves ». Le risque d'être contaminé et de mourir de la maladie apparaissent respectivement chez plus de la moitié de ces professionnels de santé (64,9%) comme le premier facteur d'utilité des vaccins anti COVID-19.

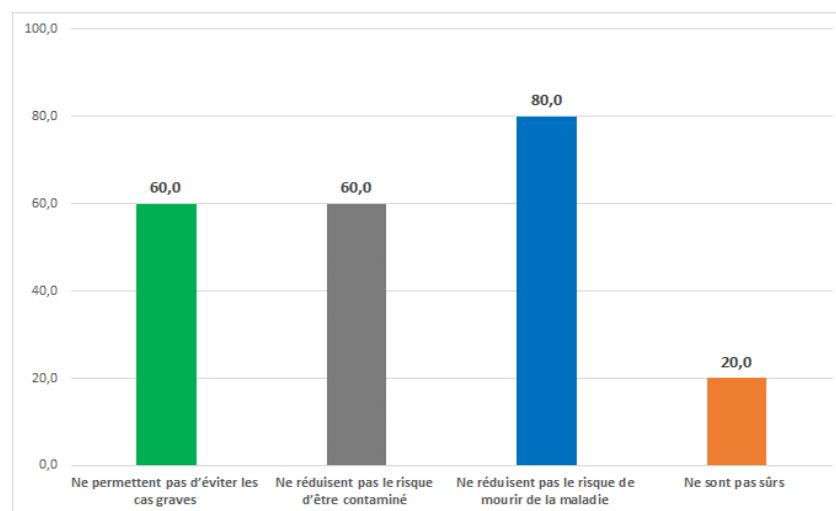
Figure 40: Raisons de l'utilité des vaccins anti-COVID-19 –QCM (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Comme le montre la Figure 41, près de trois quarts des professionnels de santé qui pensent que les vaccins ne sont pas utiles (80%) le justifient par l'incapacité des vaccins anti COVID-19 à garantir une réduction du risque de mourir de la maladie. Plus de la moitié des professionnels de santé qui trouvent les vaccins anti COVID-19 inutiles avancent que ceux-ci ne peuvent pas lutter contre le risque de cas graves. Une même proportion affirme également qu'une raison justifiant cet avis sur les vaccins anti COVID-19 est qu'ils n'empêchent pas de contracter la maladie.

Figure 41: Raisons de la non-utilité des vaccins anti-COVID-19-QCM (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

4.3 Prise de décision vaccinale

L'analyse de la prise de décision vaccinale chez les professionnel·le·s de santé porte sur (i) l'état de vaccination des professionnel·le·s de santé, (ii) les effets secondaires observés, (iii) les raisons de non-vaccination de ceux/celles qui sont pas encore vacciné·e·s, (iv) la part de

professionnel·le·s de santé non-vacciné·e·s ayant l'intention de se vacciner, (v) les raisons du refus vaccinal, (vi) la part de professionnel·le·s de santé retardant ou renonçant à la vaccination à cause de la disponibilité puis (vi) à cause de l'inaccessibilité.

4.3.1 Vaccination des professionnel·le·s de santé

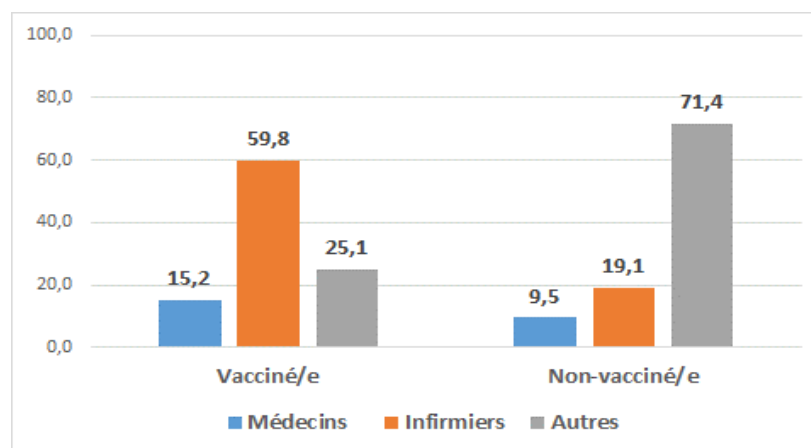
Le Tableau 12 : Vaccination des professionnel·le·s de santé dévoile que la très grande majorité (95%) des professionnel·le·s de santé enquêté.e.s sont vacciné.e.s. Parmi les vacciné.e.s, la plupart sont des infirmiers/es (59,8%) comme illustrée à la Figure 42. Les non-vacciné/es ne représentent qu'une part minime (5,1%) des professionnel·le·s de santé enquêtés/es. Parmi eux, on observe que près d'un cinquième (19,1%) des professionnel·le·s de santé sont des infirmiers/es et une faible part (9,1%) de médecins.

Tableau 12 : Vaccination des professionnel·le·s de santé

	n	%
Vacciné	395	95,0
Non vacciné	21	5,1
Total	416	100,0

Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 42: Vaccination des professionnel·le·s de santé selon leur statut socioprofessionnel



Source: LARTES-IFAN (2021)

Même si la vaccination est considérée comme une obligation pour certains professionnels de santé, d'autres considèrent que la décision de se vacciner reste un choix personnel. Cette opinion rejoint la thèse selon laquelle le vaccin réduirait l'efficacité du système immunitaire. Toutefois, les comportements imprudents de certains (se serrer la main, visites à domicile, non-respect des gestes barrières etc...) ont conduit certains professionnels réticents à l'acceptation du vaccin.

« Moi j'ai été vaccinée mais vraiment c'est malgré moi parce qu'il faut laisser quand même le système immunitaire réagir mais si la personne se fait vacciner, il fait taire son système immunitaire de telle sorte que...le mieux c'était de laisser le système immunitaire faire son travail, le laisser élaborer des anticorps nécessaires mais au rythme où vont les choses et comme les gens sont indisciplinés en Afrique, le mieux c'est de se faire vacciner parce qu'on ne respecte pas les mesures barrières, on ne porte pas de masque, on ne se lave pas les mains. Les gens viennent de façon intempestive vous rendre visite à tort et à travers. C'est pourquoi moi je me suis faite vacciner et j'invite tous les gens qui gravitent autour de moi à se faire vacciner aussi parce qu'on ne sait jamais » (Pharmacienne, Dakar).

Par ailleurs, l'adhésion des professionnels de santé à la vaccination est influencée par d'autres facteurs. Pour certains, d'un point de vue éthique, la vaccination devient une obligation. Par exemple, ce professionnel de santé a jugé obligatoire de se vacciner en premier avant de procéder à la vaccination de la population.

« J'étais obligé de me vacciner parce que je ne peux pas appeler les gens de la localité pour les vacciner alors que j'ai pas pris le vaccin » (Infirmier).

Pour d'autres acteurs de la santé, l'adhésion à la vaccination reste favorisée par leur niveau d'exposition face au risque de contracter la maladie. En effet, les soignants présentant des facteurs de comorbidités et en proximité avec les patients considèrent la vaccination comme un élément clé de l'ensemble des mesures face la contamination rapide de la Covid-19. Ce relais communautaire diabétique raconte sa prise de décision vaccinale en ces termes :

« Moi je suis allée me faire vacciner. D'abord parce que je suis une personne à risque puisque j'ai le diabète, ensuite je ne peux pas me présenter devant les gens leur demander d'aller se faire vacciner alors que je ne suis, moi-même, pas vaccinée. C'est comme si je ne croyais pas en ce que je disais. Ce sont les deux principales raisons pour lesquelles je me suis vaccinée. Je dois avouer que je suis allée me faire vacciner tardivement. Il m'est d'ailleurs arrivé qu'on me demande si j'étais vaccinée au cours d'un entretien de sensibilisation. Ce qui m'a finalement poussé à le faire. » (relais communautaire).

En effet, les données montrent qu'en dehors des structures de santé, l'acceptation des messages en faveur de l'adhésion vaccinale est conditionnée par la vaccination des professionnels de santé. Pour ce faire, certains soignants en contact direct et régulier avec la communauté font recours à la vaccination afin de les convaincre.

4.3.2 Effets secondaires

Le

Tableau 13: Distribution des PS selon leur observation d'effets secondaires montre une faible observation d'effets secondaires chez les professionnel·le·s de santé vacciné.e.s. En effet, moins d'un.e professionnel.le de santé sur cinq (16,7%) déclare avoir noté des effets secondaires suite à leur vaccination.

Tableau 13: Distribution des PS selon leur observation d'effets secondaires

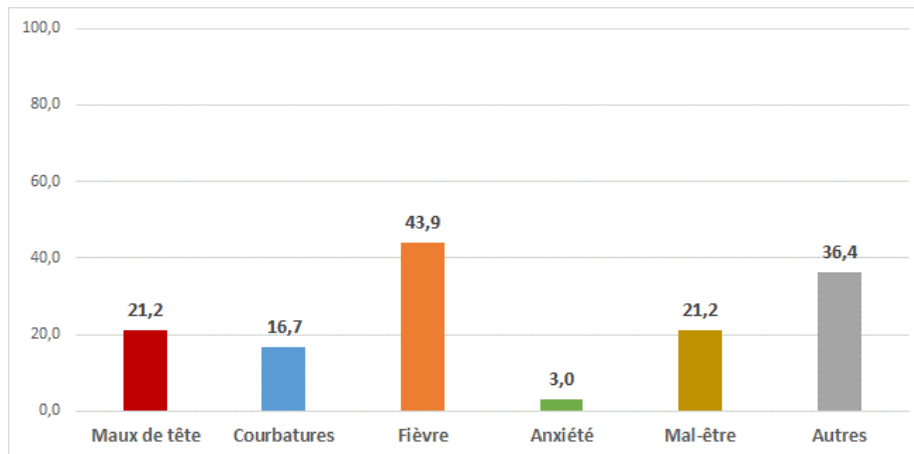
	n	%
Oui	66	16,7
Non	329	83,3
Total	395	100,0

Source: LARTES-IFAN (2021)

Il apparait à la

Figure 43 que les effets secondaires les plus observés sont la fièvre et d'autres types d'effets secondaires. En effet, près de la majorité des professionnel·le·s de santé enquêtés/es (43,9%) affirment avoir noté de la fièvre chez les vaccinés/es. Plus d'un tiers des professionnel·le·s de santé enquêté.e.s (36,4%) déclarent avoir noté d'autres types d'effets secondaires.

Figure 43: Types d'effets secondaires observés-QCM (%)



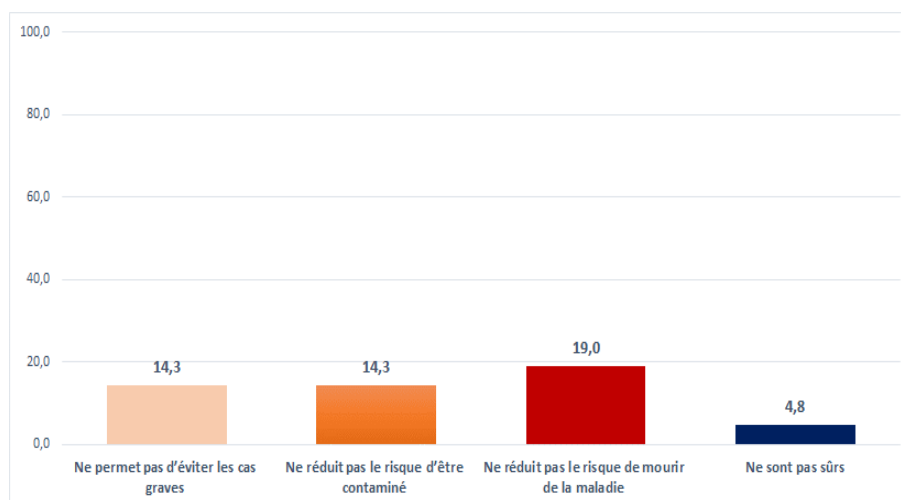
Source: LARTES-IFAN (2021)

4.3.3 Raisons de non-vaccination des professionnel·le·s de santé

La

Figure 44 montre que la raison la plus récurrente de non-vaccination des professionnel·le·s de santé non vaccinés/es (19%) est l'incapacité des vaccins anti COVID-19 à réduire le risque de mourir de la maladie.

Figure 44: Raisons de non vaccination des professionnel·le·s de santé (non vacciné/es) -QCM (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Les raisons de non-vaccination chez les professionnels de santé sont diverses. D'une part, les rumeurs et les fausses informations sur la maladie (réduction de la population, nanoparticules dans les vaccins etc...) ont installé un sentiment de méfiance à l'égard des vaccins chez certains professionnels. D'autre part, la mise au point des vaccins en un temps record est considérée par certains professionnels comme « inimaginable ».

« Pour parler de COVID-19 je préfère enlever ma casquette de personnel de santé. En parlant en tant que personne lambda, je vais dire que les vaccins sont accueillis avec suspicion. Il y'a beaucoup de rumeurs avant l'arrivée des vaccins, on parlait d'une théorie du complot, d'une réduction de la population etc. Il y'a des choses que l'on ne peut pas nier parce que la technologie est très avancée. Si nous entendons que des nanoparticules sont introduites dans les vaccins pour contrôler ceci ou cela, nous pouvons y croire parce que la technologie est très avancée. D'ailleurs, ils se sont basés sur le développement de la technologie pour nous faire croire que les vaccins sont bons et que c'est possible de fabriquer ces vaccins en si peu de temps, c'est inimaginable » (Infirmier).

Par ailleurs, l'obligation vaccinale des professionnels de santé perçue par certains comme une privation de leur liberté, favorise des résistances à la vaccination. A cela s'ajoute l'absence de garantie sur l'efficacité des vaccins. Cela démontre que la décision de se vacciner demeure un choix personnel quel que soit le statut de la personne.

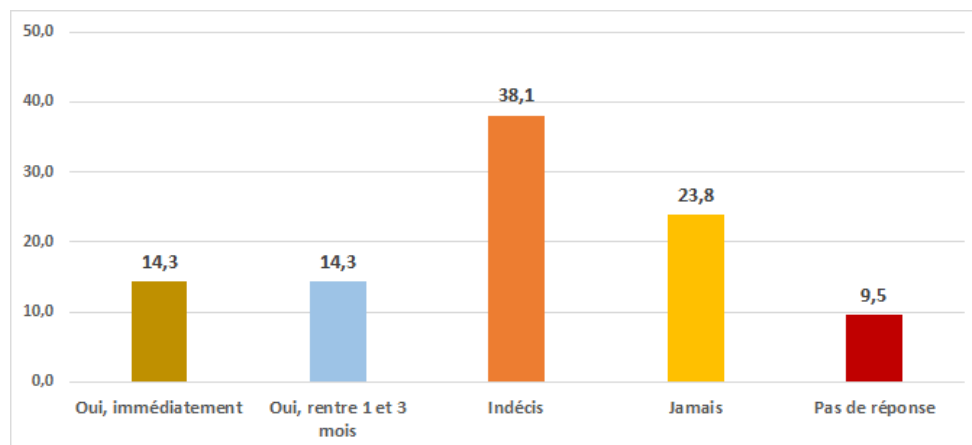
« Nous avons accueilli les vaccins avec prudence comme tout le monde. La situation n'était pas catastrophique comme on le pensait, donc je ne vois pas où se trouve l'obligation de se faire vacciner. Nous sommes des personnels de santé et nous n'avons pas la liberté sur certaines choses. Moi, je me disais que je n'ai pas besoin de me faire vacciner, c'était ma première intention parce qu'on était vraiment suspicieux par rapport aux vaccins. Il n'y a aucune garantie sur les vaccins et beaucoup de rumeurs ont circulé à travers les informations ». (ICP).

« S'il y a des passes sanitaires, là je serais obligé d'aller me faire vacciner. En plus si on avait une obligation de se faire vacciner, en tant que personnel de santé j'allais me vacciner. [...] Pour que les gens aillent se vacciner cela ne serait pas facile surtout avec cette tendance qui est à la baisse, avec les cas qui diminuent les gens commencent à oublier la corona à moins qu'il y ait une quatrième vague ce que je ne souhaite pas, sinon je ne crois pas que les gens aillent se vacciner » (Pharmacien).

4.3.4 Intention des professionnel·le·s de santé de se vacciner

Près de trois sur dix (28,6% dont 14,3% vont se vacciner immédiatement, et 14,3% d'ici un à trois mois) professionnel·le·s de santé non vacciné.e.s ont l'intention de se vacciner (Figure 45). Néanmoins, près d'un.e professionnel.le de santé sur cinq affirment qu'ils.elles ne vont jamais se vacciner tandis que plus d'un tiers (38,1%) déclarent être indécis.

Figure 45: Intention des professionnel·le·s de santé de se vacciner (%)

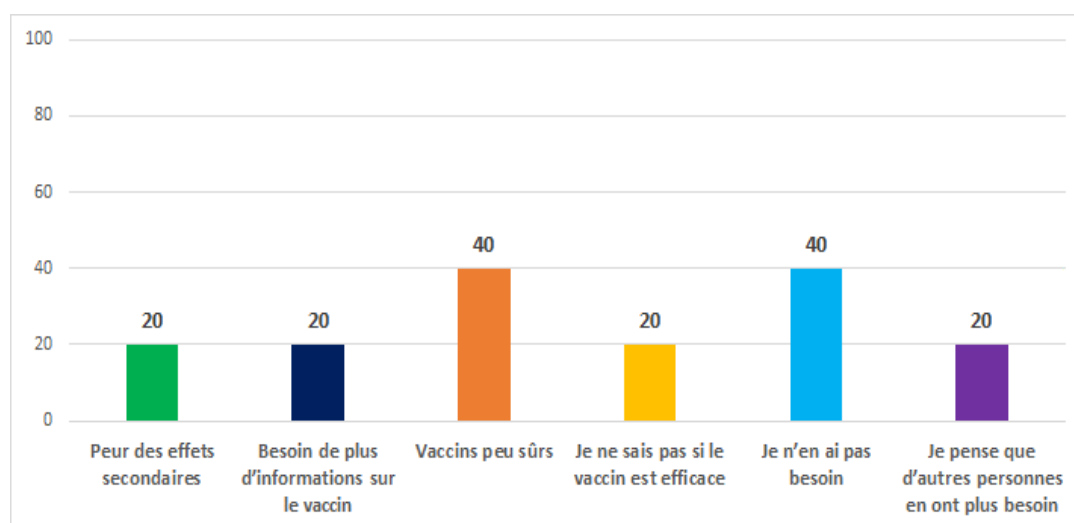


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.3.5 Raisons du refus vaccinal

La Figure 46 montre que les principales raisons du refus vaccinal sont le manque de fiabilité des vaccins anti COVID-19 et le sentiment de ne pas en avoir besoin. En effet, près de la majorité des professionnel·le·s de santé non vacciné.e.s (40%) affirment que « les vaccins ne sont pas sûrs ». Une même proportion déclare « ne pas avoir besoin » des vaccins anti COVID-19.

Figure 46: Raisons de refus vaccinal des PS (non vaccinés/es) n'ayant aucune intention de se vacciner (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

La rapidité de production des vaccins constitue un facteur clé de l'ensemble des raisons de refus vaccinal chez les professionnels de santé. Pour certains, le développement d'un vaccin est un long processus qui peut durer plusieurs années (7 à 10 ans). Ainsi, la rapidité de fabrication surprend certains soignants qui s'interrogent quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19. Cela conduit les « anti-vaccins » à la pratique de l'immunité naturelle.

« Il n'y a pas eu unanimité et le record de production de vaccins. Un vaccin normalement cela doit faire 7 ou 10 ans. Mais en moins de 1 an !!! Je me rappelle très bien en 2019, mes amis me disaient mais Docteur quand est ce que les vaccins vont sortir ? Je leur disais qu'il fallait attendre à fin 2020 ou 2021 pour voir les vaccins, parce que c'est impossible de faire des vaccins en 2019. Je leur disais qu'en 2 ans c'est discutable, c'est ce que j'ai appris à l'université, on ne peut pas faire de vaccin en moins d'un an. Quand en 2020 on a commencé à voir les vaccins il y a eu beaucoup de discussions, si c'est bon ou pas. C'est pourquoi comme que je n'ai pas encore l'obligation, je vais essayer l'immunité naturelle pour voir ».

En outre, le manque de confiance vis-à-vis de l'efficacité des vaccins est présenté par d'autres soignants comme une raison de refus de se vacciner. Les propos de cet infirmier illustrent bien ce constat :

« Je ne crains pas les effets secondaires du vaccin, pas du tout, seulement je ne fais pas confiance aux vaccins. Parce que si tu as peur d'un vaccin, c'est de l'efficacité que tu n'as pas confiance » (Infirmier).

Toutefois, certains professionnels de santé affirment que la décision du refus vaccinal n'empiète pas sur leur rôle de porter un discours en faveur de la vaccination. Selon cet infirmier, cette décision est personnelle et n'a aucun impact sur ses interactions avec son entourage. D'ailleurs, il est conscient de l'importance des vaccins sur la protection contre la Covid-19 :

« Moi je prends l'entière responsabilité de ma personne, si je suis contaminé et que je meurs c'est parce que je n'ai fait aucun effort pour me vacciner, le fait de ne pas me vacciner aussi est bien réfléchi, mais je ne peux pas prendre la responsabilité de dire à ma mère de ne pas se vacciner. Je sais qu'elle ne peut pas se vacciner sans avoir d'effets secondaires, car tout médicament a des effets secondaires, mais elle a une chance de se protéger du COVID -19» (Infirmier).

En définitive, le refus vaccinal chez les professionnels de santé apparaît comme une décision personnelle émanant de plusieurs facteurs (manque de confiance, obligation vaccinale, rapidité de fabrication des vaccins etc...). Néanmoins, cette décision ne présente aucun impact sur leurs activités professionnelles et la décision de leur entourage d'aller se vacciner.

4.3.6 Retard/renoncement à la vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité

Comme l'indique le Tableau 14, une faible proportion des professionnels de santé (7,2%) enquêtés/es affirment avoir soit retarder ou renoncer à la vaccination pour cause de non disponibilité du vaccin souhaité.

Tableau 14: Retard/renoncement de vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité

	n	%
Oui	30	7,2
Non	386	92,8
Total	416	100,0

Source: LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives montrent que l'indisponibilité des vaccins est déclarée comme un facteur de retard et de renoncement à la vaccination. Les ruptures de stock des doses de vaccination conduisent à un relâchement des candidats à la vaccination et un ralentissement de la campagne.

« Ma maman a pris le Sinopharm comme moi, elle n'a aussi eu aucun effet secondaire. Avec le manque du vaccin, cela fait deux mois qu'elle court derrière une seconde dose sans succès. Apparemment le vaccin n'est toujours pas disponible. Cela doit faire plus de trois

mois maintenant. Pas plus tard qu'aujourd'hui, je me suis rendue au poste de santé mais le vaccin n'est toujours pas disponible » (Relais communautaire).

4.3.7 Retard/renoncement à cause de l'inaccessibilité

Le Tableau 15 présente des données indiquant que seule une faible proportion de professionnel·le·s de santé déclare avoir retardé ou renoncé à la vaccination à cause de l'inaccessibilité des vaccins.

Tableau 15: Retard/renoncement de vaccination à cause de l'inaccessibilité

	n	%
Oui	25	6,01
Non	391	93,99
Total	416	100,0

Source: LARTES-IFAN (2021)

4.4. Facteurs favorisant ou freinant la vaccination anti-COVID-19

Les facteurs favorisant ou freinant la vaccination anti-COVID-19 sont analysés sous trois angles : (i) l'avis des professionnel·le·s de santé sur le processus de développement des vaccins, (ii) les obstacles affectant la vaccination anti-COVID-19 et (iii) l'accessibilité des vaccins anti COVID-19.

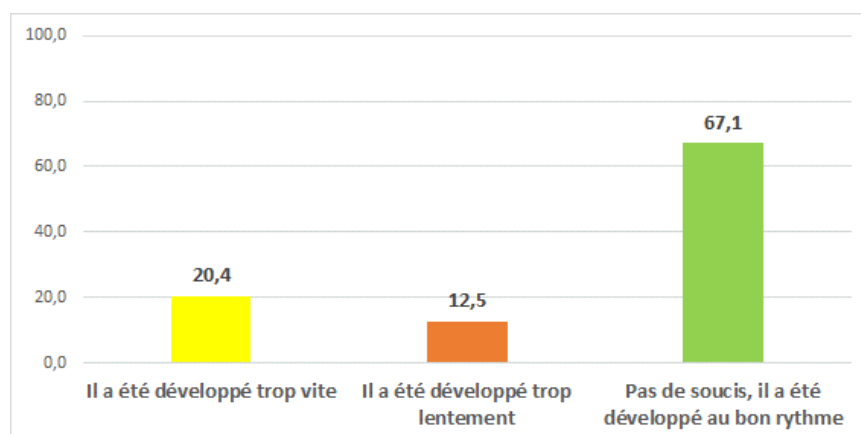
4.4.1. Avis sur le processus de développement/production des vaccins

Comme l'illustre la

Figure 47, la majorité des professionnel·le·s de santé (67,1%) pense que les vaccins ont été développés au bon rythme. Cet avis est partagé par la plupart par des infirmiers/es (58,4%). La proportion des professionnel·le·s de santé qui jugent que le développement des vaccins anti

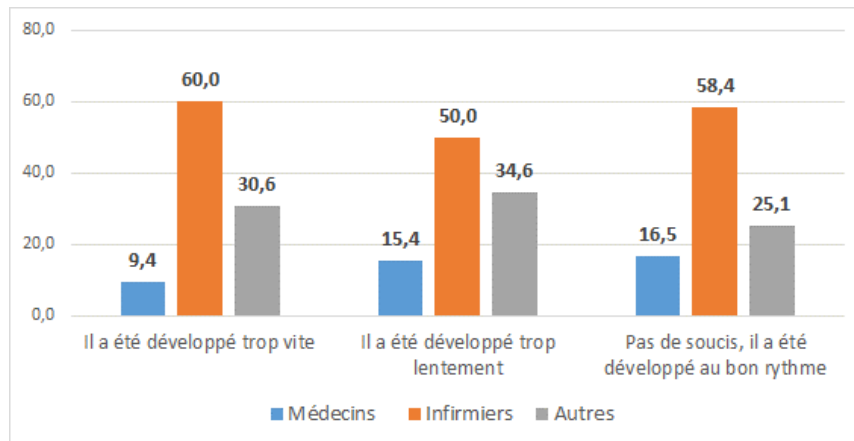
COVID-19 s'est fait trop rapidement constitue près d'un cinquième des professionnel·le·s de santé enquêtés/es (20,4%). Parmi eux, les infirmiers/es sont également les plus représentés (60%) comme le montre la Figure 48.

Figure 47: Avis sur le processus de développement/production des vaccins (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 48: Avis sur le processus de développement/production des vaccins selon leur statut socioprofessionnel (%)



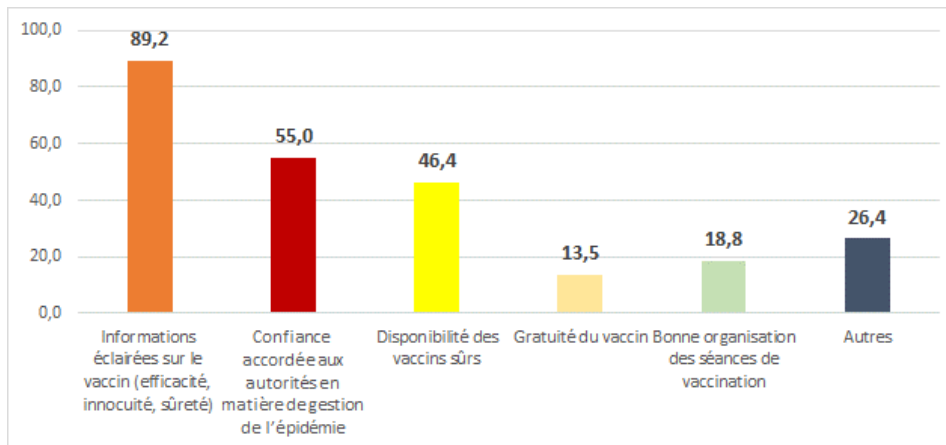
Source: LARTES-IFAN (2021)

4.4.2. Facteurs favorisant l'adhésion de tous à la vaccination anti-COVID-19

Comme l'illustre la

Figure 49, la très grande majorité des professionnel·le·s de santé enquêtés/es (89,2%) pense que l'accès à des informations de qualité sur le vaccin représente un facteur favorisant l'adhésion de tous à la vaccination. Plus de la moitié des professionnel·le·s de santé enquêtés/es (55%) jugent que la confiance accordée aux autorités en matière de gestion de l'épidémie influencerait positivement la vaccination.

Figure 49: Facteurs favorisant l'adhésion de tous à la vaccination anti-COVID-19-QCM (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Les perceptions recueillies auprès des professionnel·le·s de santé sur l'adhésion à tous à la vaccination montre l'existence de plusieurs méthodes pouvant inciter les populations à la vaccination. Des initiatives individuelles (prise du vaccin en public, retransmission en direct dans les médias) sont développées par des soignants conscients de leur rôle d'influenceurs au sein de la communauté. Pour cet infirmier chef de poste, ces actions ont contribué à installer chez les populations un sentiment de confiance à l'égard de la vaccination contre la Covid-19.

« Moi-même en tant que infirmier chef de poste j'ai pris ma dose en public devant la population en même temps que le Maire de ma commune, les chefs de village ainsi que certains notables de la localité et cela a été retransmis dans toutes les chaînes locales. Donc c'était une chose palpable et beaucoup de gens ont aimé. C'est ainsi que j'ai gagné leur confiance et cela m'a beaucoup aidé après car tout est question de confiance en médecine » (Infirmier).

En outre, pour d'autres, l'obtention de l'adhésion de tous à la vaccination appelle à un engagement personnel et une motivation en permanence des soignants. Pour ce faire, certains professionnels incluent dans leurs activités quotidiennes un moment dédié à la « vaccination Covid-19 » afin de favoriser l'adhésion à la vaccination.

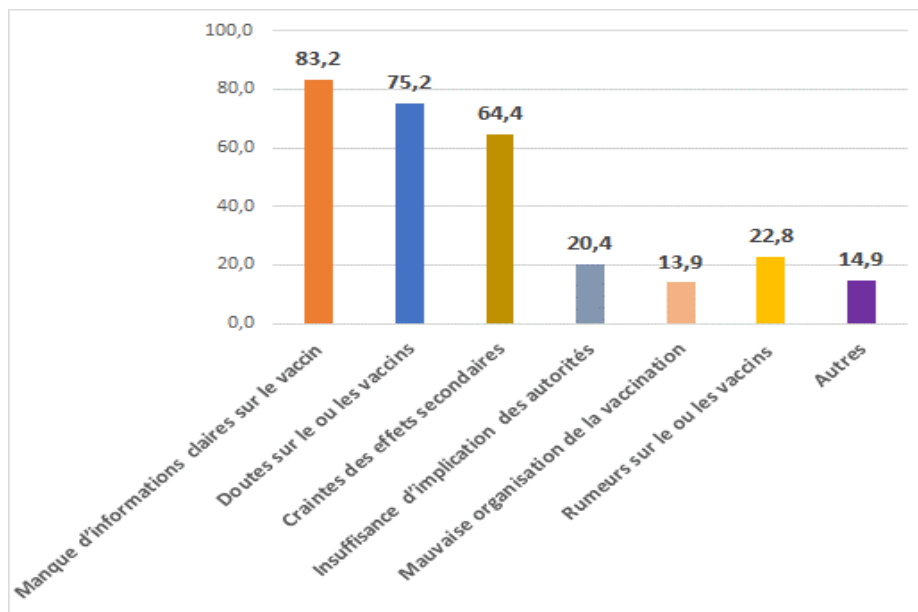
« Récemment j'étais dans un village où je faisais une causerie sur le paludisme, mais j'en ai également profité pour parler de la vaccination COVID-19 et pourtant je n'ai pas été payé pour le faire même partout où je vais-je le fait gratuitement et de bon cœur ».

Ces actions en faveur de la vaccination menées au niveau communautaire, sont souvent caractérisées par le volontariat et la bienveillance des soignants conscients de la dangerosité de la Covid-19 et de l'utilité de la vaccination.

4.4.3. Obstacles affectant la vaccination anti-COVID-19

La Figure 50 montre que la plupart des professionnel·le·s de santé enquêtés/es pensent que le manque d'informations éclairées sur les vaccins représente un obstacle affectant la vaccination anti COVID-19. Chez plus de trois quarts des professionnel·le·s de santé enquêtés/es (75,2%), les doutes sur les vaccins affectent la vaccination négativement.

Figure 50: Obstacles affectant la vaccination anti-COVID-19 (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Les avis des professionnels de santé sur les obstacles affectant la vaccination sont diverses. Pour certains, c'est l'inefficacité des vaccins qui est mise en cause. Selon eux, la vaccination n'a aucun effet sur la létalité et la sévérité de la maladie. Des inquiétudes liées à l'absence d'études scientifiques sur les liens entre les vaccins et les décès sont exprimés parmi les professionnels de santé. A cela s'ajoutent la désinformation à travers les réseaux sociaux qui sont à l'origine de certaines attitudes négatives à l'égard des vaccins.

« Je ne peux pas dire que les vaccins peuvent diminuer la sévérité de la maladie parce que tous les cas positifs que j'ai eu n'avaient pas pris le vaccin et jusqu'à présent ils ne l'ont pas fait. Il n'y a aucune étude scientifique qui a prouvé que les vaccins ont diminué les cas de décès liés à la COVID-19 ».

A travers le nuage de mots ci-dessous, il apparaît que les campagnes de communication sont identifiées par les professionnels de santé comme un obstacle majeur freinant la vaccination. A cela s'ajoutent la manque d'unanimité, les réactions des vaccins, le « ndigël »

(recommandation), la rapidité de fabrication, les doutes, le « *fulaalunuko* » (manque de considération), la désinformation, etc.

Graphique 1: Caractéristiques la communication autour de la COVID-19



En effet, certains soignants déclarent que ces « fake news » ont contribué l'augmentation du nombre de personnes faisant preuve d'une forte hésitation ou d'un refus vaccinal. Cette situation est à l'origine de la défiance vis-à-vis des vaccins qui influe également sur la propagation de la maladie et la recrudescence des cas graves.

« Ce qu'il faut peut-être incriminer ce sont les rumeurs et fake new qu'on véhiculé à travers les réseaux sociaux. C'est vraiment déplorable car à cause de ça il y a eu beaucoup de cas de refus car les gens ne savaient plus sur quel pied danser. Oui tout était devenu confus et la maladie en a profité pour régner avec beaucoup de cas graves » (Infirmier).

Par ailleurs, d'autres soignants font état de la rupture des vaccins qui est considérée comme un frein à la vaccination. Ces ruptures sont à l'origine des lenteurs et des dysfonctionnements

notées dans les centres de santé, au moment où la vaccination prenait de l'ampleur. Cela a conduit à une baisse de l'affluence des populations dans les centres de vaccination.

« Cependant ce qui est également à incriminer c'est la rupture de stock du vaccin dans quasiment tous les centres hospitaliers du pays qui a carrément arrêté le travail. A un moment donné il y avait une très bonne affluence de la population vers les centres et postes de santé pour se faire vacciner mais à cause de ces ruptures suivies d'une tendance baissière des cas de covid-19 actuellement tout est redevenu calme... et pourtant la demande était là, les gens voulaient se faire vacciner et certains venaient nous voir quasiment tous les jours pour vérifier si les vaccins étaient de nouveaux disponibles » (Soignant).

En outre, parmi les professionnels, certains déclarent que les divergences notées dans les stratégies de communication ont favorisé une défiance à l'égard des vaccins. La diffusion dans les médias de messages de désinformation ainsi que les attitudes défavorables (s'insurger contre les vaccins, dire ouvertement de ne pas se vacciner, pas de consensus, etc.) de certaines personnes influentes ont influé sur l'acceptabilité des vaccins. Selon cet acteur communautaire, cela a contribué à « nourrir la polémique » sur les vaccins et à installer progressivement un sentiment de doute chez des personnes susceptibles d'avoir l'intention de se vacciner.

« Moi particulièrement si cela ne dépendait que de moi tout le monde serait allé se faire vacciner. Bien vrai que chacun à son point de vue mais je trouve que c'est d'abord au niveau de la communication sur le vaccin que cela a d'abord péché. Si d'emblée des professeurs vont dans les médias pour s'insurger contre les vaccins, il y a déjà un problème. Les populations quant à elle ont un mode de fonctionnement qui leur est propre. Généralement ils retiennent la première information qui leur vient à l'esprit. En tant que professeur de médecine si on peut se permettre de dire impunément qu'on ne se vaccinerait pas, on donne la possibilité aux populations de faire de même puisque les professionnels du secteur leur donnent raison. C'est ce qui explique tout. Chacun rajoute son grain de sel sans réel consensus autour de la question. Cela ne fait que nourrir la polémique » (Relais communautaire).

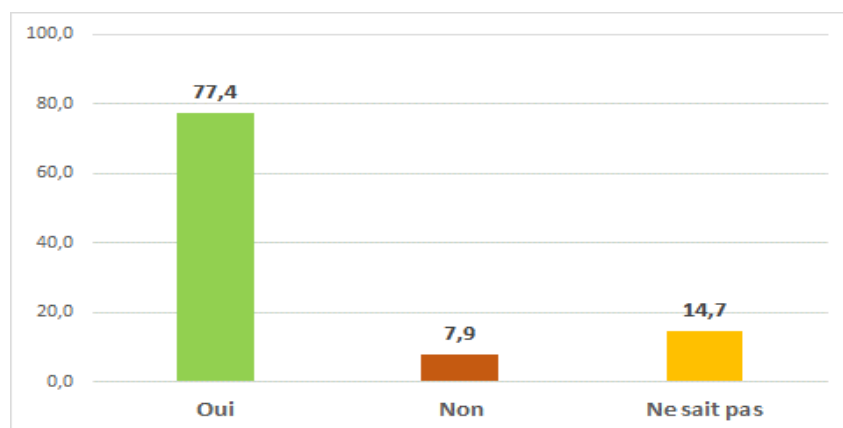
Cela montre que le manque d'unanimité ainsi que la convergence de plusieurs informations peu fiables sur les vaccins ont influé sur le niveau de confiance des populations à la vaccination.

4.4.4. Accessibilité du vaccin anti COVID-19

Une large majorité (77,4%) des professionnel-le-s de santé estiment que les vaccins anti COVID-19 sont accessibles. Toutefois, 7,9% des professionnel-le-s de santé juge que les vaccins anti COVID-19 sont inaccessibles. Cette proportion est constituée essentiellement d'infirmiers/ères (72,7%) (

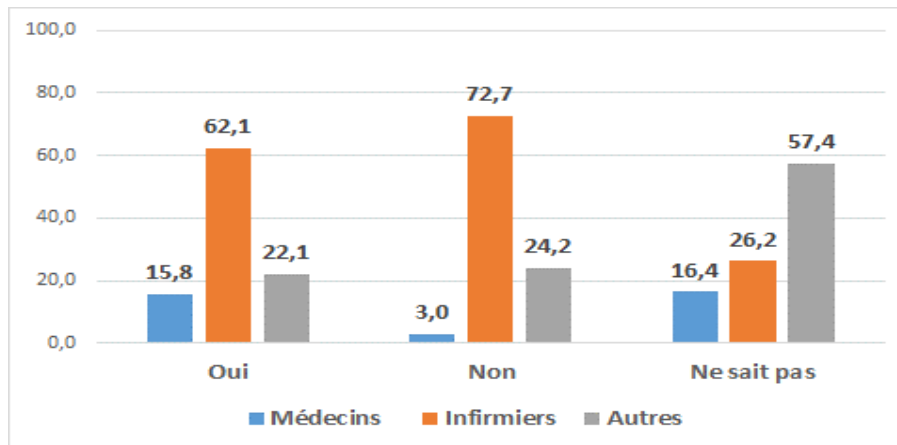
Figure 51).

Figure 51: Avis sur l'accessibilité des vaccins (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Figure 52: Avis sur l'accessibilité des vaccins selon leur statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

4.5. Pratiques et attitudes du soignant lors de la vaccination

4.5.1. Implication dans la vaccination

Le

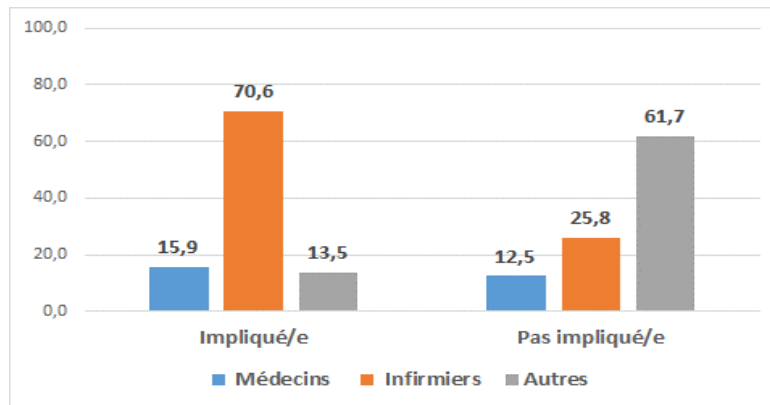
Tableau 16 illustre une forte implication des professionnel·le·s de santé (71,1%) dans la vaccination. Comme le montre la Figure 53, parmi ceux/celles qui sont impliqués/es dans la vaccination, la grande majorité (70,6%) sont des infirmiers/es. Les professionnel·le·s de santé qui ne sont pas impliqués/es dans la vaccination représentent plus d'un cinquième (28,9%) des enquêté·e·s. Cette part est essentiellement composée des autres catégories de professionnel·le·s de santé.

Tableau 16: Distribution des personnels de santé selon leur implication dans la vaccination

	n	%
Impliqué·e	296	71,1
Pas impliqué·e	120	28,9
Total	416	100,0

Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 53: Implication des professionnel·le·s de santé dans la vaccination selon le statut socioprofessionnel (%)

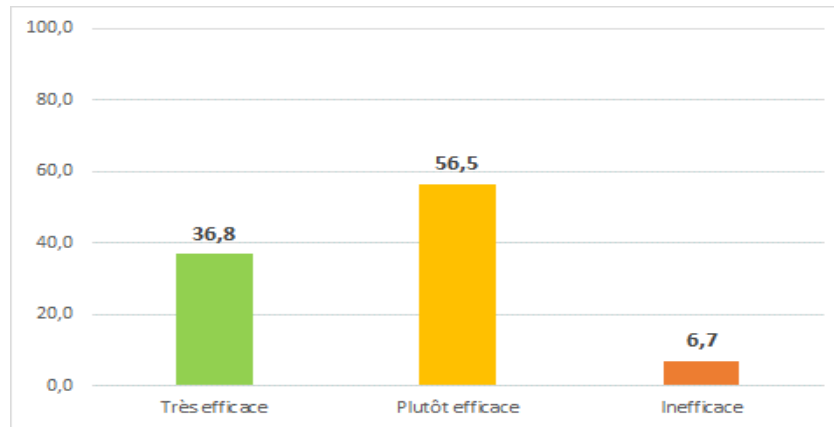


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.5.2. Appréciation des pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination

La Figure 54 montre une relativement une appréciation positive des pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination par les professionnel·le·s de santé. La majorité d'entre eux (56,5%) pensent que les pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination sont « plutôt efficaces ». D'ailleurs, parmi ceux qui sont en accord avec cela, on note que plus de la moitié sont des infirmiers/es (52,3%) comme l'indique la Figure 55. Plus d'un tiers (36,8%) des professionnel·le·s de santé pensent que les pratiques et attitudes des soignants sont « très efficaces » dont principalement les infirmiers/es (65,4%) sont également les plus représentés. Une faible part des professionnel·le·s de santé (6,7%) trouve « inefficaces » les pratiques et attitudes des soignants.

Figure 54: Appréciation des professionnel-le-s de santé sur les pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination (%)



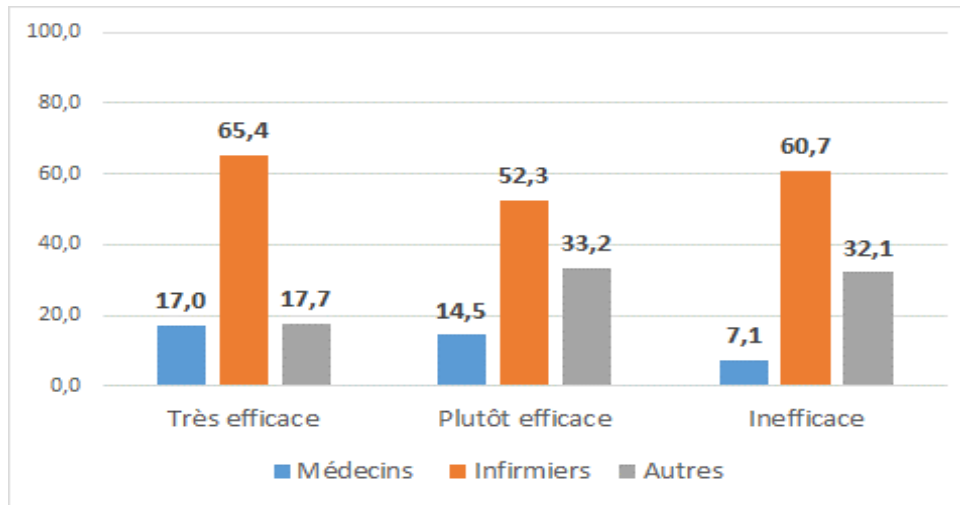
Source: LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives montrent que les professionnels de santé semblent être conscients du rôle qu'ils peuvent jouer dans l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19. En dehors des structures de santé, les actions des relais communautaires influent sur les comportements des populations. Ces acteurs communautaires s'investissent dans des activités centrées sur la communication de masse en retraçant l'histoire des épidémies et l'utilité de la vaccination. Selon ce relais communautaire, ces actions sont capables de faire évoluer les perceptions sur les vaccins et ont favorisé l'acceptation des vaccins chez certaines personnes. En dépit de ces changements positifs, la défiance vis-à-vis des vaccins persiste chez certains et constitue des obstacles pour les acteurs communautaires.

« Avec l'arrivée des vaccins, il y a eu beaucoup de polémiques mais nous avons fait tout ce qui est en notre pouvoir pour rassurer les gens. On est descendu sur le terrain on a sensibilisé les gens. On a été capable de leur expliquer qu'il y a eu des épidémies qui ont précédé cette pandémie et qui ont été enrayerées grâce aux vaccins donc qu'ils n'avaient aucune raison d'avoir des doutes. Nous avons pu convaincre certaines personnes mais n'avons pas pu en convaincre d'autres. C'est comme ça. On ne peut pas convaincre tout le monde » (Relais communautaire).

Cela montre que les pratiques et attitudes des soignants sont déterminantes dans l'acceptabilité des vaccins. Même si quelques réticences sont toujours de mise face à la vaccination, l'engagement des professionnels de santé ainsi que leurs capacités de convaincre à partir d'informations fiables, constituent des leviers importants en faveur de la vaccination.

Figure 55: Appréciation des professionnel-le-s de santé sur l'efficacité de la stratégie vaccinale selon leur statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

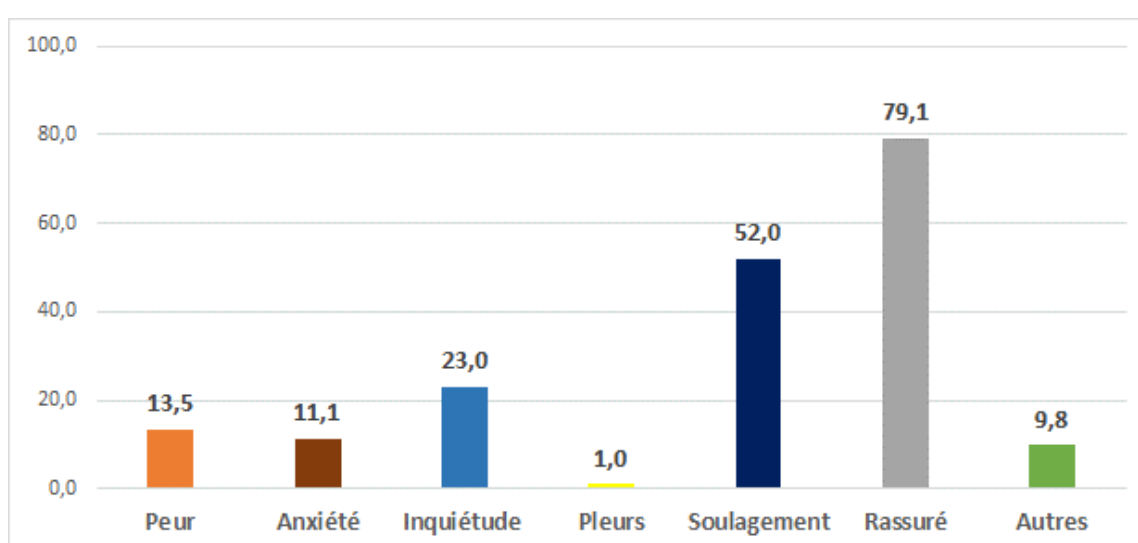
Par ailleurs, pour certains professionnels, les stratégies adoptées pour la prise en charge des patients de la COVID-19 au début de la pandémie (manque de discrétion, combinaisons de protection, non-respect de la confidentialité, etc.), ont constitué des freins et favorisé l'installation de perceptions négatives chez certaines personnes (refus de passer dans certains quartiers ayant des malades, refus de reconnaître la maladie etc.). Ce relais communautaire pense que actions sont à l'origine des attitudes et comportements négatifs à l'égard de la Covid-19 et des vaccins. Pour lui, ces stratégies devraient être développées en tenant en compte du droit à la confidentialité des malades et du contexte socio-culturel du milieu.

« Au début de la pandémie quand les services de santé venaient, ils se déplaçaient équipés de combinaisons et ça effrayait tout le monde. Plus personne ne passait dans ce quartier d'ailleurs ils l'appellent « kognu corona bi ». La façon de venir prendre le malade fait peur et d'ailleurs vexe le malade. Nous sommes un peuple qui tient à la discrétion et quand les services de santé agissent ainsi, le statut du malade n'est plus confidentiel. Tout le monde sait qu'il est malade. Ils auraient pu trouver un moyen plus discret de le faire. Cette façon de faire pousse les gens à refuser de reconnaître qu'ils sont malades puisqu'ils ne souhaitent pas être vilipendés » (Relais communautaire).

4.5.3. Réactions les plus notées chez les patients par rapport à la 1ère ou à l'unique dose de vaccin

Après l'inoculation du vaccin aux patients, les réactions les plus notées par les professionnel·le·s de santé par rapport à la première ou à l'unique dose sont le sentiment d'être « rassuré » et le soulagement (Figure 56). Plus de trois quarts des professionnel·le·s de santé interrogés/es déclarent avoir remarqué un sentiment d'être « rassuré » suite à la prise de la première ou de l'unique dose. Plus de la majorité d'entre eux déclarent également avoir constaté un soulagement suite à la prise de la première ou de l'unique dose.

Figure 56: Réactions les plus notées par rapport à la 1ère ou à l'unique dose- QCM (%)

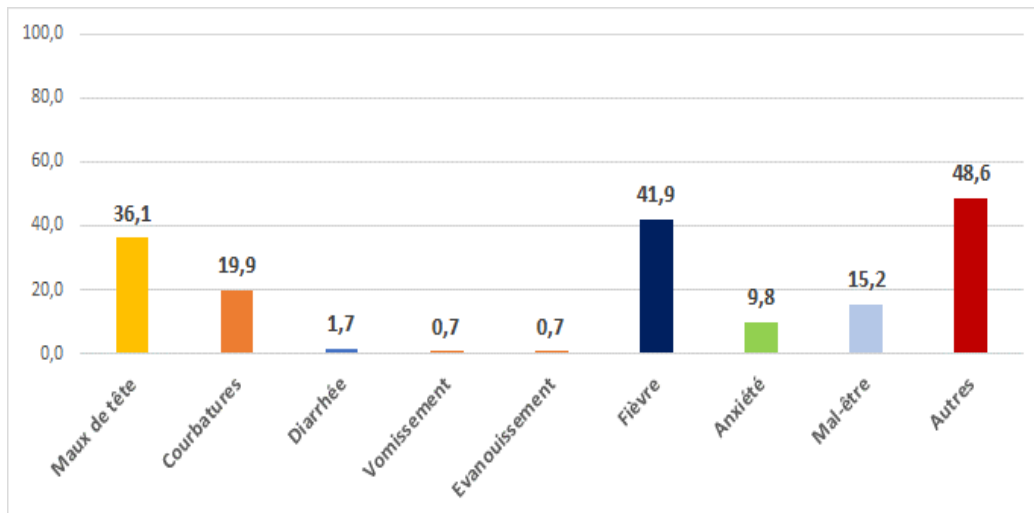


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.5.4. Effets secondaires les plus observés à la suite de la vaccination

Comme le montre la Figure 57, les effets secondaires les plus observés à la suite de la vaccination sont d'autres types d'effets secondaires et la fièvre. Près de la majorité des professionnel·le·s de santé enquêt·e·s (48,6%) déclarent avoir constaté d'autres types d'effets secondaires. Notamment, une proportion quasi-égale (41,6%) affirme avoir observé de la fièvre comme effet secondaire à la suite de la vaccination.

Figure 57: Effets secondaires les plus observés à la suite de la vaccination-QCM (%)

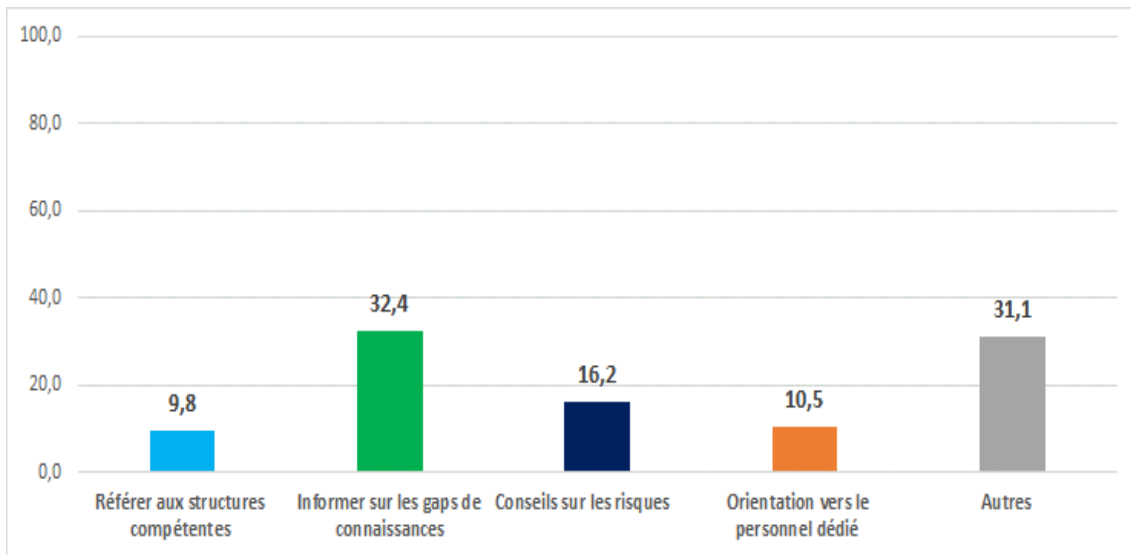


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.5.5. Réactions face aux rumeurs ou cas médiatisés

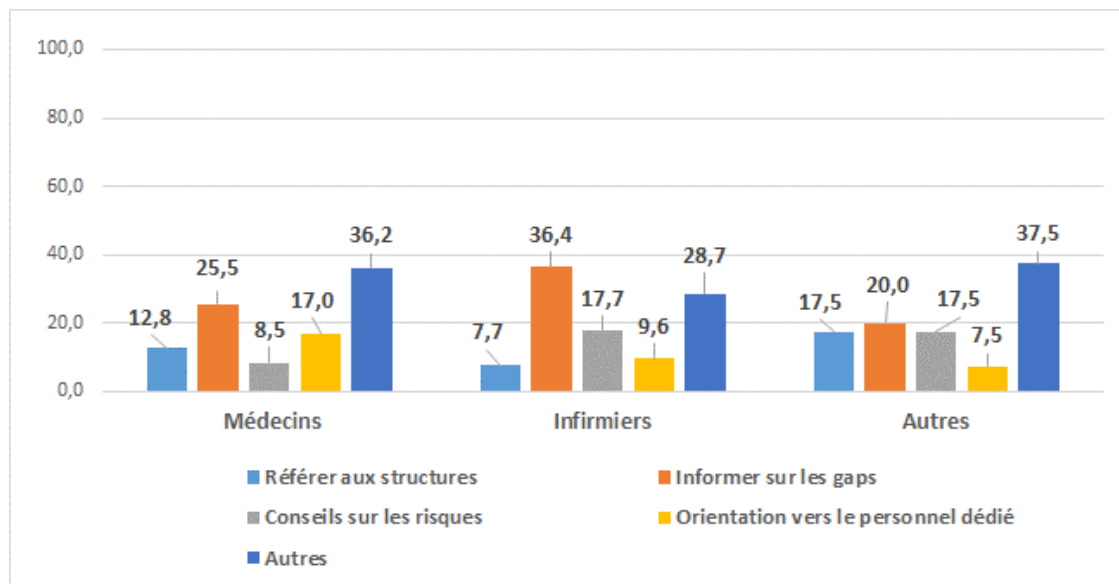
Il apparaît à la Figure 58 que l'information sur les gaps de connaissances est la réaction la plus adoptée (32,4%) face aux rumeurs ou cas médiatisés par les professionnel·le·s de santé enquêtés/es. Près d'un tiers (31,1%) ont d'autres types de réactions face à ces rumeurs. La Figure 59 montre que quel que soit le statut socioprofessionnel, d'autres types de réactions sont notées pour la plupart (36,2% chez les médecins ; 37,5% chez les autres professionnel·le·s de santé). Autrement dit, les professionnel·le·s de santé préfèrent « informer sur les gaps de connaissances » face aux rumeurs ou cas médiatisés (25,5% chez les médecins, 36,4% chez les infirmiers/es ; 20% chez les autres professionnel·le·s de santé).

Figure 58: Réactions des professionnel·le·s de santé face aux rumeurs ou cas médiatisés (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 59: Réactions des professionnel·le·s de santé face aux rumeurs ou cas médiatisés selon leur statut socioprofessionnel (%)

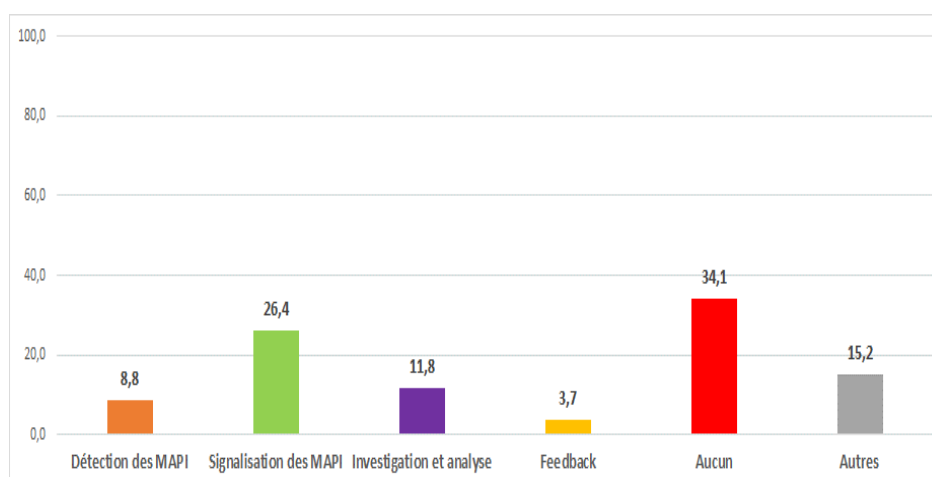


Source: LARTES-IFAN (2021)

4.5.6. Comportements face aux Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI)

Les données illustrées sur la Figure 60 révèlent que plus d'un tiers (34,1%) des professionnel·le·s de santé n'adoptent « aucun » comportement face aux Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI). Plus d'un·e professionnel·le de santé sur cinq (26,4%) signalent les MAPI lorsqu'ils y sont confrontés. Néanmoins, d'autres types de comportement sont notés chez une part non négligeable (15,2%) des professionnel·le·s de santé.

Figure 60: Comportement des professionnel-le-s de santé face aux MAPI (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

4.6. Stratégies vaccinales

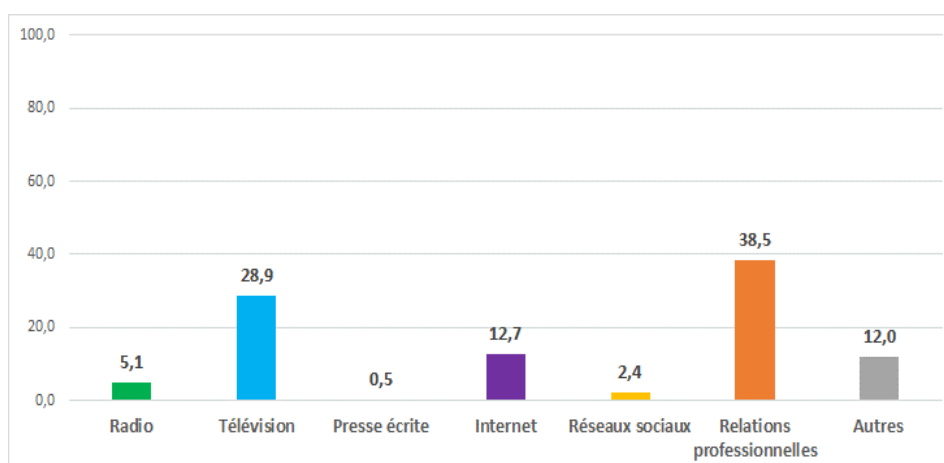
Les stratégies vaccinales sont déclinées en différents points que sont l'accès à l'information, les actions menées pour inviter les autres membres de la communauté à se vacciner, le niveau de confiance accordée aux autorités pour gérer la crise sanitaire.

4.6.1. Accès à l'information

La Figure 61 montre que l'information sur la COVID-19 passe principalement par le biais des « relations professionnelles » chez plus d'un tiers (38,5%) des professionnel-le-s de santé enquêtés/es. Plus d'un professionnel de santé sur cinq (28,9%) ont accès à l'information sur la COVID-19 à travers la télévision. Seule une infime part (0,5%) des professionnel-le-s de santé reçoivent de l'information sur la COVID-19 par la presse écrite.

Les relations professionnelles (43,6% chez les médecins ; 47,9% chez les infirmiers/es ; 15,8% chez les autres professionnel-le-s de santé) constitue le principal canal d'accès à l'information concernant la COVID-19 (Figure 62). La deuxième source la plus citée est constituée par La télévision (25,8% chez les médecins ; 22,1% chez les infirmiers/es ; 44,7% chez les autres professionnel-le-s de santé).

Figure 61: Canal d'accès à l'information sur la COVID-19 (%)



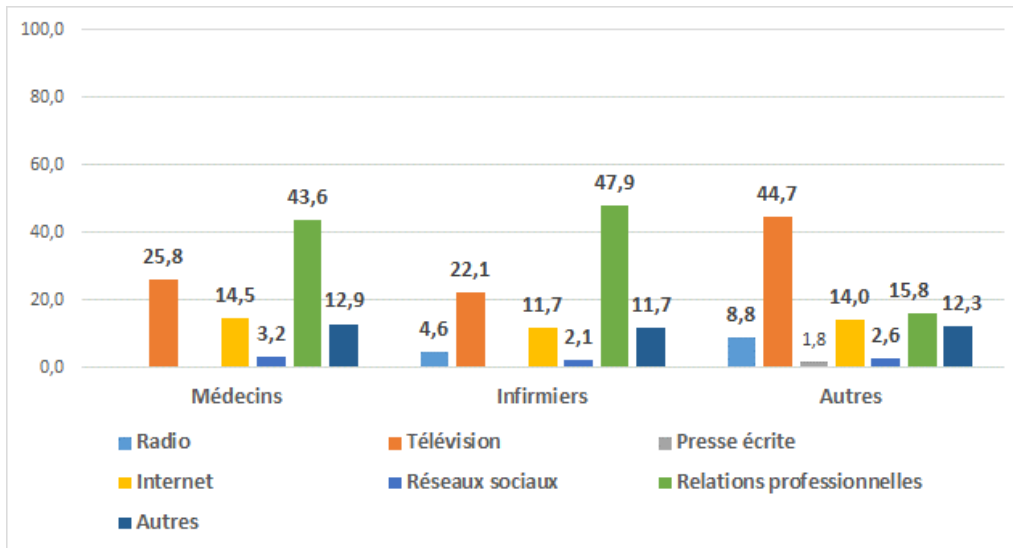
Source: LARTES-IFAN (2021)

Les données qualitatives indiquent que la télévision et internet constituent les principales sources d'informations chez les professionnels de santé. La télévision est considérée comme le moyen de suivre l'évolution de la COVID-19 à partir des bilans journaliers communiqués par le ministère de la santé. Par ailleurs, internet (Google, articles universitaires, etc...) permet aux soignants d'obtenir des « informations d'ordre technique » et d'être à jour sur le niveau de progression de la maladie au niveau mondial.

« Pour le bilan journalier, je le suis à la télé, parce que je n'écoute pas la radio sinon très rarement. Pour les informations d'ordre technique, je les obtiens sur internet pour la plupart via Google, mais je ne l'ai plus fait depuis longtemps. Au début j'allais voir les articles de l'université Hopkins pour trouver des informations, j'arrivais à trouver beaucoup d'informations, par la suite c'est rarement que je vérifiais le site, même pour les cas mondiaux c'est là-bas que je les voyais » (Pharmacien).

En définitive, il transparaît dans les données que les professionnels de santé sont conscients de l'importance de disposer d'informations fiables afin d'instaurer un climat de confiance à l'égard des vaccins contre la COVID-19. Pour ce faire, au-delà de leurs activités médicales, certains professionnels de santé arrivent à consulter des sources d'informations sûres quant à l'évolution de la maladie dans le monde.

Figure 62: Principal canal d'information des professionnels de santé selon le statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Toutefois, certains professionnels de santé déclarent que même s'ils parviennent à consulter des sources d'informations fiables, il est noté quelques difficultés au niveau communautaire. Selon ce pharmacien, cela se manifeste chez certaines personnes par une méconnaissance de la maladie.

« Moi, c'est la théorie que j'ai toujours soutenue depuis le début de la COVID que la bonne information n'est pas passée, que les gens n'ont pas reçu la bonne information. Parfois dans la famille et en ma présence, ils discutaient mais je sentais qu'ils ne comprenaient pas vraiment ce qu'est le corona » (Pharmacien).

Ensuite, certains soignants pensent que les stratégies de communication devraient davantage porter sur des messages clés en tenant compte des contextes liés à la langue au niveau local.

« Je ne dirais pas mauvaise campagne, il faudrait changer quelques aspects par rapport à la communication, mais la campagne elle est bonne, il faut parler aux gens dans la langue qu'ils comprennent ».

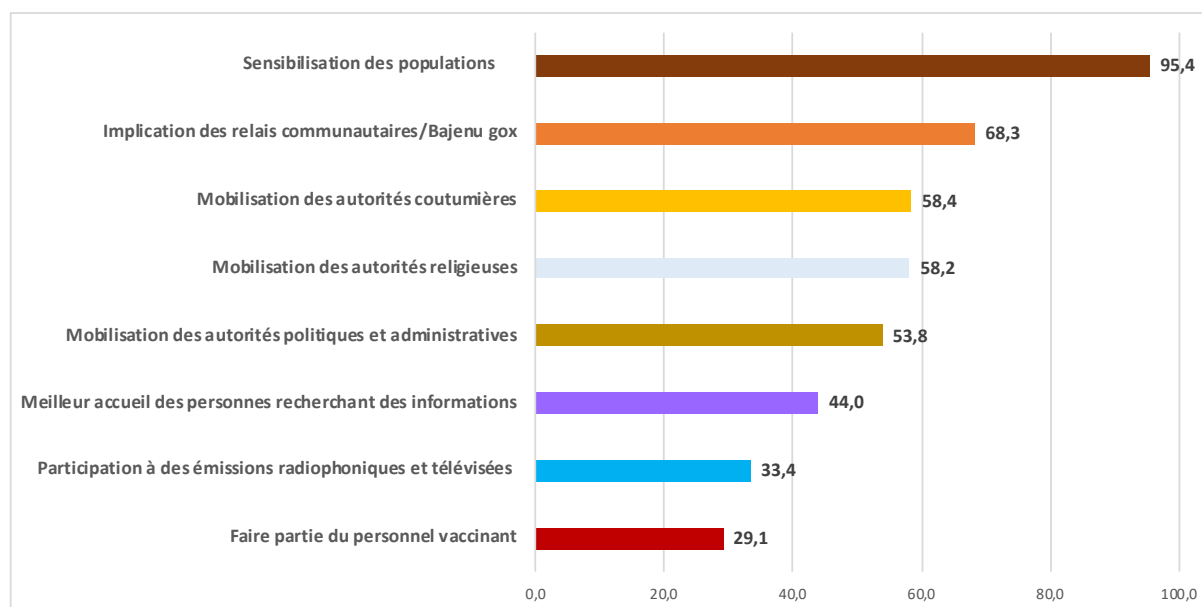
Enfin, pour d'autres soignants, au-delà des centres de vaccination, des stratégies mobiles (véhicules spécialisés) devraient être développées afin d'inciter les populations à la vaccination. Il est également important d'impliquer les structures privées telles que les pharmacies dans les stratégies d'actions en faveur de la vaccination.

« Je n'ai pas quelque chose de particulier à ajouter juste que je crois que peut-être s'il y avait de la proximité dans la campagne de vaccination, peut-être cela pouvait être une bonne chose. Après les districts de santé, je pense qu'il y avait des véhicules spécialisés qui circulaient pour vacciner les personnes. En tant que pharmacien, je pense que ces véhicules peuvent continuer à circuler. Pourquoi ne pas mettre des vaccins à disposition des officines de pharmacie ? Mais bon, il faut aussi des protocoles... je pense que ce serait favorable. Depuis le début de la pandémie, je n'ai pas été appelé en appui pour renforcer le personnel de santé publique ».

4.6.2. Actions menées pour inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner

Il ressort des données illustrées à la Figure 63 que la quasi-totalité (95,4%) des professionnel·le·s de santé interrogé.e.s pensent que la sensibilisation des populations est une action à mener afin d'inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner. Près de trois quarts (68,3%) des professionnel·le·s de santé pensent également que l'implication des relais communautaires/bajenu gox favoriserait la vaccination des membres de la communauté non vaccinés/es.

Figure 63: Actions menées pour inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner-QCM (%)



Source : LARTES-IFAN (2021)

Ce professionnel de santé donne son opinion sur la stratégie de communication à travers ce récit :

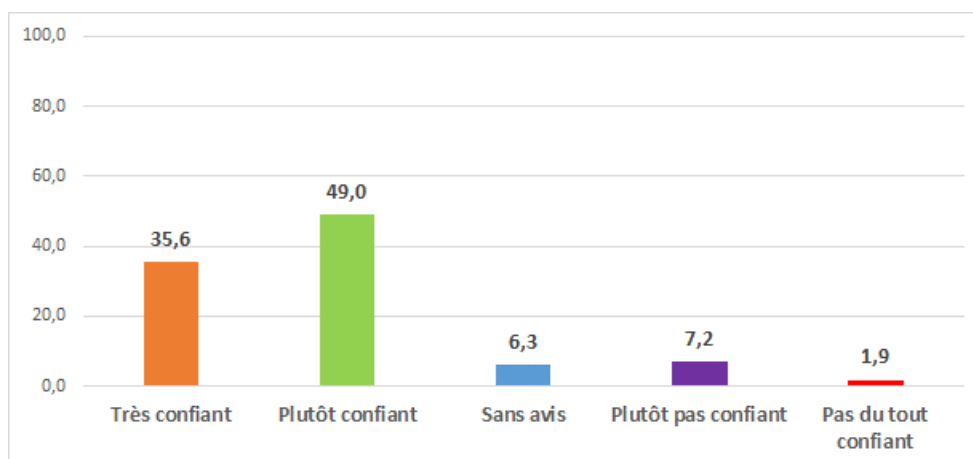
Récit d'un professionnel sur la stratégie de communication

Actuellement, j'ai 30 ans, je travaille comme Docteur assistant à la pharmacie. [...] D'après les informations que j'ai eu à avoir, elles parlaient tous de la même chose, c'est-à-dire le corona est présent dans notre pays, c'est une maladie dangereuse, il affaiblit notre économie, pour s'en protéger il faut respecter la distanciation sociale, porter des masques, tousser dans le coude, ce sont ce genre d'informations qu'on a un personnel de santé, il sait déjà ce que c'est le corona ou bien il sait quelque chose du corona. Le pourcentage de chance qu'on a d'attraper le corona quand on est avec une personne infectée, un personnel de santé sait qu'on peut ne pas attraper le corona quand on n'est dans un même lieu qu'une personne qui est atteinte. Mais ce personnel de santé représente approximativement moins de 3% de la population, les autres même s'ils sont alphabétisés ou s'ils ont fait des hautes études, il y a des choses qu'ils ne comprennent pas. Pour leur faire comprendre cela il faut leur expliquer la base du corona, il faut donner l'information, mais tu ne viens pas répéter tout le temps ce qu'ils savent, comme ce que je vous ai raconté sur mon frère, qui croit qu'il n'est pas possible de maintenir une personne 14 jours sans médicaments et après on lui dit qu'il est guéri, pour lui ce n'est pas possible, je me dis que c'est là où devait se baser les explications, sur des choses qu'ils ne savent pas, mais si on continue à donner des informations que les gens savent déjà. Par exemple, les sénégalais savent que pour se protéger du Corona il faut faire la distanciation, il faut mettre un masque, éviter les rassemblements... je pense que ça 90% des sénégalais le savent, donc quand après 2 à 3 mois on apprend beaucoup plus sur la maladie, il fallait communiquer sur ce que les sénégalais ne savent pas. J'aurais aussi aimé que les professionnels de la santé gèrent la communication, pas les politiciens comme ce que l'on voit jusqu'à présent : le ministre de la Santé vient parler ou un de ses adjoints, j'aurais bien aimé que quelqu'un comme le Professeur Seydi prenne le micro et parle aux gens. Ces derniers ont plus confiance au Pr Seydi qu'au ministre de la santé, je pense que c'est un autre atout que l'on pouvait utiliser sur la communication, cela reste mon avis.

4.6.3. Confiance aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19

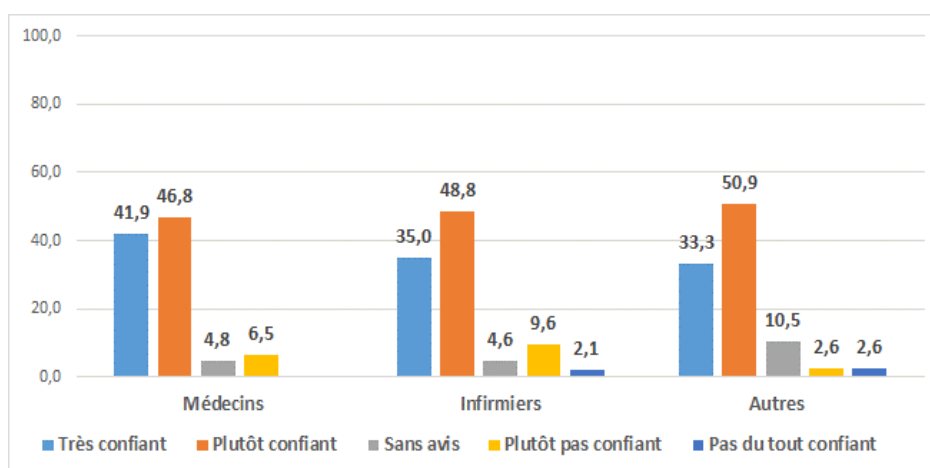
La Figure 64 montre qu'une grande majorité des professionnel·le·s de santé (84,6%) font confiance aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la pandémie. Cependant, 15,4% de non confiants ou sans avis reste une part non négligeable.

Figure 64: Confiance accordée aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19 (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

Figure 65: Confiance accordée aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19 selon leur statut socioprofessionnel (%)



Source: LARTES-IFAN (2021)

4.7 Résultat du modèle explicatif du volet « Professionnel de santé »

Les données montrent que la variable « avis sur le temps mis pour la production des vaccins » constitue la seule variable ayant un impact significatif de la confiance aux vaccins anti-COVID-19 chez les professionnels de la santé (Tableau 1). En d'autres termes, les résultats associés aux autres variables ne permettent pas de différencier les professionnels de santé suivant la confiance aux vaccins de manière robuste. Nonobstant cela, quelques résultats méritent d'être soulignés. Même si les femmes professionnelles de santé ont environ 2 fois plus confiance aux vaccins que les hommes, la différence n'est pas significative au seuil de 10% (il faut accepter

une marge d'erreur de 15% minimum pour que la différence soit significative). Par âge, on observe une tendance à la hausse du niveau de confiance aux vaccins alors que c'est le contraire qui est observé suivant le niveau d'instruction des professionnels de santé. EN fait, les médecins semblent moins confiants aux vaccins que les infirmiers. Les professionnels du secteur privé ont tendance à avoir moins confiance à l'image de ceux qui ont rencontré des cas graves de COVID-19.

Tableau 17: Résultat du modèle explicatif du volet « Professionnel de santé »

	Odds Ratio	Std, Err,	Z	P>z	[95% Conf,	Interval]
Sexe						
Homme	1,00	.	.	.	.	.
Féminin	1,88	0,83	1,43	0,15	0,79	4,47
Age						
18-34 ans	1,00	.	.	.	.	.
35-44 ans	1,34	0,69	0,56	0,58	0,49	3,67
45 ans ou +	1,65	1,20	0,69	0,49	0,40	6,83
Niveau d'instruction						
Prim./Secon.	1,00	.	.	.	.	.
Supérieur	0,69	0,32	-0,79	0,43	0,28	1,72
Milieu de résidence						
Urbain	1,00	.	.	.	.	.
Rural	2,87	1,32	2,29	0,02	1,16	7,09
Statut professionnel						
Médecins	1,00	.	.	.	.	.
Infirmiers	2,38	1,29	1,60	0,11	0,82	6,89
Autres	0,74	0,44	-0,50	0,61	0,23	2,37
Place dans le système						
Avec responsabilité	1,00	.	.	.	.	.
Sans responsabilité	0,84	0,40	-0,37	0,71	0,33	2,13
Secteur d'activité						
Public/Parapublic	1,00	.	.	.	.	.
Privé	0,57	0,30	-1,09	0,28	0,20	1,58
Ancienneté						
< 5 ans	1,00	.	.	.	.	.
5 à 9 ans	0,48	0,25	-1,41	0,16	0,18	1,32
10 ans ou +	2,21	1,42	1,23	0,22	0,63	7,79
Contact avec les patients						
Oui	1,00	.	.	.	.	.
Non	0,83	0,45	-0,35	0,73	0,28	2,40

Rencontre de cas graves de COVID19						
Non	1,00	.	.	.	.	.
Oui	0,64	0,26	-1,10	0,27	0,28	1,43
Origine COVID19						
Maladie non naturelle	1,00	.	.	.	.	.
Maladie naturelle	1,27	0,51	0,58	0,56	0,57	2,81
Avis sur le timing de production du vaccin						
Rapide	1,00	.	.	.	.	.
Lentement	19,44	16,28	3,54	0,00	3,77	100,36
Au bon rythme	13,03	5,81	5,76	0,00	5,44	31,23

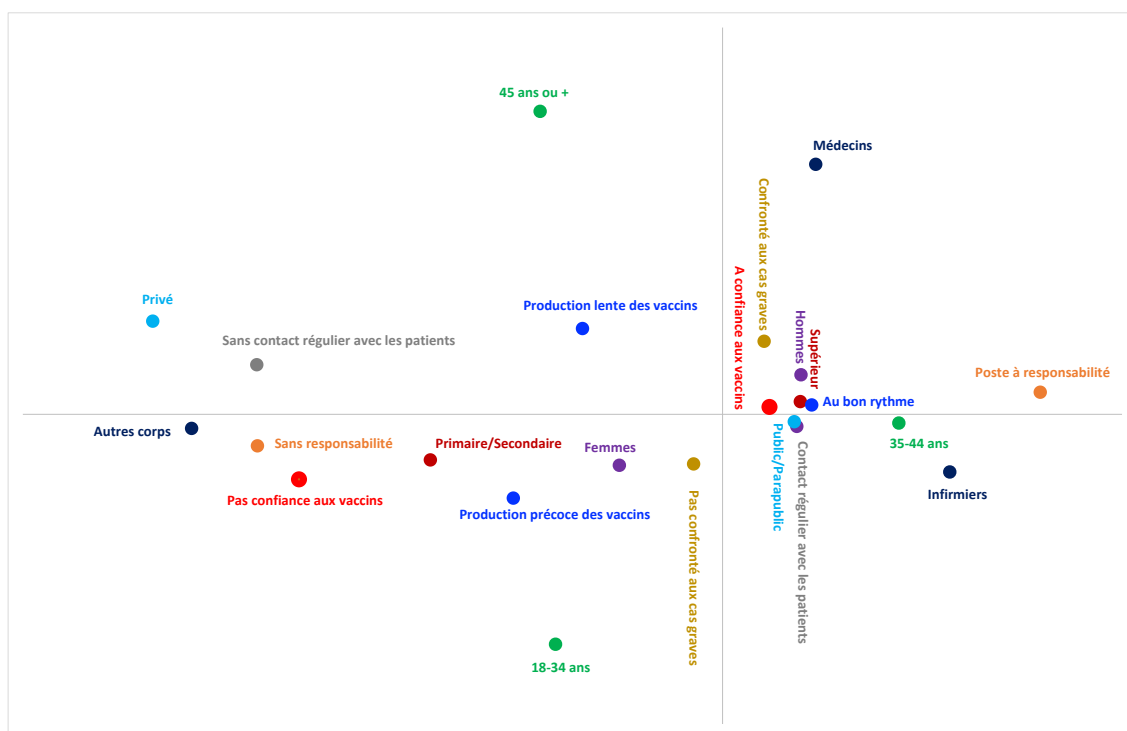
Source : LARTES-IFAN (2022)

4.8 Profil des professionnels de santé par rapport à la confiance aux vaccins

L'analyse factorielle montre que le profil type d'un professionnel de santé ayant confiance aux vaccins est celui d'un jeune adulte de 35-44 ans, agent du public ou du parapublic, ayant un contact régulier avec les patients et ayant rencontré des cas graves, infirmiers mais aussi médecins dans une certaine mesure.

Les professionnels n'ayant pas confiance aux vaccins sont quant à eux jeunes, sans responsabilité administrative et n'ont pas un contact régulier avec les patients. Ils ne sont ni infirmiers ni médecins (relèvent donc des autres corps médicaux) et servent dans le secteur privé.

Figure 66: Profil des professionnels de santé par rapport à la confiance aux vaccins



Source : LARTES-IFAN (2022)

Conclusion

La conclusion est structurée selon l'état de la situation, les constats issus des résultats de l'étude et leurs effets présentés sous forme de tableau récapitulatif.

Situation	Constats	Effets
96,6% perçoivent la COVID-19 comme une maladie dangereuse	<ul style="list-style-type: none"> - Un isolement systématique des malades ; - Une relation distante entre les professionnel-le-s de santé et les malades durant la 1^{ère} vague de la pandémie ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Une peur d'être contaminé ; - Une faible empathie à l'endroit des malades ; - Une stigmatisation des contaminé-e-s ; - Des décès nombreux chez les professionnel-le-s de santé de 1^{ère} ligne ;
97,6% affirment que l'introduction des vaccins contre la COVID-19 est soit « une très bonne	<ul style="list-style-type: none"> - Une adhésion massive des professionnel-le-s de santé à la vaccination ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Une forte implication des professionnel-le-s de santé à la vaccination ;

<p>chose » ou « une bonne chose ».</p> <p>7,5% déclarent avoir une légère confiance aux vaccins</p> <p>Une part minimale (5,1%) des professionnel·le·s de santé enquêtés/es qui sont non-vacciné·e·s</p> <p>Près d'un cinquième (20,4%) des enquêté.e.s jugent que le développement des vaccins anti COVID-19 s'est fait trop rapidement</p> <p>L'accès limité à des informations fiables sur la maladie et plus particulièrement sur les vaccins contre la COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Des appréhensions chez quelques professionnel·le·s de santé ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Doute laissant de la place à l'hésitation vaccinale ;
	<ul style="list-style-type: none"> - Doute sur la capacité des vaccins anti COVID-19 à réduire la mortalité ; - Doute sur la fiabilité des vaccins anti COVID-19 ; - 28,6% de cette proportion de 5,6% de non vacciné·e·s ont l'intention de se vacciner 	<ul style="list-style-type: none"> - Un refus relatif à la vaccination renforçant l'hésitation vaccinale chez les citoyens ;
	<ul style="list-style-type: none"> - Doute quant à l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 ; - Le manque d'informations sur les vaccins représente un obstacle affectant la vaccination anti COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> - La situation favorise la circulation des théories complotistes qui freinent la vaccination anti COVID-19
	<ul style="list-style-type: none"> - Une nécessité d'instaurer un climat de confiance à l'égard des vaccins contre la COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> - Une réduction de la capacité des professionnel·le·s de santé à rassurer la population quant aux avantages de la vaccination.

Cet état de la situation conduit aux recommandations suivantes organisées en trois rubriques que sont (i) les stratégies de communication, (ii) les pratiques et attitudes et (iii) les mesures incitatives pour la vaccination contre la COVID-19.

	<p>Recommandations pour une meilleure accessibilité des vaccins contre la COVID-19</p>
--	---

<p>Stratégies de communication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer des messages dans les langues nationales comprises par les populations ; - Rassurer les populations sur l’innocuité des vaccins, leur efficacité ; - Informer les populations sur la durée de la protection post-vaccination ; - Assurer une plus grande implication des autorités politiques ; - Faire intervenir des personnes ayant vécu la COVID-19 amplifier leurs témoignages ; - Former et impliquer les relais communautaires pour diffuser des bons messages et faciliter l’appropriation par les communautés ; - Communiquer davantage sur les effets secondaires des vaccins disponibles au Sénégal ; - Impliquer la pharmacovigilance dans la sensibilisation et la diffusion de messages sur la sécurité et l’importance des vaccins contre la COVID-19.
<p>Pratiques et attitudes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Confier la vaccination contre la COVID-19 à des professionnels de santé qualifiés ; - Mettre en place des équipes de supervision de la vaccination au niveau des structures de santé ; - Indemniser le personnel de santé pour compenser le surplus de travail entraîné par la COVID-19 et la vaccination.
<p>Mesures incitatives pour la vaccination anti-COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la formation des professionnel.le.s de santé dans le domaine de la vaccination ; - Déployer des équipes mobiles de vaccination dans les quartiers pour une meilleure accessibilité ; - Renforcer la formation des acteurs communautaires sur les vaccins contre la COVID-19 pour une meilleure sensibilisation des populations ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Impliquer les guides religieux dans les stratégies de communication pour l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 ; - Harmoniser les discours des autorités sanitaires sur les vaccins contre la COVID-19 ; - Renforcer les campagnes de sensibilisation en mobilisant particulièrement les associations de jeunes et les médias ;
--	--

V - Conclusion générale

Le processus de prise de décision et de l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19 sont analysés sous l'angle du rapport à la prise de risque que nous tentons de mettre en perspective théorique selon le prisme des recherches dans le domaine en général. En effet, l'étude a révélé des entraves à l'expression de la culture scientifique favorisant l'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19. Il apparaît comme le signale Giddens (1991), la nécessité de favoriser le développement de la « culture du risque » qui consisterait à mettre à la disposition des citoyens des données probantes et chiffrées leur permettant d'opérer des choix de vie, de consommation, de loisirs et de fréquentations en prévisibilité des risques. De ce fait, les citoyens ont les moyens d'anticiper les risques en initiant des stratégies assurantielles et des choix responsables. Il n'empêche que les citoyens n'adoptent pas les mêmes rapports aux risques et il revient aux sciences sociales d'analyser ces comportements différentiels face à des normes sociales assurantielles en perpétuelle construction.

De tels choix sont aussi opérés sur une « régulation des pratiques sociales » qui amène Foucault à s'inscrire dans l'art de « gouverner les corps à distance » autrement dit à assurer « une emprise de la société sur les corps ». Il s'agit là d'une invite aux individus à s'appropriier des

comportements souhaités ou responsables dans le sens du contrôle des risques par les concernés sous le prisme du contrat sociétal.

D'après Peretti-Watel (2020), le sociologue allemand Ulrich Beck élabore la notion de risque dans le contexte de ce qu'il appelle la nouvelle modernité correspondant à cette société globalisée où les interdépendances agissent fortement au point de transnationaliser les risques. Il en arrive à considérer que « les risques de la nouvelle modernité sont des menaces qui échappent à nos sens : on ne les voit pas, on ne les entend pas, on ne les sent pas ». Cette situation s'applique parfaitement au contexte de la pandémie répondant à un déséquilibre de l'ordre du cosmos, c'est-à-dire un réel tsunami de l'écologie.

Il convient dès lors de se donner les moyens de promouvoir ce triptyque : la diffusion des données probantes, la régulation des pratiques sociales et la prévention de risques qui proviennent de différentes sources d'une société globalisée et en prise à un déséquilibre de son écosystème. Afin d'opérationnaliser ces enseignements théoriques, nous esquissons ci-après l'analyse de l'écosystème externe de la vaccination contre la COVID-19.

Analyse de l'écosystème externe de la vaccination contre la COVID-19

<u>Opportunités</u>	<u>Menaces</u>
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Un partenariat solide</i> entre les départements ministériels, les autres institutions de l'état, les partenaires au développement. L'instauration de ce partenariat facilite la mobilisation des ressources et la coordination des activités. - <i>L'existence d'un réseau dense de radios communautaires</i>, privées et publiques montre que le paysage médiatique est bien fourni et diversifié pour une information de la population sur la maladie et les vaccins contre la COVID-19. - <i>L'influence des religieux et communicateurs traditionnels</i>, praticiens de la médecine traditionnelle (PMT) sur les communautés est réelle. L'implication de ces leaders dans les activités de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Le contexte de la pandémie de Covid-19</i> avec l'existence de rumeurs sur le vaccin contre la Covid-19 et les effets secondaires est un motif de baisse de l'utilisation des services de vaccination liée à l'adhésion décroissante de la population. - <i>L'apparition d'éventuels cas de MAPI graves</i> et d'effets secondaires mineurs ou majeurs qui pourraient faire peur à certaines personnes et être un frein à leur vaccination - <i>Le développement de mouvements anti vaccination</i> (obédience scientifique et ou religieuse) avec leur influence à travers les médias constitue un obstacle à la vaccination de certaines personnes ; - <i>Le manque de coordination dans la diffusion des messages</i> à travers les médias avec des informations

<p>permettrait une meilleure adhésion de la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>L'existence d'un réseau dense d'organisations communautaires (OCB, ONG)</i> est un atout pour la communication. Ces organisations présentes partout sur le territoire constituent des relais importants de l'information et de sensibilisation de la population. - <i>L'existence d'un réseau de blogueurs et de journalistes</i> spécialisés en santé pourrait aider à juguler les messages erronés diffusés à travers les réseaux sociaux et donner la bonne information à la population. - <i>La forte pénétration du réseau de téléphone mobile</i> avec une possession de téléphone portable à un nombre élevé de personnes (Tx), est un créneau intéressant de diffusion de messages SMS, Whatsapp etc... 	<p>contradictoires données par certains spécialistes/personnels de santé pourrait semer le doute auprès de la population sur l'acceptation de la vaccination anti covid-19</p>
<p style="text-align: center;"><u>Défis</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer l'adhésion par la communication en faisant intervenir des personnes ressources spécialistes des vaccins au niveau des médias (pédiatres, immunologues) - Développer la communication digitale à travers les médias et les réseaux sociaux pour contrer les informations erronées et les rumeurs sur la vaccination - Communiquer systématiquement sur les effets secondaires et leur prise en charge lors de la vaccination (CIP) - Renforcer la coordination des interventions au niveau des médias pour une meilleure harmonisation des messages 	<p style="text-align: center;"><u>Messages-clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le coronavirus est toujours là, il touche tous les âges ! - Faisons confiance à nos scientifiques et protégeons-nous du coronavirus en nous faisant vacciner ! - La production des vaccins contre la covid-19 a été très rapide à cause de la dangerosité de la maladie et de l'utilisation de nouvelles technologies dans le développement des vaccins. Protégeons-nous de cette maladie en nous faisant vacciner ! - Les vaccins comme les médicaments peuvent avoir quelques effets indésirables. Ces effets sont sans commune mesure avec leurs bénéfices, faisons-nous vacciner !!

--	--

VI – Références bibliographiques

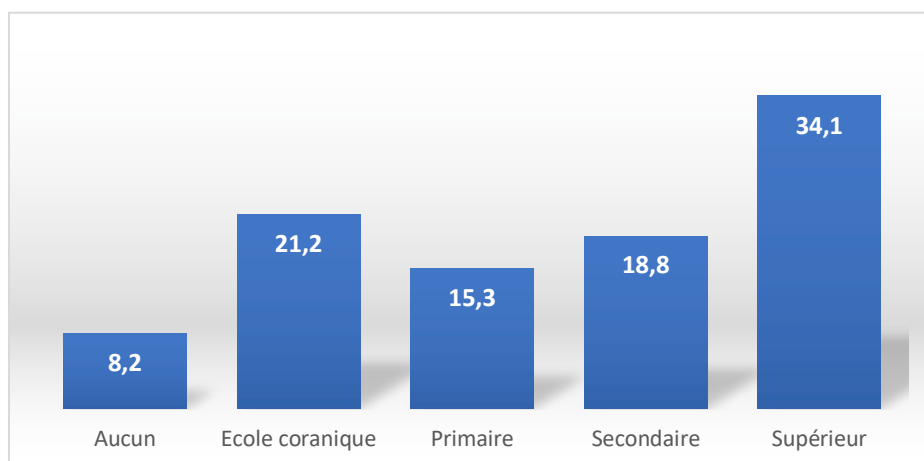
- Abbott Andrew, 2011, Savoirs : quels critères pour les sciences sociales ? revue ressources en sciences humaines et sociales.
- Bertrand Anne, Torny Didier, 2004, Libertés individuelles et santé collective: une étude socio-historique de l'obligation vaccinale, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société (CERMES), CNRS, INSERM, EHESS, HAL.Archives-ouvertes.
- Cambon Linda., François Alla, 2013, « Transfert et partage de connaissances en santé publique : réflexions sur les composantes d'un dispositif national en France » dans Santé Publique (Vol. 25), pages 757 à 762.
- CNRS, 2021, Note de synthèse sur les données préliminaires sur la vaccination Covid-19 du projet CORAFSEN.
- Diallo Issakha, 2015, la prise de décision dans la gestion des systèmes de santé, L'Harmattan.
- Faye Adama, Ridde Valéry, 2021, Quelques résultats sur la vaccination contre la Covid-19, PHASE II, ARIACOV, ISED, IRD CEPED, UMR IRD-Université de Paris.
- Fixmer, P., and Brassac, C, 2004, « La décision collective comme processus de construction de sens », In Psychologie Sociale Appliquée. Emploi, Travail, Ressources Humaines, p. 429.
- OMS, 2020, Facteurs d'acceptabilité de la vaccination contre la grippe pandémique A (H1n1) chez les diabétiques à Abidjan, Côte D'ivoire.
- Juignet Patrick, 2016, « Connaissance et savoirs », blog philosophie, science et société.
- Peretti-Watel Patrick, Anne Châteauneuf-Malclès, 2020, Sociologie du risque et crises sanitaires : un éclairage sur la pandémie du coronavirus, SES-ENS.
- Philipe A. 2005, Rumeurs : il n'y a pas que la vérité qui compte, Mensuel N°164.
- Pierre B, 2006, « éthique, décision et personnes vulnérables » Revue-Reliance » 2006/2 N°20 | pages 29 à 32.
- Pongo Thomas «Prise de décision et vulnérabilité des engagements. Analyse des contraintes de l'agir situé au sein d'une organisation d'économie sociale et solidaire », Université Catholique de Louvain.
- Simmel G., 1999, Sociologie. Les études sur les formes de socialisation, PUF (Sociologies), 756 p.

Annexes

Annexe 1 : Profil des enquêtés du volet qualitatif

Ce graphique montre que le niveau supérieur est dominant avec 34,1% dont les professionnels de santé (médecins, pharmaciens et infirmiers). Les répondants qui ont un niveau secondaire et primaire représentent respectivement 18,8% et 15,3%. Il est important de souligner que 21,2% des répondants ont fréquenté uniquement l'école coranique et 8,2% n'ont aucun niveau d'instruction.

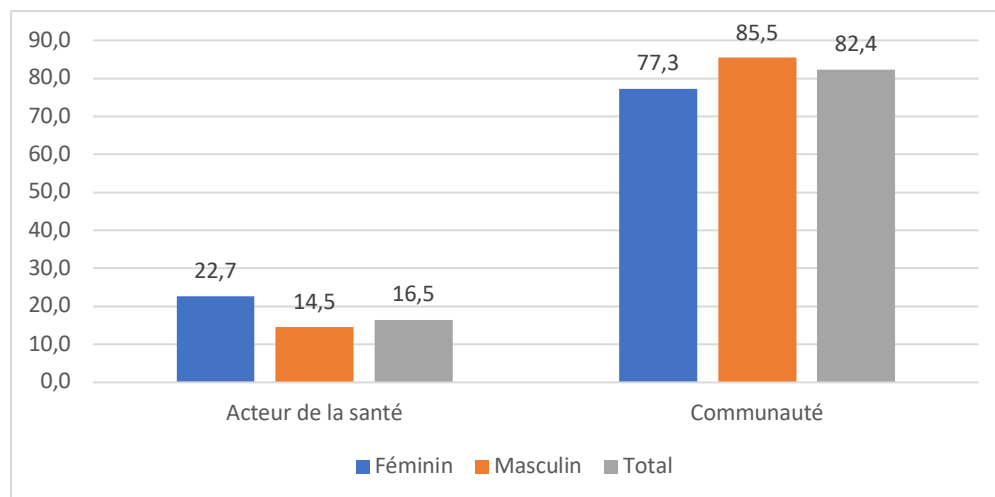
Graphique 2: Répartition des interviewés par niveau d'instruction en (%)



Source : Enquête sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID_19 au Sénégal, LARTES-IFAN-IFAN, 2021.

L'analyse des répondants par type d'acteurs et par sexe montre que 82,4% de notre échantillon sont de la communauté avec 85,5% d'hommes et 77,3% de femmes. On enregistre 16,5% d'acteurs de la santé. Chez ces derniers, les femmes sont plus représentatives avec 22,7% contre 14,5% d'hommes.

Graphique 3: Répartition des interviewés par sexe et par type d'acteur

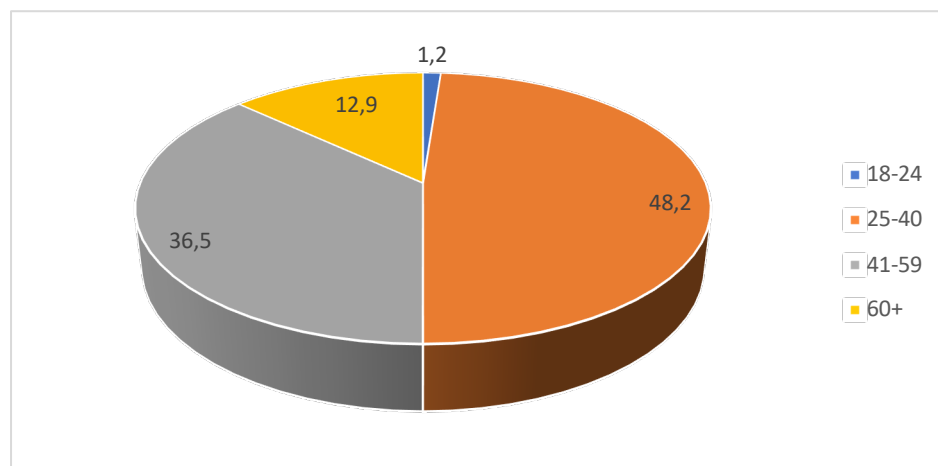


Source : Enquête sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID_19 au Sénégal, LARTES-IFAN-IFAN, 2021.

Une forte présence d'individus âgés entre 25 et 59 ans

Les individus âgés entre 25-40 ans sont majoritaires avec 48,2% suivie de la tranche d'âge 41-59 où on enregistre 36,5% des répondants. Les individus âgés de plus de 60 ans représentent 12,9% et seulement 1,2% de l'échantillon est dans la tranche d'âge 18-24 ans. Ce graphique révèle une faible proportion de répondants âgés entre 18 à 24 ans (1,2%).

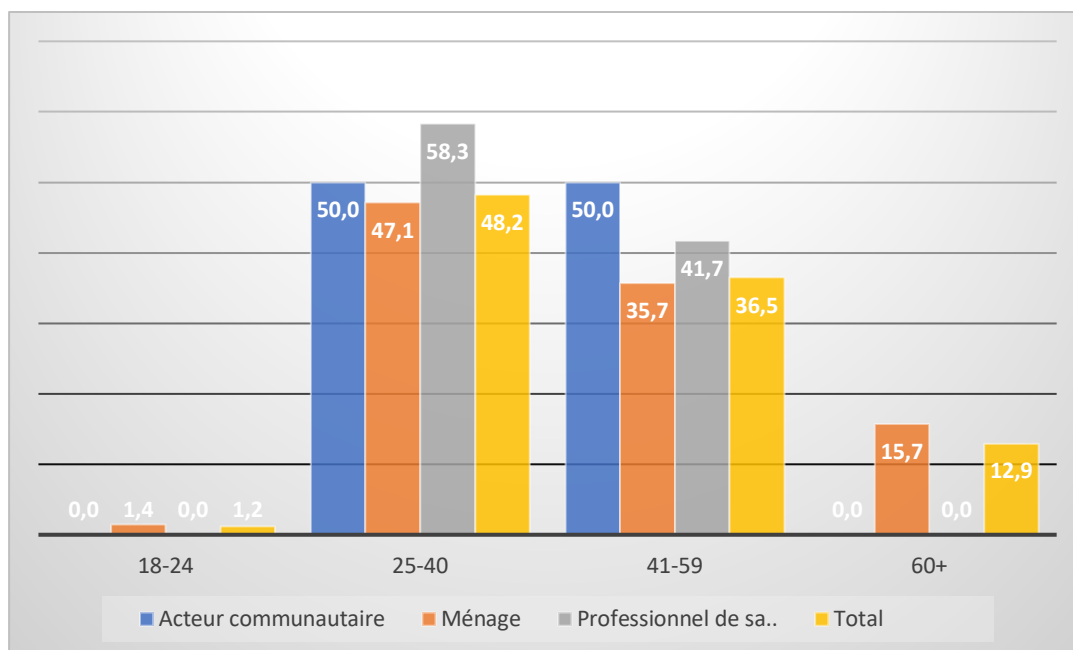
Graphique 4: Répartition des interviewés par tranche d'âge



Source : Enquête sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID_19 au Sénégal, LARTES-IFAN-IFAN, 2021.

L'analyse de ce graphique montre la majeure partie des répondants sont dans la tranche d'âge 25-40 ans avec 48,2%. Il est important de souligner une forte présence des professionnels de santé dans cette tranche d'âge avec 58,3%. Les ménages représentent 47,1% pour la tranche d'âge 41-59 ans et 47,1% pour celle 25-40 ans. Les ménages sont bien représentés dans la répartition des tranches d'âge. Les acteurs communautaires représentent 50% pour les deux intervalles d'âge à savoir 25-40ans et 41-59 ans. Les répondants de plus de 60 ans sont faiblement représentés avec seulement 15,7% et restent concentrés dans les ménages pour l'intervalle d'âge de 25 à 59ans

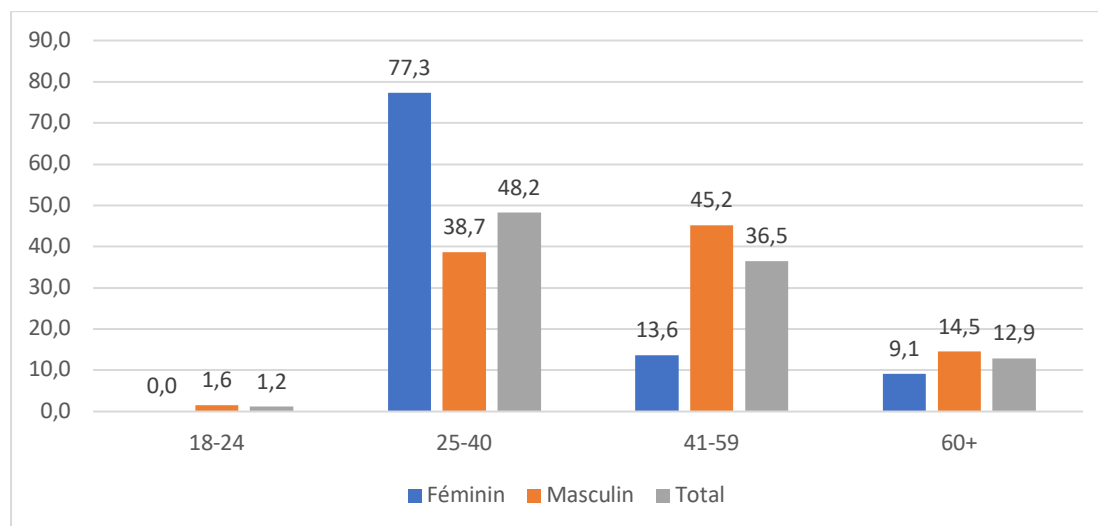
Graphique 5: Répartition des interviewés par tranche d'âge et par type d'acteur



Source : Enquête sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID_19 au Sénégal, LARTES-IFAN-IFAN, 2021.

La répartition par âge et par sexe montre que les femmes dominent chez les 25-40 ans où sont concentrés la majeure partie des répondants avec 77,3%. Chez les 41-59 ans, les hommes prennent le dessus avec 45,2% contre 13,6% chez les femmes.

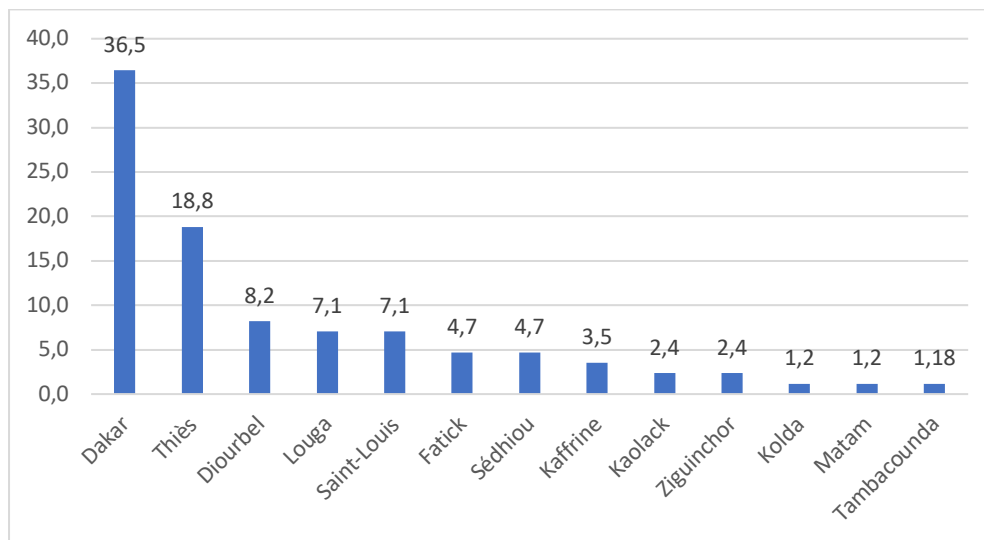
Graphique 6: Répartition des interviewés par âge et par sexe



Plus du 1/3 des interviewés sont concentrés dans la région de Dakar

Ce graphique révèle que 36,5% des enquêtés sont dans la région de Dakar suivie de la région de Thiès avec un taux de 18,8%. Diourbel et Louga représentent respectivement 8,2% et 7,1%, Saint-Louis 7,1%, Fatick et Sédhiou représentent chacune 4,7%, Kaffrine quand à elle 3,5%. Les régions de Tambacounda, de Matam et Kolda restent faiblement représentées avec un pourcentage total de 3,58 %. Ziguinchor et Kaolack représentent 4,8% avec chacune 2,4%.

Graphique 7: Répartition des interviewés par région



Source : Enquête sur l'acceptabilité des vaccins contre la COVID_19 au Sénégal, LARTES-IFAN-IFAN, 2021.

Annexe 2 : Outils de collecte de données

1. Questionnaire adressé à la communauté

Ce questionnaire s'adresse aux personnes de 18 ans ou + et aux clusters « personnes âgées de 60 ans ou plus » et « personnes vivant avec des comorbidités »

I. Identification

Q1. Code (Id).....

Q1a : Numéro de téléphone 1

Q1b : Numéro de téléphone 2

Q2. Nom et prénom

Q3. Sexe

1. Masculin / __/

2. Femme / __/

Q3b : Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas

Q4. Âge

Q5. Catégorie socio-sanitaire :

1. Personne âgée de 60 ans ou + / __/

2. Personne avec comorbidités / __/

3. Personnel de santé / __/

Q5b. Si personne vivant avec comorbidités, la/lesquelles ? (QCM)

1. Diabète 2. Hypertension artérielle 3. Asthme 4. Insuffisance rénale 5. Insuffisance cardiaque 6. Obésité 7. Antécédent d'accident vasculaire cérébral 8. Cancers et maladies hématologiques malignes actifs et de moins de 3 ans 9. Insuffisance respiratoire 10.

Drépanocytose 11. Autres (à préciser)

Q6. Situation conjugale

1. Marié/e / __/ 2. Célibataire / __/ 3. Veuf/ve 4. Divorcé(e)/ __/

Q7. Région de résidence

1. Dakar 2. Diourbel 3. Fatick 4. Kaffrine 5. Kaolack
6. Kédougou 7. Kolda 8. Louga 9. Matam 10. Saint-Louis
11. Sédhiou 12. Tambacounda 13. Thiès 14. Ziguinchor

Q8. Département de résidence (liste des départements)

Q9. Commune de résidence

Q10. Nom de la localité ou du quartier

Q11. Milieu de résidence

1. Milieu urbain / __/ 2. Milieu rural / __/

Q12. Langue la plus couramment parlée

1. Wolof. 2. Pulaar 3. Séreer 4. Joola 5. Manding/Soose
6. Soninke/Saraxole 7. Bambara 9. Manjak 10. Basari 11. Français
12. Arabe 13. Anglais 14. Portugais 15. Autre (à préciser)

Q13. Langue d'entretien

1. Wolof. 2. Pulaar 3. Séreer 4. Joola 5. Manding/Soose
6. Soninke/Saraxole 7. Bambara 9. Manjak 10. Basari 11. Français
12. Arabe 13. Anglais 14. Portugais 15. Autre (à préciser)

Q14. Lien avec le chef de ménage

1. Chef de ménage
2. Fils/Fille du chef de ménage
3. Neveu/Nièce du chef de ménage
4. Frère/Sœur du chef de ménage
5. Petit-fils/Petite-fille du chef de ménage
6. Beau-fils/Belle-fille du chef de ménage
7. Cousin/Cousine du chef de ménage
8. Père/Mère du chef de ménage
9. Époux/Épouse du CM
10. Autre (à préciser).

Q15. Statut social

1. Chef de famille
2. Mère de famille
3. Notable
4. Chef de village
6. Chef de de quartier
7. Leader communautaire
8. Communicateur traditionnel
9. Responsable associatif
10. Guide religieux
11. Chef coutumier
12. Autres (à préciser)
13. Aucun

Q16. Niveau d'instruction

1. Primaire

2. Secondaire
3. Supérieur
4. Écoles coraniques (uniquement)
5. Aucun

Q17. Si scolarisé.e, quelle a été votre principale langue de formation ?

1. Français
2. Arabe
3. Anglais
4. Autres (à préciser)

II. Expériences vaccinales (toutes les vaccinations)

Q18. Avez-vous été au moins une fois impliqué dans une campagne de vaccination ?

1. Oui /__/
2. Non /__/

Q19. Si oui, quelle a été votre fonction lors de la dernière campagne de vaccination à laquelle vous avez participé ?

1. Diffusion/explication des messages d'éducation
2. Orientation des personnes pour la vaccination
3. Organisation des séances de vaccination
4. Sensibilisation de la population
5. Bénéficiaire du vaccin
6. Autres.....

III. Connaissances sur la maladie COVID-19

Q20. Avez-vous entendu parler de la pandémie à la COVID-19 ou Coronavirus ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q21. Selon vous, quels sont les signes de la COVID-19 ou Coronavirus ?

1. Difficultés respiratoires /__/
2. Fatigue /__/
3. Fièvre /__/
4. Toux /__/

5. Maux de tête / __/
6. Courbatures / __/
7. Grippe / __/
8. Pertes d'odorat et de goût / __/
9. Autres signes à spécifier.....
10. Ne sait pas / __/

Q21b. Que pensez-vous de la probabilité que vous ou quelqu'un dans votre communauté contracte le coronavirus ?

1. Risque élevé
2. Risque Modéré
3. Risque faible
4. Aucun risque

Q22. Selon-vous, est ce que la COVID-19 est une maladie dangereuse ?

1. Oui / __/
2. Non / __/
3. Ne sait pas / __/

Q23. Si oui pourquoi ? (QCM)

1. Mortelle / __/
2. Handicapante / __/
3. Transmission rapide / __/
4. Guérison difficile / __/
5. Autres à préciser

Q24. Si non pourquoi ?

1. Se guérit spontanément / __/
2. Faible létalité / __/
3. Autres (à préciser)

Q25. Comment la COVID-19/Coronavirus est-elle transmise ? (QCM)

1. En touchant une personne contaminée
2. Lorsqu'une personne contaminée éternue ou tousse à côté d'une autre personne
3. En mangeant avec une personne contaminée
4. En touchant les objets souillés par le Coronavirus
5. En restant en contact physique sans protection avec une personne contaminée
6. Autres voies à préciser.....
7. Ne sait pas

Q26. Connaissez-vous un nom local dédié à la COVID-19 ?

1. Oui /__/
2. Non /__/

Q27. Si oui lequel ?.....

Q28. Que pensez-vous de la COVID-19/Coronavirus ? (QCM)

1. Maladie naturelle
2. Maladie importée
3. Maladie créée par les blancs
4. Maladie créée pour diminuer la population
5. Puntion divine
6. Maladie liée au manque d'hygiène
7. Autres (à préciser)
8. Sans réponse

Q29. Selon vous, quel est votre risque d'être infecté par le Coronavirus ?

1. Aucun
2. Faible
3. Moyen
4. Élevé
5. Sans avis
6. Ne sait pas

Q30. Peut-on prévenir la COVID-19/Coronavirus ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q31. Si oui, comment peut-on prévenir la COVID-19 ? (QCM)

1. Port de masque
2. Lavage régulier mains eau et savon
3. Respect distance physique
4. Vaccination
5. Autres (à préciser).
6. NSP

Q32. Avez-vous été contaminé par le Coronavirus ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

Q32b. Si vous n'avez pas été contaminé ou si vous ne le savez pas, avez-vous présenté les symptômes suivants au du dernier mois les symptômes suivants ? (QCM)

1. Difficultés respiratoires /__/
2. Fatigue /__/
3. Fièvre /__/

4. Toux /__/
5. Maux de tête /__/
6. Courbatures /__/
7. Grippe /__/
8. Pertes d'odorat et de goût /__/
9. Autres signes à spécifier.....
10. Ne sait pas /__/
11. Aucun

Q33. Si oui, quand ? (Mois/année)

Q34. Si oui, dans quelles circonstances ?

1. Cas contact
2. Cas communautaire
3. Autre
4. Ne sait pas

Q35. Si oui, est ce que votre contamination a été confirmée par un test ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Q36. Si oui, avez-vous été hospitalisé ?

1. Oui
2. Non

Q37. Si vous avez été contaminé, comment évaluez-vous votre risque d'être à nouveau contaminé ?

1. Aucun
2. Faible
3. Moyen
4. Élevé
5. Ne sait pas

Q38. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre propre opinion sur la gravité du coronavirus ?

1. Tout cela est une réaction excessive. La maladie n'est pas si grave.
2. Le coronavirus est toujours une menace sérieuse
3. La maladie est une grande menace pour la santé de la population

Q39. Avez-vous déjà réalisé un test pour de COVID-19 ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Sans réponse

Q39b. Que pensez de l'utilité de ces tests ?

1. Utiles.
2. Inutile
3. Je ne sais pas

Q39c. Que pensez de la fiabilité de ces tests ?

1. Fiables.

2. Peu Fiable
3. Pas fiables
4. Je ne sais pas

Q39d. Que pensez de l'accessibilité financière de ces tests ?

- 1 Accessible (Pris raisonnable) ;
2. Peu accessible
3. Pas accessible (cher)
4. Je ne sais pas

Q39e. Que pensez de l'attente dans les centres agréés lors de l'administration des tests ?

- 1 Très longue ;
2. Longue
3. Moyenne
4. Convenable
5. Très convenable
6. Je ne sais pas

Q40. Savez-vous si un membre de votre ménage a déjà réalisé un test de COVID-19 (PCR ou TDR) ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Sans réponse

Q41. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il contracté le coronavirus ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Sans réponse

Q42. À quelle fréquence portez-vous un masque lorsque vous sortez pour différentes activités ?

1. Toujours
2. Parfois
3. Jamais
4. Autres.....

Q44. À quelle fréquence portez-vous un masque lorsque vous sortez pour différentes activités ?

1. Toujours
2. Parfois
3. Jamais

IV. Connaissances sur le vaccin anti COVID-19

Q45. Avez-vous entendu parler de l'existence de vaccins qui protègent contre la COVID19/Coronavirus ?

1. Oui / __/
2. Non / __/

Q46. Si oui, quel type de vaccin connaissez-vous ?

1. SINOPHARM (Chinois)
2. Astrazeneca (Suédo-Britannique)
3. Johnson&Johnson (Américain)
4. Sputnik (Russe)
5. Pfizer (Américain)
6. Moderna (Américain)
7. Autres (préciser).....
8. Ne se rappelle pas du nom

Q47. Un ou plusieurs vaccins ont été introduits au Sénégal par le Gouvernement, qu'en pensez-vous ?

1. C'est une très bonne chose
2. C'est une bonne chose
3. Ce n'était pas nécessaire
4. C'est une mauvaise chose
5. C'est une très mauvaise chose
6. Aucun avis

Q48. Selon vous, qui doit être vacciné en priorité ?

1. Les personnes âgées / __/
2. Les agents de santé / __/
3. Les personnes avec comorbidité / __/
4. Les jeunes / __/
5. Les enfants / __/
6. Les femmes / __/
7. Les personnes en activité professionnelle / __/
8. Tout le monde / __/
9. Autre à préciser / __/
10. NSP / __/

Q49. Avez-vous confiance en ces vaccins ?

1. J'ai confiance /__/
2. Je n'ai pas confiance /__/
3. Aucun avis /__/

Q50. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes en désaccord ou en accord avec les affirmations suivantes concernant un vaccin contre la COVID-19. Donnez une note de 1 à 5 avec 1 : Tout à fait d'accord ; 2 : Plutôt d'accord ; 3 : Je ne sais pas ; 4. Plutôt en désaccord ; 5 : Pas du tout d'accord

- Si les personnes se font vacciner, l'emploi et la vie sociale reviendront à l'époque d'avant COVID-19.
- Si vous vous faites vacciner, vous risquez moins de tomber très malade si/quand vous contractez le virus.
- Il n'y a pas d'effets secondaires à long terme à se faire vacciner.
- Si vous vous faites vacciner, les effets secondaires possibles à court terme sont de la fièvre et des maux de tête pendant quelques jours.

Q50. Quel est votre niveau d'accord ou de désaccord avec les assertions suivantes. Donnez une note de 1 à 5 avec 1: Tout à fait d'accord; 2: Plutôt d'accord; 3: Je ne sais pas ; 4. Plutôt en désaccord; 5: Pas du tout d'accord

- Recevoir moi-même un vaccin contre la COVID-19 sera un moyen important de me protéger contre la maladie
- Recevoir moi-même un vaccin contre la COVID-19 sera un moyen important de protéger les membres de ma famille immédiate et mes amis contre la maladie
- Recevoir moi-même un vaccin contre la COVID-19 sera un moyen important de protéger les membres vulnérables de ma communauté contre la maladie
- Tous ceux qui n'ont pas de raison médicale de ne pas le faire devraient se faire vacciner contre la COVID-19 pour aider à mettre fin à la pandémie
- Pour un vaccin COVID-19, les avantages pour la santé de se faire vacciner l'emporteront probablement sur les risques
- Les vaccins sont plus importants pour les garçons que pour les filles
- Je suis plus à l'aise de me faire vacciner, mon enfant et les autres membres de la famille uniquement par des femmes.
- Je suis plus à l'aise de me faire vacciner dans un lieu ouvert
- Je suis plus à l'aise de me faire vacciner dans lors des événements culturels ou religieux
- Il existe de nombreux endroits différents où vous ou les membres de votre famille peuvent se faire vacciner.
- Les effets secondaires de la plupart des vaccins sont mineurs.

- Les effets secondaires graves des vaccins sont rares.
- Quand tout le monde est vacciné, je n'ai pas besoin d'être vacciné.
- J'ai la responsabilité de me faire vacciner car je peux protéger les autres ayant un système immunitaire plus faible.
- Quand je pense à me faire vacciner, je pèse les avantages et les risques pour prendre la meilleure décision possible.
- Les vaccins contiennent des ingrédients dangereux.
- La décision de se faire vacciner ou non est un choix personnel.
- Le vaccin permet de se soigner contre la COVID-19.

V. Décision à se vacciner et position sur la vaccination

Q51. Avez-vous été vacciné ?

1. Oui
2. Non

Q52. Si oui, quelle est la raison principale pour laquelle vous vous êtes vacciné ?

1. Les vaccins permettent d'éviter les cas graves
2. Les vaccins réduisent le risque d'être contaminé
3. Les vaccins réduisent le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination permet un retour à une vie socio-économique habituelle
5. Les vaccins réduisent le risque que d'autres personnes soient infectées
6. Autres (à préciser)

Q53. Si oui, quand avez-vous été vacciné ? (jj/mm/aaaa)

Q54. Si oui, où avez-vous été vacciné ?

1. A proximité de mon lieu de résidence/travail
2. Loin de mon lieu de résidence/travail
3. Lieu de travail d'une connaissance professionnelle de santé
4. Lieu le moins saturé
5. Lieu indiqué par le chef/leader

Q55. Si oui, quelles sont les 3 réactions les plus notées par rapport à la 1ère ou à l'unique dose du produit vaccinal ?

1. Peur
2. Anxiété
3. Inquiétude
4. Pleurs
5. Soulagement
6. Rassuré
7. Autres (à préciser)

Q56. Si oui, quelles sont les 3 réactions les plus notées par rapport à la 2nde dose du produit vaccinal ?

1. Peur
2. Anxiété
3. Inquiétude
4. Pleurs
5. Soulagement
6. Rassuré
7. Autres (à préciser)
8. Non applicable (Vaccin à dose unique)

Q57. Si oui, avez-vous eu des effets secondaires ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Q58. Si vous avez eu des effets secondaires, lesquels

1. Maux de tête
2. Courbatures
3. Diarrhée
4. Vomissement
5. Évanouissement
6. fièvre
7. Anxiété
8. Mal-être
9. Caillot de sang/Trombose
10. AVC
11. Autres (à préciser)

Q59. Si non, pourquoi vous n'avez pas été vacciné ?

Q60. Si non, allez-vous vous vacciner ?

1. Oui, immédiatement /__/
2. Oui, dans un mois /__/
3. Oui, entre 1 et 3 mois /__/
4. Entre 4 et 6 mois /__/
5. Oui, entre 7 mois et plus /__/
8. Indécis /__/
9. Jamais /__/
10. Non réponse /__/

Q61. Si jamais, pourquoi ? donner au maximum 3 raisons principales

1. Peur des effets secondaires
2. Besoin de plus d'informations sur le bon fonctionnement du vaccin

3. Vaccins peu sûrs
4. Je ne sais pas si le vaccin est efficace
5. Je n'en ai pas besoin
6. J'ai peur des piqûres
7. Je pense que d'autres personnes en ont plus besoin
8. Peu de gens dans la communauté sont en faveur du vaccin
9. Je n'aime pas les vaccins en général
10. La vaccination va à l'encontre de mes convictions religieuses
11. Je suis immunisé par les produits traditionnels
12. Distance et temps d'attente dans l'établissement de santé
13. Mauvaise réputation du prestataire de l'établissement de santé
14. Difficulté de s'absenter du travail
15. Complot international
16. Corona Business
17. Les africains sont des cobayes
18. Pas besoin en Afrique
19. Autres (à préciser)

Q62. Pour les personnes vaccinées ou envisageant de se vacciner : Avez-vous retardé/renoncé à votre vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité ?

1. Oui / __ / 2. Non / __ /

Q62b. Pour les personnes vaccinées ou envisageant de se vacciner : Avez-vous retardé/renoncé à votre vaccination à cause de l'accessibilité au service de vaccination ?

1. Oui / __ / 2. Non / __ /

Q63. Êtes-vous prêt à faire vacciner vos proches ?

1. Oui / __ /
2. Non / __ /
3. Indécis / __ /

Q64. Si non ou indécis, pourquoi ?

Q65. Si vous n'êtes pas prêts à vous faire vacciner, pourquoi ?

1. Doutes sur la sécurité du vaccin
2. Rumeurs sur la qualité
3. Peur d'éventuels effets secondaires
4. Vaccins à l'essai
5. Pas confiance
6. Autres (à préciser)

Q66. Si vous n'envisagez pas de vous vacciner, dans quelle mesure les éléments suivants peuvent changer votre position ?

1. Probable

2. Peu probable
3. Pas probable

- S'il est nécessaire pour voyager
- Si votre lieu de travail l'exige
- Si votre école l'exige
- Si le vaccin est disponible gratuitement
- Si le vaccin est en accès libre
- Si l'administration du vaccin n'est pas sous forme injectable
- Si l'administration est sans douleur
- Si le vaccin est disponible gratuitement et livré par un agent de santé communautaire à votre domicile/résidence

Q67. Selon vous est ce que les vaccins sont utiles ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q68. Si oui, pourquoi ?

1. Les vaccins permettent d'éviter les cas graves
2. Les vaccins réduisent le risque d'être contaminé
3. Les vaccins réduisent le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination permet un retour à une vie socio-économique habituelle
5. Autres (à préciser)

Q69. Si non pourquoi ?

1. Les vaccins ne permettent pas d'éviter les cas graves
2. Les vaccins ne réduisent pas le risque d'être contaminé
3. Les vaccins ne réduisent pas le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination ne permet pas un retour à une vie socio-économique normale
5. Les vaccins contiennent des ingrédients dangereux
6. Les vaccins ne sont pas sûrs
7. Les vaccins ne sont pas nécessaires comme la maladie n'est pas si grave
8. Je n'aime pas les vaccins en général
9. La vaccination va à l'encontre de mes convictions religieuses
10. Crainte des effets secondaires
11. Autres (à préciser)

Q70. Veuillez classer votre vaccin préféré de différents pays ? [Classer de 1 à 5, où 1 indique le moins et 5 indique le plus

- Sinopharm (Chine)
- Astrazeneca (Suédo-Britannique)

- Johnson & Johnson (USA)
- Pfizer BioNtech (USA)
- Spoutnik (Russie)
- Moderna (USA)
- Autres (à préciser)

VI. Facteurs favorisant ou freinant la vaccination anti COVID19

Q71. Comment jugez-vous le processus de développement et la production d'un vaccin contre le COVID-19, lequel des éléments suivants vous préoccupe le plus ?

1. Il a été développé trop vite sans établir pleinement qu'il est sûr et efficace
2. Il a été développé trop lentement, créant des retards inutiles dans l'accès à un vaccin
3. Pas de soucis, il a été développé au bon rythme.

Q72. Selon vous qu'est ce qui pourrait aider à amener l'adhésion de tous à la vaccination anti COVID19/Corona ?

1. Informations éclairées sur le vaccin (efficacité, innocuité, sûreté)
2. Confiance accordée aux autorités en matière de gestion de l'épidémie
3. Disponibilité des vaccins sûrs
4. Gratuité du ou des vaccins
5. Bonne organisation des séances de vaccination
6. Autres.....

Q73. Selon vous quels sont les obstacles qui pourraient affecter la vaccination anti COVID19/Corona ?

1. Manque d'informations éclairées sur les vaccins anti COVID19/Corona ?
2. Doute des vaccins
3. Craintes des effets secondaires
4. Insuffisance d'implication des Autorités
5. Mauvaise organisation des séances de vaccination
6. Rumeurs sur le ou les vaccins (à préciser)
7. Autres.....

Q74. Pensez-vous que les vaccins seront accessibles à tous ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q75. Si non pourquoi ?

Q76. Comment décririez-vous, de façon globale, votre satisfaction avec les conditions de déroulement de la vaccination ?

1. Très satisfait
2. Plutôt satisfait
3. Acceptable
4. Plutôt insatisfait
5. Très insatisfait.

VII. Accès à l'information

**Q77. Quelles stratégies en faveur de l'adhésion de la population à la vaccination ?
Indiquer les priorités allant de 1 à 5 ; 1 étant plus prioritaire, et 5 moins prioritaire**

1. Assurer une plus grande implication des autorités
2. Rassurer les populations sur l'efficacité des vaccins pour ne pas contracter la maladie
3. Sensibiliser les populations sur la rééducation de la probabilité de survenue des variants
4. Convaincre les populations sur l'efficacité des vaccins pour diminuer la mortalité
5. Informer les populations sur l'efficacité des vaccins pour éviter la saturation du système de santé
6. Rassurer les populations sur l'innocuité des vaccins
7. Sensibiliser les populations sur la sûreté des vaccins et sur les effets secondaires limités
8. Informer les populations sur la durée de protection après la vaccination
9. Recueillir la perception des populations sur les vaccins pour identifier les réticences et les hésitations ainsi que leurs causes
10. Répondre aux inquiétudes posées par les populations à travers des messages scientifiques avec un langage clair et accessible
11. Rétablir la vérité par rapport aux fausses informations véhiculées entre autres par les réseaux sociaux
12. Inciter à la vaccination par la mise en place de récompense pour les populations vaccinées
13. Installer les sites de vaccination au sein des communautés pour en faciliter l'accès
14. Maintenir une communication régulière et utilisant les langues nationales
15. Former et impliquer les relais communautaires pour diffuser des bons messages et faciliter l'appropriation par les communautés
16. Indemniser le personnel de santé pour compenser le surplus de travail entraîné par la COVID-19 et la vaccination
17. Autres à préciser.....

Q78. Quelles actions pouvez-vous mener pour amener les autres membres de la communauté à se faire vacciner contre la COVID19/Corona ?

1. Sensibilisation des populations
2. Implication des Autorités religieuses, politiques et coutumières
3. Autres (à préciser)

Q79. Quelle confiance accordez-vous aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la Covid-19 ?

1. Très confiant
2. Plutôt confiant
3. Sans avis
4. Plutôt pas confiant
5. Pas du tout confiant

Q80. Par quel canal êtes-vous principalement informé sur la COVID19 ?

1. Radio /__/ 2. Télé /__/ 3. Presse écrite /__/ 4. Internet /__/
5. Réseaux sociaux 6. Relations professionnelles 7. Amis 8. Voisins 9. Chef de quartier 10. Chef religieux 11. Autres (à préciser)

Q81. Quelle est la source d'accès à l'information à laquelle vous faites le plus confiance sur la COVID-19 et le vaccin COVID-19 ?

1. Radio /__/ 2. Télé /__/ 3. Presse écrite /__/ 4. Internet /__/
5. Réseaux sociaux 6. Relations professionnelles 7. Amis 8. Voisins 9. Chef de quartier 10. Chef religieux 11. Autres (à préciser)

VIII. Projections sur le futur

Q82. Dans quelle mesure êtes-vous inquiet au sujet de chacun des événements suivants si le coronavirus continue de se propager au cours des 6 prochains mois : Répondre

1. Très inquiet 2. Un peu inquiet 3. Pas du tout inquiet.

- Contracter le coronavirus ?
- Vivre une complication grave ou la mort du Coronavirus si vous deviez le contracter ?
- Un proche (famille, ami proche, proche) connaît une complication grave ou décède du Coronavirus s'il venait à le contracter ?
- Les effets négatifs des mesures de distanciation sociale sur l'économie en général
- Les effets négatifs des mesures de distanciation sociale sur mes finances personnelles
- La capacité de votre système de santé local est dépassée
- Écoles fermées ou fermées
- Pénurie d'articles nécessaires
- Ne pas être en mesure de payer votre hypothèque/loyer
- Perdre son emploi ou ne pas pouvoir en trouver.

Questionnaire adressé aux personnels de santé

Ce questionnaire sera adressé uniquement aux clusters « personnels de santé ».

I. Identification du répondant

Q1. Code du répondant

Q2. Nom et prénom

Q3. Téléphone 1

Q3b. Téléphone 2.....

Q4. Sexe

1. Masculin /__ / 2. Femme /__ /

Q5. Âge

Q6. Situation conjugale

1. Marié/e /__ / 2. Célibataire /__ / 3. Veuf/ve 4. Divorcé(e)/__ /

Q7. Région résidence

1. Dakar 2. Diourbel 3. Fatick 4. Kaffrine 5. Kaolack 6. Kédougou

7. Kolda 8. Louga 9. Matam 10. Saint-Louis 11. Sédhiou

12. Tambacounda 13.Thiès 14. Ziguinchor

Q8. Département de résidence (liste des départements)

Q9. Commune de résidence

Q10. Nom de la localité ou du quartier

Q11. Milieu de résidence

1. Milieu urbain /__ / 2. Milieu rural /__ /

Q13. Langue d'entretien

1. Wolof 2. Pulaar 3. Séreer 4. Joola 5. Manding/Soose

6. Soninke/Saraxole 7. Bambara 8. Manjak 9. Basari 10. Français

11. Arabe 12. Anglais 13. Portugais 14. Autre (à préciser)

Q14. Statut socioprofessionnel

1. Médecin

2. Pharmacien/ne

3. Biologiste

4. Technicien/ne supérieur/e de la santé

5. Assistante/e sociale/e

6. Sage-femme

7. Infirmier/ière

8. Agent de santé

9. Aide-soignant/e

10. Gestionnaire de structure de santé

11. Agent de santé communautaire

12. Autres (à préciser)

Q15. Niveau d'instruction

1. Primaire
2. Secondaire
3. Supérieur
4. Écoles coraniques (uniquement)
5. Aucun

Q16. Place dans le système de santé

1. Directeur/trice d'hôpitaux
2. Chef de service (CHU ou autres)
3. Directeur/trice de cliniques
4. Médecin Chef de Région (MCR)
4. Médecin Chef de District (MCD)
5. Médecin chef Centre de santé
6. Superviseur/e
7. Chef/fe de poste de santé
8. Autres (à préciser)

Q17. Secteur principal d'activité :

1. Public
2. Privé
3. Parapublic (ONG, Association, ...)

Q18. Ancienneté (en année) :

Q19. Êtes-vous en contact direct et régulier avec les patients ?

1. Oui /__/
2. Non /__/

Q20. Avez-vous été confronté(e) à des cas graves de COVID-19 ?

1. Oui, parmi mes patients
2. Oui, parmi mon entourage
3. Non

Q21. Êtes-vous favorable aux vaccinations en général ?

1. Très favorable
2. Favorable
3. Indécis/Je ne sais pas
4. Plutôt défavorable
5. Très défavorable.

Q22. Avez-vous au moins une fois occupé une fonction lors d'une campagne de vaccination ?

1. Oui /__/
2. Non /__/

Q23. Si oui, quelle a été votre fonction lors de la dernière campagne de vaccination à laquelle vous avez participé ?

1. Diffusion/explication des messages d'éducation
2. Orientation des personnes pour la vaccination
3. Organisation des séances de vaccination
4. Sensibilisation de la population
5. Bénéficiaire du vaccin
6. Autres.....

II. Connaissances de la COVID-19

Q24. La COVID-19 est-elle une maladie dangereuse ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q25. Si oui, pourquoi ? (QCM)

1. Mortelle /__/
2. Handicapante /__/
3. Transmission rapide /__/
4. Guérison difficile /__/
5. Autres à préciser

Q26. Si non pourquoi ?

1. Se guérit spontanément /__/
2. Faible létalité /__/
3. Autres (à préciser).

Q27. Quels sont les signes de la COVID-19 ?

1. Problèmes de respiration /__/
2. Fatigue /__/
3. Fièvre /__/
4. Toux /__/
5. Maux de tête /__/
6. Courbatures /__/
7. Grippe /__/
8. Pertes d'odorat et de goût /__/
9. Autres signes à spécifier.....
10. Ne sait pas /__/

Q28. Comment la COVID-19 est-elle transmise ?

1. En touchant une personne contaminée
2. Lorsqu'une personne contaminée éternue ou tousse à côté d'une autre personne
3. En mangeant avec une personne contaminée
4. En touchant les objets souillés par le Coronavirus
5. En restant en contact physique sans protection avec une personne contaminée
6. Autres voies à préciser.....
7. Ne sait pas

Q29. Connaissez-vous un terme ou une appellation locale à la COVID-19 ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q30. Si oui lequel ?.....

Q31. Que pensez-vous de la COVID-19 ? (QCM)

1. Maladie naturelle
2. Maladie importée
3. Maladie créée par les blancs
4. Maladie créée pour diminuer la population
5. Puniton divine
6. Maladie liée au manque d'hygiène
7. Autres (à préciser)
8. Sans réponse.

Q32. Peut-on prévenir la COVID-19 ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q33. Si oui, comment peut-on prévenir la COVID-19 ? (QCM)

1. Port de masque
2. Lavage régulier mains eau et savon
3. Respect distance physique
4. Vaccination
5. Autres (à préciser).
6. NSP.

III. Connaissances sur le vaccin anti COVID19

Q34. Plusieurs vaccins vont être introduits au Sénégal par le Gouvernement, qu'en pensez-vous ?

1. C'est une très bonne chose
2. C'est une bonne chose
3. Ce n'était pas nécessaire
4. C'est une mauvaise chose
5. C'est une très mauvaise chose
6. Aucun avis.

Q35. Selon vous, qui doit être vacciné en priorité ?

1. Les personnes âgées /__/
2. Les agents de santé /__/
3. Les personnes avec comorbidité /__/
4. Les jeunes /__/
5. Les enfants /__/
6. Les femmes /__/
7. Les personnes en activité professionnelle /__/
8. Tout le monde /__/
9. Autre à préciser /__/
10. NSP /__/

Q36. Selon vous, qui doit recevoir ce vaccin à terme ?

1. Les personnes âgées /__/
2. Les agents de santé /__/
3. Les personnes avec comorbidité /__/
4. Les jeunes /__/
5. Les enfants /__/
6. Les femmes /__/
7. Les personnes en activité professionnelle /__/
8. Tout le monde /__/
9. Autre à préciser /__/
10. NSP /__/.

Q37. Avez-vous confiance en ces vaccins ?

1. J'ai confiance /__/
2. Je n'ai pas confiance /__/
3. Aucun avis /__/

Q38. Selon vous est ce que les vaccins sont utiles ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q39. Si Oui, pourquoi ?

1. Les vaccins permettent d'éviter les cas graves
2. Les vaccins réduisent le risque d'être contaminé
3. Les vaccins réduisent le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination permet un retour à une vie socio-économique normale
5. Autres (à préciser).

Q40. Si non, pourquoi ?

1. Les vaccins ne permettent pas d'éviter les cas graves
2. Les vaccins ne réduisent pas le risque d'être contaminé
3. Les vaccins ne réduisent pas le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination ne permet pas un retour à une vie socio-économique normale
5. Les vaccins contiennent des ingrédients dangereux
6. Les vaccins ne sont pas sûrs
7. Les vaccins ne sont pas nécessaires comme la maladie n'est pas si grave
8. Je n'aime pas les vaccins en général
9. La vaccination va à l'encontre de mes convictions religieuses
10. Crainte des effets secondaires (Manifestations Adverses Post Immunisation - MAPI)
11. Autres (à préciser).

Q41. Avez-vous confiance en ces vaccins ?

1. J'ai confiance /__/
2. Je n'ai pas confiance /__/
3. Aucun avis /__/

IV. Décision à se vacciner contre la COVID-19

Q42. Avez-vous été vacciné ?

1. Oui
2. Non

Q43. Si oui, pourquoi avez-vous été vacciné ?

1. Les vaccins permettent d'éviter les cas graves
2. Les vaccins réduisent le risque d'être contaminé
3. Les vaccins réduisent le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination permet un retour à une vie socio-économique normale
5. Autres (à préciser).

Q44. Si oui, quand avez-vous été vacciné ? (jj/mm/aaaa)

Q45. Si oui, où avez-vous été vacciné ?

1. A proximité de mon lieu de résidence/travail
2. Loin de mon lieu de résidence/travail
3. Lieu de travail d'une connaissance professionnelle de santé
4. Lieu le moins saturé
5. Lieu indiqué par le chef/leader.

Q46. Si oui, avez-vous eu des effets secondaires ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

Q47. Si vous avez eu des effets secondaires, lesquels ? (QCM)

1. Maux de tête
2. Courbatures
3. Diarrhée
4. Vomissement
5. Évanouissement
6. fièvre
7. Anxiété
8. Mal-être
9. Caillot de sang/Thrombose
10. AVC
11. Autres à préciser.

Q48. Si non, pourquoi vous n'avez pas été vacciné ?

Q49. Si non, allez-vous vous vacciner ?

1. Oui, immédiatement / __/
2. Oui, dans un mois / __/
3. Oui, entre 1 et 3 mois / __/
4. Entre 4 et 6 mois / __/
5. Oui, entre 7 mois et plus / __/
6. Indécis / __/
7. Jamais / __/
8. Non réponse / __/

Q50. Si jamais, pourquoi ? Donner au maximum 3 raisons principales

1. Peur des effets secondaires
2. Besoin de plus d'informations sur le bon fonctionnement du vaccin
3. Vaccins peu sûrs
4. Je ne sais pas si le vaccin est efficace
5. Je n'en ai pas besoin
6. J'ai peur des piqûres
7. Je pense que d'autres personnes en ont plus besoin
8. Peu de gens dans la communauté sont en faveur du vaccin
9. Je n'aime pas les vaccins en général
10. La vaccination va à l'encontre de mes convictions religieuses
11. Je suis immunisé par les produits traditionnels
12. Distance et temps d'attente dans l'établissement de santé
13. Mauvaise réputation du prestataire de l'établissement de santé
14. Difficulté de s'absenter du travail
15. Complot international
16. Corona Business
17. Les africains sont des cobayes
18. Pas besoin en Afrique
19. Autres (à préciser).

Q51a. Pour les personnes vaccinées ou envisageant de se vacciner : Avez-vous retardé/renoncé à votre vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité ?

1. Oui 2. Non

Q51b. Pour les personnes vaccinées ou envisageant de se vacciner : Avez-vous retardé/renoncé à votre vaccination à cause de l'inaccessibilité au service de vaccination ?

1. Oui 2. Non

Q51. Êtes-vous prêt à faire vacciner vos proches ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Indécis /__/

Q52. Si non ou indécis, pourquoi ?

1. Les vaccins ne permettent pas d'éviter les cas graves
2. Les vaccins ne réduisent pas le risque d'être contaminé
3. Les vaccins ne réduisent pas le risque de mourir de la maladie
4. La vaccination ne permet pas un retour à une vie socio-économique normale
5. Les vaccins contiennent des ingrédients dangereux
6. Les vaccins ne sont pas sûrs
7. Les vaccins ne sont pas nécessaires comme la maladie n'est pas si grave
8. Je n'aime pas les vaccins en général
9. La vaccination va à l'encontre de mes convictions religieuses
10. Crainte des effets secondaires/MAPI
11. Autres (à préciser).

V. Facteurs favorisant ou freinant la vaccination anti COVID-19

Q53. Comment jugez-vous le processus de développement et la production d'un vaccin contre le COVID-19, lequel des éléments suivants vous préoccupe le plus ?

1. Il a été développé trop vite sans établir pleinement qu'il est sûr et efficace.
2. Il a été développé trop lentement, créant des retards inutiles dans l'accès à un vaccin
3. Il a été développé au bon rythme.

Q54. Selon vous qu'est ce qui pourrait aider à amener l'adhésion de tous à la vaccination anti COVID-19 ?

1. Informations éclairées sur le vaccin (efficacité, innocuité, sûreté)
2. Confiance accordée aux autorités en matière de gestion de l'épidémie
3. Disponibilité des vaccins sûrs
4. Gratuité du ou des vaccins
5. Bonne organisation des séances de vaccination
6. Autres.....

Q55. Selon vous quels sont les obstacles qui pourraient affecter la vaccination anti COVID19/Corona ?

1. Manque d'informations éclairées sur le ou les vaccins anti COVID19/Corona ?
2. Doutes sur le ou les vaccins
3. Craintes des effets secondaires
4. Insuffisance d'implication des Autorités
5. Mauvaise organisation des séances de vaccination
6. Rumeurs sur le ou les vaccins (à préciser)
7. Autres.....

Q56. Pensez-vous que les vaccins seront accessibles à tous ?

1. Oui /__/
2. Non /__/
3. Ne sait pas /__/

Q57. Si non pourquoi ?

.....

VI. Accès à l'information

Q58. Quelles stratégies en faveur de l'adhésion de la population à la vaccination ? Indiquer les priorités allant de 1 à 5 ; 1 étant plus prioritaire, et 5 moins prioritaire.

1. Assurer une plus grande implication des autorités.
2. Rassurer les populations sur l'efficacité des vaccins pour ne pas contracter la maladie.
3. Sensibiliser les populations sur la rééducation de la probabilité de survenue des variants.
4. Convaincre les populations sur l'efficacité des vaccins pour diminuer la mortalité.
5. Informer les populations sur l'efficacité des vaccins pour éviter la saturation du système de santé.
6. Rassurer les populations sur l'innocuité des vaccins.
7. Sensibiliser les populations sur la sûreté des vaccins et sur les effets secondaires limités.
8. Informer les populations sur la durée de protection après la vaccination.
9. Recueillir la perception des populations sur les vaccins pour identifier les réticences et les hésitations ainsi que leurs causes.
10. Répondre aux inquiétudes posées par les populations à travers des messages scientifiques avec un langage clair et accessible.
11. Rétablir la vérité par rapport aux fausses informations véhiculées entre autres par les réseaux sociaux.
12. Inciter à la vaccination par la mise en place de récompense pour les populations vaccinées.
13. Installer les sites de vaccination au sein des communautés pour en faciliter l'accès.
14. Maintenir une communication régulière et utilisant les langues nationales.
15. Former et impliquer les relais communautaires pour diffuser des bons messages et faciliter l'appropriation par les communautés.
16. Indemniser le personnel de santé pour compenser le surplus de travail entraîné par la COVID-19 et la vaccination.
17. Généraliser les tests PCR et TDR
18. Autres à préciser.....

Q59. Quelles actions pourriez-vous mener pour inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner contre la COVID-19 ?

1. Sensibilisation des populations
2. Mobilisation des Autorités politiques et administratives
3. Mobilisation des Autorités religieuses
4. Mobilisation des Autorités coutumières
5. Implication des relais communautaires/Bajanu gox
6. Meilleur accueil des personnes recherchant des informations
7. Participation à des émissions radiophoniques et télévisées
8. Faire partie du personnel vaccinant
9. Autres (à préciser).

Q60. Quelle confiance accordez-vous aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la Covid-19 ?

1. Très confiant
2. Plutôt confiant
3. Sans avis
4. Plutôt pas confiant
5. Pas du tout confiant.

Q61. Par quel canal êtes-vous principalement informé sur la COVID19 ?

1. Radio / __/
2. Télé / __/
3. Presse écrite / __/

4. Internet / __/
5. Réseaux sociaux
6. Relations professionnelles
7. Amis
8. Voisins
9. Autres (à préciser).

VII. Pratiques et attitudes du soignant lors de la vaccination

Q62. Êtes-vous directement impliqué dans la vaccination ?

1. Oui
2. Non

Q63. Quelle est votre appréciation sur l'efficacité de la stratégie vaccinale du Sénégal

1. Très efficace
2. Plutôt efficace
3. Inefficace

Q64. Si oui, quelles sont les 3 réactions les plus notées par rapport à la 1ère ou à l'unique dose du produit vaccinal ?

1. Peur
2. Anxiété
3. Inquiétude
4. Pleurs
5. Soulagement
6. Rassuré
7. Autres (à préciser)

Q65. Si oui, quelles sont les 3 réactions les plus notées par rapport à la 2nde dose du produit vaccinal ?

1. Peur
2. Anxiété
3. Inquiétude
4. Pleurs
5. Soulagement
6. Rassuré
7. Autres (à préciser)

Q66. Comment réagissez-vous face aux sentiments exprimés par les personnes vaccinées ?

1. Empathie
2. Écoute
3. Support affectif
4. Indifférence
5. Évitement

Q67. Quels sont les effets secondaires que vous avez les plus observés à la suite de la vaccination ?

1. Maux de tête
2. Courbatures
3. Diarrhée
4. Vomissement
5. Évanouissement
6. Fièvre

7. Anxiété
8. Mal-être
9. Caillot de sang/Thrombose
10. AVC
11. Autres à préciser.

Q68. Comment réagissez-vous face aux rumeurs ou cas médiatisés (infertilité, thromboses, AVC...) ?

1. Référer aux structures compétentes
2. Informer sur les gaps de connaissances observés auprès des émetteurs des rumeurs
3. Conseils sur les risques
4. Orientation vers le personnel dédié 5. Autres (à préciser).

Q69. Quelles sont les formes de Manifestations Adverses Post Immunisation (MAPI) que vous avez observées ?

1. Réactions à un défaut de qualité du produit vaccinal
2. Réaction liée au produit vaccinal
3. Réaction liée à une erreur de vaccination
4. Réaction liée à l'anxiété associée à la vaccination
5. Coïncidence
6. Autres (à préciser).

Q70. Quel est votre comportement face aux MAPI ?

1. Détection des MAPI
2. Signalisation des MAPI
3. Investigation et analyse
5. Feedback
6. Autres (à préciser)
7. Aucun.

VIII. Projections sur le futur

Q71. Dans quelle mesure êtes-vous inquiet au sujet de chacun des événements suivants si le coronavirus continue de se propager au cours des 6 prochains mois : Répondre 1. Très inquiet
2. Un peu inquiet 3. Pas du tout inquiet.

Contracter le coronavirus ?

Vivre une complication grave ou la mort du Coronavirus si vous deviez le contracter ?

Un proche (famille, ami proche, proche) connaît une complication grave ou décède du Coronavirus s'il venait à le contracter ?

Les effets négatifs des mesures de distanciation sociale sur l'économie en général

Les effets négatifs des mesures de distanciation sociale sur mes finances personnelles

La capacité de votre système de santé local est dépassée

Écoles fermées ou fermées

Pénurie d'articles nécessaires

Ne pas être en mesure de payer votre hypothèque/loyer

Perdre son emploi ou ne pas pouvoir en trouver.

Guide d'entretiens semi-structurés

- Situation sociodémographique et économique du répondant (âge, sexe, niveau de scolarisation, activités économiques de l'individu et de son chef de ménage, etc.).
- Perceptions des vaccins:
 - connaissances sur la pandémie
 - Connaissances sur la vaccination en général
 - Connaissances sur les vaccins Covid-19
 - Attitudes et comportements des individus et des ménages sur les vaccins et les vaccins Covid-19.
- Acceptabilité: Facteurs favorables et freins à la vaccination Covid-19.
- Perceptions sur l'efficacité des différents vaccins (AstraZeneca, J&J, Sinopharm)
- Comment les préférences pour l'un ou l'autre des vaccins (précision sur lequel des vaccins) ont affecté leurs efforts pour obtenir le vaccin
- Demande d'informations:
 - Besoins complémentaires sur cette vaccination
 - Messages clés pouvant favoriser l'acceptabilité
 - Positions défavorables à éviter.

Guide de récit de vie (enquête qualitative)

Récit de vie de personnes ayant contracté le virus alors qu'elles étaient déjà vaccinées.

- La vaccination a -t-elle limité la sévérité ? (en rapport avec d'autres patients).
- La vaccination a -t-elle limité la létalité ? (Témoignage de soignants).
- Témoignages de personnes exposées mais qui n'ont pas contracté la maladie du fait de la vaccination.
- Témoignages sur la décision vaccinale (individus et leaders).
- Témoignages sur les hésitations vaccinales.
- Récit de vécu des effets secondaires des vaccins.
- Récit sur le choix du lieu de vaccination et du type de vaccin.
- Entretiens avec des personnes sur la décision de se faire vacciner au sein des couples, les enfants, autres personnes influentes.
- Observations sur les lieux de stratégies avancées.

Annexe 2: Présentation des variables du modèle explicatif du volet "communauté"

Confiance des répondants selon le sexe

	Hommes	Femmes	Total
N'a pas confiance	43,8	39,6	42,2
A confiance	56,2	60,4	57,8
Total	100,0	100,0	100,0

Confiance des répondants selon l'âge

	18-24	25-40	41-59	60+	Total
N'a pas confiance	53,1	47,0	32,8	32,2	42,2
A confiance	46,9	53,0	67,3	67,9	57,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Confiance des répondants selon le niveau d'instruction

	Primaire	Secondaire	Supérieur	Écoles coranique	Aucun	Alphabétisation	Total
N'a pas confiance	35,6	43,1	42,2	41,2	46,8	33,3	42,2
A confiance	64,4	56,9	57,8	58,9	53,2	66,7	57,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(5) = 23,02		Pr = 0,00				

Confiance des répondants selon le milieu de résidence

	Urbain	Rural	Total
N'a pas confiance	43,4	40,4	42,2
A confiance	56,6	59,6	57,8
Total	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(1) = 3,39		Pr = 0,07

Confiance des répondants selon que l'enquêté ait une comorbidité ou pas

	Sans comorbidité	Avec comorbidité	Total
N'a pas confiance	43,9	31,1	42,2
A confiance	56,1	68,9	57,8
Total	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(1) = 29,59		Pr = 0,00

Confiance des répondants selon que l'enquêté considère que la maladie est dangereuse

	Dangereuse	Pas dangereuse	Ne sait pas	Total
N'a pas confiance	36,9	79,2	78,6	41,8
A confiance	63,1	20,8	21,5	58,2

Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(2) = 273,19 Pr = 0,00			

Confiance des répondants selon que l'enquêté soit contaminé

	Contaminé	Non contaminé	Ne sait pas	Total
N'a pas confiance	22,6	41,4	77,4	42,2
A confiance	77,4	58,6	22,6	57,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(2) = 67,66 Pr = 0,00			

Confiance des répondants selon la réalisation d'un test COVID-19

	Oui	Non	Ne sait pas	Sans réponse	Total
N'a pas confiance	22,8	44,7	80,8	62,5	42,2
A confiance	77,2	55,3	19,2	37,5	57,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(3) = 120,62 Pr = 0,00				

Annexe 3: Présentation des variables du modèle explicatif du volet "professionnel de santé"

Confiance des répondants selon le sexe

	Masculin	Féminin	Total
N'a pas confiance	11,1	8,8	10,1
A confiance	88,9	91,2	89,9
Total	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(1) = 0,56 Pr = 0,46		

Confiance des répondants selon l'âge

	18-34	35-44	45+	Total
N'a pas confiance	17,2	7,3	7,5	10,1
A confiance	82,8	92,7	92,6	89,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(2) = 9,05 Pr = 0,01			

Confiance des répondants selon le niveau d'instruction

	Primaire/ Secondaire	Supérieur	Total
N'a pas confiance	10,2	10,1	10,1
A confiance	89,8	89,9	89,9
Total	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(1) = 0,00$ Pr = 0,96

Confiance des répondants selon le milieu de résidence

	Urbain	Rural	Total
N'a pas confiance	16,6	4,5	10,1
A confiance	83,4	95,5	89,9
Total	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(1) = 16,68$ Pr = 0,00

Confiance des répondants selon le métier

	Médecins	Infirmier	Autres	Total
N'a pas confiance	11,3	5,4	19,3	10,1
A confiance	88,7	94,6	80,7	89,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(2) = 16,52$ Pr = 0,00

Confiance des répondants selon la responsabilité du répondant

	Poste à responsabilité	Sans responsabilité	Total
N'a pas confiance	4,9	17,8	10,1
A confiance	95,1	82,3	89,9
Total	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(1) = 18,38$ Pr = 0,00

Confiance des répondants selon le secteur d'activité du répondant

	Public/Parapublic	Privé	Total
N'a pas confiance	7,9	27,1	10,1
A confiance	92,1	72,9	89,9
Total	100,0	100,0	100,0

Pearson $\chi^2(1) = 17,25$ Pr = 0,00

Confiance des répondants selon l'ancienneté du répondant

	- 5ans	5 à 9 ans	10 ans ou plus	Total
N'a pas confiance	11,68	13,93	5,73	10,1
A confiance	88,32	86,07	94,27	89,9
Total	100	100	100	100

Pearson $\chi^2(2) = 5,65$ Pr = 0,06

Confiance des répondants selon que le contact soit régulier ou non du répondant

	Contact régulier	Sans contact régulier	Total
N'a pas confiance	9,2	16,1	10,1
A confiance	90,8	83,9	89,9
Total	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(1) = 2.5454		Pr = 0,11

Confiance des répondants selon la confrontation à des cas grave de COVID-19 du répondant

	N'a pas confronté	Confronté	Total
N'a pas confiance	8,5	12,5	10,1
A confiance	91,5	87,5	89,9
Total	100,0	100,0	100,0
Pearson	chi2(1) = 1,7940		Pr = 0,18

Confiance des répondants selon l'origine la maladie du répondant

	Maladie non naturelle	Maladie naturelle	Total
N'a pas confiance	10,15	10	10,1
A confiance	89,85	90	89,9
Total	100	100	100
Pearson	chi2(1) = 0.0024		Pr = 0.961

Table des matières

Résumé exécutif	6
Introduction	7
I. Méthodologie	8
1.1. Les cibles de la recherche	8
1.2. Échantillonnage	8
1.3. Principales étapes de l'enquête	12
1.3.1. Recrutement des enquêteurs et superviseurs.....	12
1.3.2. Formation des enquêteurs.....	13
1.3.3. Déroulement de la collecte	13
1.3.6. Supervision de l'enquête	13
1.4. Traitement et analyse des données quantitatives.....	14
1.5. Traitement et analyse des données qualitatives.....	15
1.6. Difficultés rencontrées	16
II. Caractéristiques socio-démographiques des enquêté·e·s	16
2.1. Profil socio-économique des enquêtés du volet « Communauté »	16
2.1.1. Effectifs et répartition géographique des enquêtés.....	16
2.2.2. Répartition des enquêtés par catégorie socio-sanitaire et niveau d'instruction	19
2.2.3. Répartition des enquêtés par classe d'âge et par catégorie socio-sanitaire.....	20
2.2. Profil socio-économique des professionnel·le·s de santé	20
2.2.1. Distribution par sexe et âge des professionnel·le·s de santé.....	21
2.2.2. Répartition des professionnel·le·s de santé par région.....	21
2.2.3. Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur secteur d'activité	22
2.2.4. Répartition des professionnel·le·s de santé selon le statut socio-professionnel	22
2.2.5. Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur niveau d'instruction	23
2.2.6. Répartition des professionnel·le·s de santé selon leur fonction	24
III. Résultats du volet « communauté »	24
3.1. Les connaissances sur la COVID-19	24
3.1.1. Perceptions sur la dangerosité de la COVID-19	26
3.1.2. Raisons de la dangerosité de la COVID-19.....	27
3.1.3. Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19.....	28
3.1.4. Risque de contamination à la COVID-19.....	30
3.1.5. Signes de la COVID-19.....	31
3.1.6. Vécu de la COVID-19.....	31
3.2. L'acceptabilité des vaccins contre la COVID-19	32
3.2.1. Niveau de confiance aux vaccins	33
3.2.2. Prise de décision vaccinale	35
3.3. La communication sur la pandémie et les vaccins contre la COVID-19	45
3.3.1. La communication sur les vaccins.....	45

3.3.2. Les sources d'information	45
3.3.3 Vécu des effets secondaires.....	48
3.3.4 Appréciations de la prise en charge de la COVID-19.....	50
3.5 Stratégies de la prise en charge de la COVID-19.....	53
3.6 Effets de la COVID-19	54
3.7 Résultat du modèle explicatif du volet « communauté »	54
3.8 Profil des communautés par rapport à la confiance aux vaccins.....	56
<i>IV. Résultats du volet professionnel·le·s de santé</i>	<i>59</i>
4.1 Connaissances des professionnel·le·s sur la COVID-19.....	59
4.1.1 Perceptions des professionnel·le·s sur la dangerosité de la COVID-19.....	59
4.1.2 Raisons de la dangerosité de la COVID 19 selon les professionnel·le·s de santé.....	60
4.1.3 Raisons de la non-dangerosité de la COVID-19 selon les professionnel·le·s de santé.....	62
4.1.4 Les signes de la COVID-19	63
4.1.5 Origine de la COVID-19.....	63
4.2 Connaissances sur la vaccination	64
4.2.1 Avis sur l'introduction des vaccins au Sénégal.....	65
4.2.2 Confiance des professionnel·le·s de santé aux vaccins anti-COVID-19.....	65
4.2.3 Utilité des vaccins.....	67
4.3 Prise de décision vaccinale.....	69
4.3.1 Vaccination des professionnel·le·s de santé	70
4.3.2 Effets secondaires.....	72
4.3.3 Raisons de non-vaccination des professionnel·le·s de santé	73
4.3.4 Intention des professionnel·le·s de santé de se vacciner	75
4.3.5 Raisons du refus vaccinal.....	76
4.3.6 Retard/renoncement à la vaccination à cause de la disponibilité du vaccin souhaité	77
4.3.7 Retard/renoncement à cause de l'inaccessibilité.....	78
4.4. Facteurs favorisant ou freinant la vaccination anti-COVID-19.....	78
4.4.1. Avis sur le processus de développement/production des vaccins.....	78
4.4.3. Obstacles affectant la vaccination anti-COVID-19.....	81
4.4.4. Accessibilité du vaccin anti COVID-19.....	84
4.5. Pratiques et attitudes du soignant lors de la vaccination	86
4.5.1. Implication dans la vaccination.....	86
4.5.2. Appréciation des pratiques et attitudes des soignants sur la vaccination.....	87
4.5.3. Réactions les plus notées chez les patients par rapport à la 1ère ou à l'unique dose de vaccin	90
4.5.4. Effets secondaires les plus observés à la suite de la vaccination	90
4.5.5. Réactions face aux rumeurs ou cas médiatisés.....	91
4.5.6. Comportements face aux Manifestations Post-vaccinales Indésirables (MAPI).....	92
4.6. Stratégies vaccinales.....	93
4.6.1. Accès à l'information.....	93
4.6.2. Actions menées pour inviter les autres membres de la communauté à se faire vacciner.....	96
4.6.3. Confiance aux autorités pour gérer la crise sanitaire et économique liée à la COVID-19.....	97
4.7 Résultat du modèle explicatif du volet « Professionnel de santé ».....	98

4.8 Profil des professionnels de santé par rapport à la confiance aux vaccins	100
<i>V - Conclusion générale</i>	<i>104</i>
<i>VI – Références bibliographiques</i>	<i>108</i>
<i>Annexes</i>	<i>110</i>
<i>Annexe 1 : Profil des enquêtés du volet qualitatif</i>	<i>111</i>
<i>Annexe 2 : Outils de collecte de données.....</i>	<i>115</i>