

ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES,
ATTITUDES ET PRATIQUES (CAP) DANS LE CADRE
DE LA PRÉVENTION CONTRE LA COVID-19 À ABIDJAN



RAPPORT D'ÉTUDE







ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES (CAP) DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION CONTRE LA COVID-19 À ABIDJAN

Rapport d'étude

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'Accord de coopération de Breakthrough ACTION #AID-OAA-A-17-00017. Breakthrough ACTION est basé au Centre des Programmes de Communication Johns Hopkins (CCP). Le contenu de ce rapport relève de l'unique responsabilité de Breakthrough ACTION et ne reflète pas nécessairement les points de vue de l'USAID, du Gouvernement des États-Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

© 2022 Université Johns Hopkins. Tous droits réservés.





TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	11
SIGLES ET ACRONYMES	13
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	15
1. Contexte du programme	19
2. Objectifs de l'étude.....	21
2.1 Objectif général	21
2.2 Objectifs spécifiques	21
3. Méthodologie de l'étude.....	22
3.1 Approche générale et zones de l'étude	22
3.1.1 Approche générale de l'étude	22
3.1.2 Zones concernées par l'étude.....	22
3.2 Type d'enquête et plan d'échantillonnage.....	22
3.2.1 Cible de l'enquête	22
3.2.2 Type d'enquête et échantillonnage.....	22
3.2.3 Taille de l'échantillon	22
3.3 Tirage de l'échantillon	22
3.4 Collecte de données.....	25
3.5 Traitement et analyse des données.....	26
3.6 Considérations éthiques et sécurité des personnes dans le contexte de la COVID-19	27
3.7 Difficultés rencontrées / limites de l'étude	27
4. Résultats de l'étude	29
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages	29
4.2 Caractéristiques des personnes enquêtées.....	30
· Niveau d'instruction des enquêtés	30
· Structure par âge de la population enquêtée	30
· Profession des enquêtés.....	30
· Commodités de logement des enquêtés	31
4.3 Antécédents médicaux et diagnostic antérieur de la COVID-19.....	32
· Maladies Chroniques.....	32
· Contraction antérieure de la COVID-19 chez les enquêtés.....	33
· Traitement des Cas de COVID-19 chez les enquêtés.....	33
4.4 Connaissances du Vaccin	34
· Connaissance de l'existence du vaccin contre la COVID-19	34
· Connaissance de la disponibilité et la gratuité du Vaccin	34
· Connaissance des centres d'accueil COVID-19	35



- Connaissance relative aux personnes aptes ou pas à se faire vacciner 35
- Les vaccins contre la COVID-19 connus par les enquêtés 36
- Profil des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin 37
- Connaissances à l'égard des vaccins contre la COVID-19 39
- Indice de Connaissances sur les vaccins contre la COVID-19 39
- 4.5 Accessibilité du Vaccin 42
 - Perception de l'accessibilité du vaccin 42
 - Confiance aux prestataires en charge de la vaccination contre la COVID-1943
- 4.6 Comportement des personnes ayant reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19.....44
 - Personnes enquêtées vaccinées ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19.....44
 - Type de Vaccin reçu par les personnes vaccinées.....44
 - Nombre de dose reçue par les personnes vaccinées 45
 - Raisons évoquées par les personnes n'ayant pas l'intention de se faire administrer la deuxième dose.....45
- 4.7 Intention des personnes n'ayant pas encore été vaccinées contre la COVID-1946
 - Intention des personnes non Vaccinées46
 - Raisons évoquées par les personnes n'ayant pas l'intention de se faire vacciner.....46
- 4.8 Autonomie de décision et préférences en matière de vaccin47
 - Autonomie de décision des personnes enquêtées47
 - Sites de vaccination contre la COVID-19 préférés des enquêtés48
 - Type de vaccin préféré par les enquêtés.....48
- 4.9 Informations négatives entendues sur le vaccin50
- 4.10 Attitudes face à la COVID-1951
 - Attitude générale des enquêtés51
 - Attitude des enquêtés relative à la vaccination contre la COVID-1955
- 4.11 Pratiques relative à la COVID-1957
 - Pratique générale des enquêtés57
 - Pratique des enquêtés59
- 4.12 Normes sociales et auto-efficacité à l'égard des vaccins contre COVID-19.....62
- 4.13 Exposition aux informations relatives à la COVID-1962
 - Informations des enquêtés relatives à la COVID-1962
 - Fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-1963
 - Canal souhaité par les enquêtés pour la réception des informations sur la COVID-19.....64
- 4.14 Analyse des déterminants explicatifs de la vaccination contre la COVID-19.....64
- 4.15 Analyse des facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner.....67

DISCUSSION DES RÉSULTATS70

CONCLUSION73

BIBLIOGRAPHIE.....75

ANNEXES.....77



LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon le district et la région sanitaire	24
Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le milieu de résidence et le sexe	29
Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'âge et la profession	31
Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les commodités de logement	31
Tableau 5 : Répartition des personnes ayant contracté antérieurement la COVID-19	33
Tableau 6 : Répartition des personnes ayant connaissance de la disponibilité et la gratuité du vaccin COVID-19 en Côte d'Ivoire.....	34
Tableau 7 : Répartition des enquêtés sur leurs connaissances des catégories de personnes aptes ou pas à recevoir le vaccin.....	36
Tableau 8 : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.	39
Tableau 9 : Répartition des enquêtés vaccinés contre la COVID-19 selon le nombre de doses reçues et l'intention sur la faisabilité de la deuxième dose.....	45
Tableau 10 : Répartition des enquêtés ayant entendu des informations négatives sur le vaccin	50
Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon les fausses informations entendues sur le vaccin.	51
Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.....	52
Tableau 13 : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la COVID-19.....	54
Tableau 14 : Répartition des enquêtés selon leurs pratiques en matière de prévention contre la COVID-19.....	58
Tableau 15 : Répartition des enquêtés selon la fréquence de prévention contre la COVID-19.....	59
Tableau 16 : Répartition des enquêtés selon les normes sociales et l'auto-efficacité à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.	62
Tableau 17 : Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-19.....	63
Tableau 18 : Facteurs influençant la vaccination contre la COVID-19.....	66
Tableau 19 : Facteurs influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19.....	68
Tableau 20 : Eléments individuels de connaissance influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19	84
Tableau 21 : Eléments individuels d'attitude influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19	85



LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur niveau d'étude.....	30
Figure 2 : Répartition des personnes enquêtées souffrant de maladies chroniques.....	32
Figure 3 : Répartition des personnes infectées selon le type de traitement reçu.....	33
Figure 4 : Répartition des personnes ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19.....	34
Figure 5 : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances des centres de vaccination contre la COVID-19.....	35
Figure 6 : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances sur les types de vaccins contre la COVID-19.....	37
Figure 7 : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin par sexe.....	37
Figure 8 : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon le niveau d'étude.....	38
Figure 9 : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon la tranche d'âge.....	38
Figure 10 : Indice de connaissance par région sanitaire.....	40
Figure 11 : Niveau de connaissance selon sexe.....	40
Figure 12 : Niveau de connaissance selon l'âge.....	41
Figure 13 : Niveau de connaissance selon l'instruction.....	42
Figure 14 : Répartition des personnes enquêtées sur leur perception par rapport à l'accessibilité du vaccin.....	42
Figure 15 : Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon les raisons évoquées.....	43
Figure 16 : Répartition des personnes ayant confiance aux prestations en charge de la vaccination contre la COVID-19.....	43
Figure 17 : Répartition des personnes enquêtées vaccinées contre la COVID19 par région sanitaire.....	44
Figure 18 : Répartition des personnes enquêtées vaccinées ayant connaissance du nom du vaccin reçu.....	44
Figure 19 : Répartition des personnes n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose selon les raisons évoquées.....	45
Figure 20 : Répartition des personnes non vaccinées selon leur intention de se vacciner.....	46
Figure 21 : Répartition des enquêtés non vaccinés n'ayant pas l'intention de se faire vacciner selon les raisons évoquées.....	46
Figure 22 : Répartition des ménages enquêtés selon l'autonomie de décision des personnes enquêtées.....	47
Figure 23 : Répartition des enquêtés selon les types de site préférés pour la vaccination.....	48
Figure 24 : Répartition des enquêtés par préférence de vaccin.....	48



Figure 25 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence pour un type de vaccin.....49

Figure 26 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence par type de vaccin..49

Figure 27 : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par région sanitaire.....55

Figure 28 : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon le sexe.....56

Figure 29 : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon l'âge.....56

Figure 30 : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon le niveau d'instruction.....57

Figure 31 : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon la région sanitaire.....60

Figure 32 : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon le sexe.. ..60

Figure 33 : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon l'âge.61

Figure 34 : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon le niveau d'instruction.....61

Figure 35 : Répartition des enquêtés selon les informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers Jours.....63

Figure 36 : Répartition des enquêtés selon le canal souhaité pour recevoir les informations sur la COVID-19.....64



REMERCIEMENTS

L'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) dans le cadre de la campagne de sensibilisation sur la vaccination contre le virus Coronavirus (COVID-19) a été réalisée par le Centre des Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins à travers le projet Breakthrough ACTION (BA) en Côte d'Ivoire financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID). Breakthrough ACTION tient à remercier tous les ministères et organisations nationales et internationales qui ont contribué à cette étude, en particulier :

- Le Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle à travers l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP), la Direction de la Communication et des Relations Publiques, les Directions Régionales de la Santé et Directions Départementales de la Santé des localités visitées
- L'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour l'appui technique et financier
- Le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF)
- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
- Au personnel de Breakthrough ACTION en l'occurrence Protais Ndabamenye (CCP/BA Côte d'Ivoire), Danielle Naugle (CCP/ BA Baltimore), Natalie Tibbel (CCP/ BA, Baltimore), Jori Nana (CCP/BA/Baltimore) Abdul Dosso (CCP/ BA, Côte d'Ivoire), Benié William (CCP/ BA, Côte d'Ivoire), Benjamin Soro (CCP/ BA, Côte d'Ivoire), Jeanne Brou (CCP/ BA Côte d'Ivoire).



SIGLES ET ACRONYMES

BA	Breakthrough ACTION
CCP	(Acronyme anglais de) Centres Programmes de Communication
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CORAF	Conseil Ouest et centre africain pour la recherche et le développement agricole
COVID-19	Coronavirus
DA	District Autonome d'Abidjan
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
GoCI	Gouvernement de Côte d'Ivoire
INS	Institut National de la Statistique
INSP	Institut National de Santé Publique
JHU	Johns Hopkins University
ODK	(Acronyme en anglais) Open Data Kit
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RNG	(Acronyme en anglais), Random Number Generation
SSHAP	(Acronyme en anglais), Social Science in Humanitarian Action Platform
TDR	Terme De Reference
URPCI	Union des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZD	Zone de Denombrement



RÉSUMÉ EXÉCUTIF

L'enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratique (CAP) dans le cadre de la prévention contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire a été réalisée suivant une approche d'interview en face à face tout en respectant les mesures barrières édictées dans le cadre de la COVID-19. La technologie mobile a été utilisée incluant l'emploi d'outils Open Data Kit (ODK) comme la plateforme ONA. Un plan de sondage en grappe à trois (03) degrés a été utilisé sur la base du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) 2014 de l'Institut National de la Statistique. Un système d'assurance et de contrôle qualité a été mis en place permettant ainsi un suivi en temps réel de la collecte de données et des contre-enquêtes inopinées. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata y compris des tests de significativité statistique comme le Khi deux. En outre, des analyses multidimensionnelles ont été réalisées à travers le développement de modèles économétriques de type Logit avec analyse des Odds Ratio pour expliquer les facteurs déterminants de l'intention de se faire vacciner.

L'enquête s'est déroulée dans le District Autonome d'Abidjan auprès d'un échantillon de 1000 individus dont 50% d'hommes et 50% de femmes comme recommandé par les termes de référence de l'étude. Il ressort de cette enquête les principaux résultats suivants :

- Au niveau des connaissances

La quasi-totalité des enquêtés ont affirmé avoir eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19 (97,1%). Parmi eux plus de 95% avaient l'information sur la disponibilité et la gratuité du vaccin en Côte d'Ivoire. Les centres de santé (67,5%) et les centres d'accueil COVID-19 (37,3%) étaient les deux types de centres de vaccination contre la COVID-19 les plus connus. Plus de trois quarts des enquêtés considéraient que tout le monde pouvait recevoir le vaccin anti-COVID-19. Cependant, deux tiers estimaient que les enfants ne devraient pas recevoir le vaccin et 49% considéraient que les femmes enceintes ne devraient pas recevoir le vaccin. AstraZeneca (36,5%) et Pfizer (39,8%) étaient les principaux vaccins connus. Cependant, 48% des enquêtés ne connaissaient aucun nom de vaccin.

L'analyse des scores de connaissance sur les vaccins ressort que plus de 80% des enquêtés ont une bonne connaissance des vaccins anti-COVID-19 avec un score de connaissance compris entre 80 et 100%. Le score de connaissance ne varie pas significativement selon le sexe, il augmente plutôt avec l'âge et le niveau d'instruction.

- Au niveau de la perception et des attitudes à l'égard du vaccin contre la COVID-19

Selon plus de deux tiers des enquêtés, les vaccins anti-COVID-19 sont « très facile » d'accès. Toutefois, environ 5% des enquêtés trouvaient l'accès aux vaccins « pas du

tout facile », la principale raison évoquée étant le temps d'attente jugé long. Environ deux tiers (2/3) des enquêtés avaient confiance aux prestataires en charge des vaccins.

Plus du tiers (36%) des enquêtés avaient reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19. Parmi ces personnes, 45% avaient reçu Pfizer et 27% AstraZeneca. Plus de la moitié (58%) des enquêtés ayant été vaccinés, ont reçu deux doses de vaccins contre 42% qui n'ont reçu qu'une seule dose. Parmi ceux ayant reçu une seule dose, 82% ont l'intention de faire une deuxième dose tandis que 7% ont l'intention de ne plus faire la deuxième dose. La peur des effets secondaires constituait la principale raison exprimée par ceux n'ayant pas l'intention de faire une deuxième dose. Plus de huit personnes sur dix (84%) ont affirmé être autonomes dans leur prise de décision en matière de vaccin anti-COVID-19 dont 79% chez les femmes et 89% chez les hommes.

Plus de la moitié des enquêtés préféraient recevoir le vaccin anti-COVID-19 dans les hôpitaux, dans les centres d'accueil COVID-19 et dans les centres de santé. Le vaccin Pfizer était le plus préféré (67%) des enquêtés comparativement aux autres types de vaccin. Ils le trouvent « plus efficace », « plus sûr » et « avec moins d'effets secondaires ».

Près de deux tiers des enquêtés (63%) n'avaient reçu aucune dose de vaccin anti-COVID-19, 58% d'entre eux avaient l'intention de se faire vacciner, 30% n'avaient pas l'intention de le faire et les 12% étaient indécis. Les principales raisons évoquées sont : (i) le fait que les vaccins ne soient pas sûrs ; (ii) le manque de confiance au gouvernement et aux fournisseurs de vaccins ; (iii) l'observation des premiers vaccinés avant de se faire vacciner ; (iv) le fait de se sentir en très bonne santé, d'avoir aucune crainte face à la COVID-19 ; (v) le fait de ne pas croire à la COVID-19 et (vi) le fait de ne pas se considérer apte à se faire vacciner à cause de son état de santé, etc.

Un peu plus de la moitié (51%) des enquêtés ont affirmé « avoir entendu des informations négatives sur le vaccin ». Ce sont : (i) le vaccin est destiné à tuer et à réduire la population ; (ii) il peut provoquer de l'infertilité et d'autres problèmes de santé reproductive ; (iii) les vaccins sont faux et ne fonctionnent pas ; (iv) les vaccins ont plusieurs effets secondaires et peuvent tuer ; (v) le vaccin permet d'implanter une puce dans le corps afin de permettre au gouvernement de nous suivre ; (vi) le vaccin ne contribue pas à protéger les sujets vaccinés ; (vii) le vaccin peut infecter de la COVID-19 et d'autres virus comme le VIH et l'Ebola ; (viii) le vaccin est la marque de la bête (ou autre considération religieuse).

Les enquêtés avaient de « bonnes attitudes » à l'égard des vaccins anti-COVID-19. Plus de 60% ne sont pas d'accord que « les remèdes locaux sont plus efficaces à prévenir le COVID-19 que le vaccin (20% d'accord). En outre, deux tiers (2/3) estimaient que le vaccin était sûr, qu'il fallait au moins deux injections pour être complètement vaccinés. Plus de 60% des enquêtés étaient d'accord que la COVID-19 existe en Côte d'Ivoire et que ce serait quelque chose de probablement grave si une personne (eux-mêmes ou leurs proches) le contractait.

L'analyse des scores d'attitudes à l'égard des vaccins anti-COVID-19 ressort que plus de 24% des personnes interrogées ont une bonne attitude avec un score d'attitudes

comprise entre 80 et 100%. Le score d'attitude ne varie pas significativement selon le sexe et l'âge. Toutefois, ce score diminue avec le niveau d'instruction des enquêtés. Plus le niveau d'instruction est élevé moins les attitudes à l'égard de la COVID-19 sont bonnes.

- Au niveau des pratiques

En matière de prévention contre la COVID-19, les mesures barrières étaient pratiquées par les enquêtés : (i) se laver/nettoyer régulièrement les mains avec du savon / gel hydroalcoolique (96%) ; (ii) porter un masque facial en public (89,4%) ; (iii) limiter les déplacements non essentiels et les rassemblements de foules (60%). Ils étaient près de 80% à avoir pratiqué ces gestes « fréquemment ou parfois ».

Les mesures barrières étaient plus pratiquées par les enquêtés vivant dans les quartiers huppés (Cocody, Marcory, Plateau, etc.) contrairement aux quartiers populaires (Abobo et Yopougon). Les bonnes pratiques face à la COVID-19 augmentent avec l'âge mais pas significativement avec le niveau d'instruction.

- Au niveau de l'exposition aux informations liées au vaccin anti-COVID-19

Près de 50% des répondants ont affirmé avoir entendu des informations relatives au COVID-19 au cours des 30 derniers jours. Parmi eux, 29,3% ont entendu des informations de promotion sur la vaccination, 14% des informations sur les symptômes de la maladie et 12% des informations sur le mode de propagation. Plus de la moitié de ces personnes ont déclaré avoir été exposées plus de 10 fois aux informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours.

La télévision nationale constitue le principal canal pour recevoir des informations sur la COVID-19 (84%), les réseaux sociaux (37%), autres chaînes satellite / étrangères (35%), autre internet sauf réseaux sociaux (24%), radios nationales/locales (17%), etc.

- Au niveau des facteurs explicatifs de la vaccination ou de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19

Deux régressions Logit ont été réalisées : la première a porté sur les facteurs influençant la vaccination chez les enquêtés déjà vaccinés et la deuxième a porté sur les facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner parmi les non vaccinés.

Selon les résultats de l'analyse des facteurs qui influencent le comportement de vaccination contre la COVID-19, cinq (05) facteurs sont susceptibles d'expliquer la vaccination contre la COVID-19 : L'âge, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins COVID-19 et les bonnes pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 augmentent les chances de se faire vacciner contre la COVID-19 chez les adultes de 18 ans et plus. Par contre, le niveau d'instruction, influence négativement la décision de se faire vacciner chez les adultes. Plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu a de chances de se faire vacciner. Par ailleurs, l'analyse de l'influence des déterminants psychosociaux sur le fait d'être vacciné contre la COVID-19 montre que les personnes qui étaient d'accord avec les déclarations suivantes étaient significativement plus susceptibles de

se faire vacciner contre le COVID-19 que les personnes qui n'étaient pas d'accord ou les personnes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas : Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr ; Les remèdes locaux ne sont pas efficaces pour prévenir la COVID-19 que le vaccin contre la COVID-19 ; Les autorités n'ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19 ; Les autorités ont fait un travail de communication avec le public sur le vaccin ; Préférer recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19 ; et Avoir le COVID-19 serait probablement une maladie grave. Ce sont probablement ces déterminants qui sont à l'origine de la corrélation significative globale entre les attitudes et le comportement de vaccination contre le COVID-19. Ces résultats montrent qu'une amélioration de ces déterminants pourraient conduire à une augmentation de l'adoption de la vaccination.

La recherche des facteurs qui influencent l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 montre que trois (03) facteurs sont susceptibles d'expliquer l'intention de se faire vacciner. La confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination et les bonnes attitudes à l'égard des vaccins anti-COVID-19 augmentent l'intention de se faire vacciner. Par contre, le niveau d'instruction, influence négativement l'intention de se faire vacciner. Plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu a l'intention de se faire vacciner. Aussi, il ressort que les personnes qui n'étaient pas d'accord ou ne savait pas que le vaccin est sûr, est efficace pour prévenir les décès dus à la COVID-19, ou qui préféreraient tomber malade plutôt que de recevoir le vaccin étaient moins susceptibles d'avoir l'intention de se faire vacciner contre le COVID-19.

1 Contexte du programme

Au cours de la deuxième semaine d'avril 2021, la Côte d'Ivoire a enregistré 44 880 cas documentés de COVID-19 et 257 décès. Le gouvernement de Côte d'Ivoire (GoCI) a mis en place des mesures à différents moments de la pandémie pour ralentir la propagation de la COVID-19, notamment la fermeture des écoles, l'interdiction des rassemblements de plus de 50 personnes, la suspension des vols, le couvre-feu de 21h à 5h, les restrictions des déplacements interurbains, l'auto-confinement des populations vulnérables et la limitation des déplacements de la population générale. À l'heure actuelle, le gouvernement ivoirien a levé toutes les restrictions sur les rassemblements de groupes et les déplacements, tout en encourageant la distance physique, le renforcement des procédures d'hygiène et l'instauration du port du masque. L'autorisation de plusieurs vaccins très efficaces contre le nouveau virus SARS-CoV2 marque un point de transition dans la gestion de la pandémie de COVID-19. La Côte d'Ivoire a reçu un demi-million de doses du vaccin d'AstraZeneca dans le cadre du programme COVAX et est en train de procéder à un déploiement progressif, en commençant par les agents de santé, les enseignants, les agents de sécurité et les militaires, pour passer ensuite aux voyageurs internationaux, aux personnes de plus de 50 ans et à celles souffrant de maladies chroniques ou de pathologies préexistantes qui les exposent à un risque plus élevé. Bien que la demande puisse dépasser l'offre pendant de nombreux mois, la distribution équitable dépend de la question de la confiance dans le vaccin avant et pendant le déploiement du vaccin. Les premières réactions indiquent que l'hésitation à se faire vacciner est un problème majeur en Côte d'Ivoire. L'hésitation à se faire vacciner à une variété de moteurs qui opèrent au niveau individuel ou collectif, influencés par des facteurs contextuels faisant partie de l'environnement socioculturel et politique. Ces facteurs sont communément regroupés en trois catégories : la complaisance (le fait de douter de la gravité de la maladie), la confiance (le manque de confiance dans le système de santé ou les prestataires de santé publique qui proposent les vaccins) et la commodité (les obstacles liés au coût et à l'accès).

Le Center for Communication Programs (CCP) de Johns Hopkins est le principal responsable de la mise en œuvre du projet Breakthrough ACTION. Breakthrough ACTION est un accord de coopération quinquennal de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) visant à diriger la programmation de l'USAID en matière de changement social et comportemental (SBC) dans le monde. En Côte d'Ivoire, le CCP, par le biais de Breakthrough ACTION, s'efforce d'améliorer l'adoption de pratiques sanitaires bénéfiques afin de contribuer à l'objectif plus large d'amélioration des résultats en matière de santé et de développement dans les domaines d'intervention du programme. La pandémie de COVID-19 a modifié certaines des approches de CCP pour intensifier la sensibilisation et la communication pour le changement social et comportemental parmi les bénéficiaires dans un environnement incertain et en évolution rapide où des informations sanitaires précises sauvent des vies.

Les interventions de communication des risques et d'engagement communautaire

(RCCE) visent à répondre aux craintes de la population, à instaurer la confiance et à promouvoir des attitudes et des normes positives pour favoriser des comportements spécifiques. Une compréhension actualisée des connaissances, des attitudes, des croyances, des intentions et des normes spécifiques au contexte, qui précèdent et favorisent les comportements, est essentielle à la réussite de la communication sur les risques et l'engagement communautaire. Bien que des recherches considérables aient été menées pour étudier l'hésitation à se faire vacciner dans les populations à revenu élevé ainsi qu'en ce qui concerne les vaccinations infantiles contre des maladies comme la polio ou la rougeole, il reste encore beaucoup à faire pour comprendre la confiance dans les vaccins en Afrique de l'Ouest, en particulier pour les nouvelles vaccinations et les vaccinations pour adultes.

2 Objectifs de l'étude

2.1 Objectif général

L'objectif général de l'étude est d'explorer les perceptions liées aux vaccins contre la COVID-19 et les obstacles potentiels à l'acceptation d'un vaccin parmi la population à Abidjan.

Les résultats pourront aussi être utilisés pour élaborer des messages de communication sur la prévention pour l'acceptation du vaccin en Côte d'Ivoire,

2.2 Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agissait de :

- a. Estimer le niveau de connaissances des populations cibles sur la COVID-19 (modes de prévention, modes de transmission, symptômes de la maladie, recherche de soin, vaccination) ;
- b. Evaluer la perception des populations cibles face aux risques de la COVID-19 et les attitudes à l'égard de la COVID-19 ;
- c. Evaluer le niveau d'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et les attitudes à l'égard de ces vaccins ;
- d. Apprécier les pratiques des populations cibles en matière de lutte contre la COVID-19 ;
- e. Faire des recommandations en vue de l'élaboration de messages et supports de sensibilisation adaptés aux populations cibles.

3 Méthodologie de l'étude

3.1 Approche générale et zones de l'étude

3.1.1 Approche générale de l'étude

Cette étude s'est inscrite dans une approche participative impliquant l'équipe de consultants du Cabinet CESI et le GTT avec l'appui du projet Breakthrough ACTION. Ce comité a été consulté sur les étapes de réalisation de l'enquête à savoir : la soumission au comité d'éthique, la formation, la supervision de la collecte et la validation du rapport.

3.1.2 Zones concernées par l'étude

L'étude a été réalisée en Côte d'Ivoire dans le District Autonome d'Abidjan (DA).

3.2 Type d'enquête et plan d'échantillonnage

3.2.1 Cible de l'enquête

L'enquête a ciblé les ménages de la zone d'étude (District Autonome d'Abidjan) ayant au moins un individu âgé de 18 ans et plus au moment de l'enquête.

Critère d'inclusion : tous les ménages de la zone d'étude ayant au moins un individu âgé de 18 ans et plus au moment de l'enquête.

Critère de non-inclusion : les ménages éligibles où il n'y a pas d'adultes disponibles au moment de l'enquête et/ou refusant de participer à l'enquête en ne donnant pas leur consentement éclairé écrit.

3.2.2 Type d'enquête et échantillonnage

Il s'agit d'une étude quantitative menée auprès des personnes adultes (18 ans et plus) vivant dans les zones d'étude.

Il s'agit d'une enquête ménage par sondage en grappe à trois (03) degrés :

- Au 1^{er} degré : tirage des grappes ou Zones de dénombrement (ZD) effectué par l'Institut National de la Statistique (INS) se basant sur les données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (**RGPH**) 2014,
- Au 2^e degré : choix aléatoire des ménages dans la ZD sélectionnée

- Au 3^e degré : tirage des individus à enquêter dans le ménage

❖ **Au premier degré :**

Le tirage des grappes s'est basé sur les données du RGPH 2014 pour le District Autonome d'Abidjan (DAA). L'INS a réalisé le tirage aléatoire de 50 grappes/Zones de Dénombrement (ZD) issues du DAA proportionnellement à la taille de la population de chaque district sanitaire.

❖ **Au deuxième degré**

Vingt (20) ménages ont été tirés dans chaque ZD en utilisant la méthode de la marche aléatoire (Random Walk). En effet, un point de départ a été choisi dans chaque ZD et à l'aide d'un pas de tirage et à travers une marche aléatoire les autres ménages ont été sélectionnés ($PAS = \text{Nombre de ménages de la ZD} / 20$). La base de données de l'INS donnait le nombre de ménages par ZD.

❖ **Au troisième degré**

Dans chaque ménage sélectionné, suivant le PAS et la marche aléatoire, une liste stratifiée par sexe des adultes (hommes et femmes) présents a été dressée et un seul adulte a été sélectionné de façon aléatoire pour l'interview. La sélection de l'adulte a été faite de façon alternée selon le sexe (soit un homme ou une femme). En effet, si une femme est tirée dans le premier ménage de la grappe alors dans le second ménage échantillonné le tirage s'est fait uniquement dans la liste des hommes et ainsi de suite jusqu'à obtenir les 20 personnes de la grappe avec 10 femmes et 10 hommes.

3.2.3 Taille de l'échantillon

L'équipe de recherche a estimé la taille de l'échantillon nécessaire pour mesurer chacun des résultats pertinents liés à la COVID-19, y compris la connaissance, attitudes et pratiques de prévention contre la COVID-19. Dans le cadre de cette étude, le niveau de connaissance de 50% au sein de la population enquêtée a été considéré, ce niveau de prévalence fournira une variabilité maximale et une taille d'échantillon plus que suffisante. La formule suivante est appliquée pour estimer la taille d'échantillon requise :

$$\text{où } d * \frac{z^2 p * (1-P)}{e^2}$$

d est l'effet de grappe, p représente l'indicateur de résultat estimé, z représente la valeur Z correspondant au niveau de confiance souhaité. Dans les analyses, $z=1.96$ correspondant au niveau de confiance de 95% ; « e » représente la marge d'erreur souhaitée, dans ce cas $e=5\%$.

Ce calcul a été fait pour le District Autonome d'Abidjan (DAA), ce qui permet d'obtenir un total de 1000 ménages. Le nombre de ménages a été reparti proportionnellement au poids de chaque district sanitaire.

Le tableau ci-dessous présente la répartition de l'échantillon par zone et district sanitaire.

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon selon le district et la région sanitaire

Régions sanitaires	Districts sanitaires	Grappe (ZD)	Nb de ménages	Nb d'hommes	Nb de femmes
Abidjan 1	ABOBO-EST & OUEST	11	220	110	110
	YOPOUGON-EST & OUEST SONGON	12	240	120	120
Abidjan 2	COCODY-BINGERVILLE	6	120	60	60
	TREICHVILLE-MARCORY	4	80	40	40
	ADJAME-PLATEAU-ATTECOUBE	6	120	60	60
	KOUMASSI	5	100	50	50
	PORT-BOUET-VRIDI	6	120	60	60
Total		50	1 000	500	500

3.3 Tirage de l'échantillon

Une fois dans la localité, après les civilités, l'équipe de collecte a suivi les étapes suivantes pour le tirage aléatoire des ménages :

1^{ère} étape – Identification de la grappe

Les cartes des Zones de Dénombrement (grappes) ont été mises à la disposition des équipes de collecte qui ont procédé à l'identification et à la reconnaissance des points de repère de la carte et délimitation de la grappe.

2^{ème} étape – Calcul du pas et tirage des numéros d'ordre des ménages

A partir du nombre de ménages de la ZD mentionné dans la base de données fournie par l'INS, le pas de tirage a été calculé : $(p = \text{PAS} = \text{Nombre de ménages de la ZD} / 20)$. Par exemple si la ZD compte 180 ménages alors le PAS a été de $180 / 20 = 9$, ce qui veut dire qu'1 ménage sur 9 a été retenu pour l'enquête. Le numéro du 1^{er} ménage a été retenu entre 1 et 9 (soit **5**), le 2^{ème} ménage était le $5 + 9 = \mathbf{14}$; le 3^{ème} ménage était le $5 + 2 * 9 = 5 + 18 = \mathbf{23}$. Ainsi de suite jusqu'à obtenir les 20 ménages.

3^{ème} étape – Choix d'un point de départ

Afin de définir l'itinéraire aléatoire, un point de départ a été choisi. Les côtés de la ZD ont été numérotés de C_1 à C_n et un côté C_i a été choisi de façon aléatoire. Le point de départ de l'itinéraire aléatoire a été le point situé à l'extrême gauche du côté C_i choisi.

4^{ème} étape – Déplacement des enquêteurs

Une fois le point de départ choisi, les enquêteurs se sont déplacés parallèlement au côté C_i retenu en bande quasi-droite d'ilot en ilot, de lot en lot, de concession en concession, de maison en maison, de ménage en ménage. Ce déplacement s'est fait de la gauche vers la droite.

Une fois à la limite de la ZD, les enquêteurs rebroussaient chemin toujours parallèlement au côté C_i cette fois-ci de la droite vers la gauche, tout en avançant en bande quasi-droite d'ilots, de lots, de concessions, de maisons et de ménages jusqu'à atteindre l'autre limite de la ZD (côté du point de départ).

Ce mouvement a été répété jusqu'au balayage complet de toute la ZD (ilots, lots, concessions, maisons, ménages).

5^{ème} étape – Choix aléatoire et éligibilité des ménages à enquêter

Sur leur itinéraire et lors du parcours indiqué, les enquêteurs ont retenu tous les ménages dont les numéros d'ordre ont été tirés précédemment.

Tout ménage éligible sélectionné ayant au moins un adulte disponible, a été visité et les raisons de la visite ont été expliquées à la personne adulte rencontrée dans le ménage. Une liste de tous les adultes (hommes et femmes) présents dans le ménage a été dressée et un adulte y a été sélectionné de façon aléatoire pour l'interview en utilisant l'application RNG (Random Number Generator). Si une femme est tirée dans le premier ménage de la grappe alors dans le second ménage échantillonné le tirage s'est focalisé uniquement sur la liste des hommes et ainsi de suite jusqu'à obtenir les 20 personnes de la grappe avec 10 femmes et 10 hommes. Un seul individu a été enquêté par ménage.

6^{ème} étape – Tirage des ménages ou individus remplaçants

Des dispositions ont été prises pour le remplacement des ménages et individus indisponibles ou ayant marqué un refus. Au total 13 cas de refus ont été observés avant consentement et aucun cas après le consentement.

Si un ménage est indisponible ou refuse de se faire enquêter alors le ménage éligible suivant (voisin proche) est visité.

Si l'adulte tiré est indisponible ou ne donne pas son consentement pour l'enquête alors un autre adulte du même ménage est tiré dans la liste restante.

3.4 Collecte de données

Après la phase d'identification de la ZD et de sélection des ménages éligibles, l'équipe de collecte a suivi les étapes suivantes :

1. Explication détaillée des objectifs de l'enquête à travers la lecture de la note d'information;
2. Obtention du consentement écrit de l'enquêté(e);
3. Conduite de l'entretien et enregistrement des réponses dans le formulaire Open Data Kit (ODK ; Questionnaire COVID Vaccine) conformément aux directives techniques ;
4. Fin de l'entretien et remerciement à l'enquêté puis passage au ménage suivant.

La collecte de données a été réalisée par 20 enquêteurs répartis en 10 équipes de 2 enquêteurs. Les 10 équipes ont été contrôlées par 2 superviseurs. Au total 2 consultants statisticiens ont coordonné toutes les phases de l'enquête. En moyenne un enquêteur a enquêté 10 individus par jour. La collecte a duré 5 jours.

Les interviews se sont déroulées de façon directe en face à face dans les langues parlées par l'enquêté avec l'utilisation de la technologie mobile pour la collecte et la transmission des données (ODK, ONA) ; tout en respectant les mesures barrières relatives à la COVID-19.

Un système de contrôle de qualité des données a été mis en place à travers une visite journalière systématique de toutes les équipes de collecte et une contre-enquête sur un nombre réduit de variables et auprès de 10% des individus enquêtés soit 100 individus visités avec une moyenne de 2 individus par grappe. La vérification journalière des données de contre-enquête a permis de détecter des incohérences à temps (2 cas sur les 100 soit un taux de 2%) et d'interpeller les équipes de collecte afin de procéder aux corrections nécessaires. Un briefing journalier a été fait entre les enquêteurs et les superviseurs et entre les superviseurs et les consultants en charge des zones de l'étude. Des rapports réguliers de collecte montrant l'évolution de la collecte ont été partagés via le groupe WhatsApp créé à cet effet et les difficultés ont été systématiquement remontées et adressées de façon journalière.

Au total 1000 interviews ont été complétées sur 1000 prévues soit un taux de réalisation de 100%.

3.5 Traitement et analyse des données

Le processus de traitement et d'analyse statistique des données s'est déroulé en trois (03) étapes :

- Récupérer de façon journalière les données de la plateforme ONA, faire une synthèse et faire leur exportation vers le logiciel d'analyse des données Stata en vue de la préparation du traitement ;
- Faire l'apurement des données à travers l'élaboration de syntaxes qui ont permis de détecter les valeurs manquantes, incohérentes, aberrantes et atypiques qui ont échappées au programme solide de contrôle installé sur les tablettes. Des ajustements nécessaires ont été effectués à l'aide de codes Stata pour la correction des éventuelles erreurs détectées et ce de façon quotidienne ;
- Calculer les indicateurs clés de l'enquête à travers des codes sur le logiciel Stata (do files) y compris les intervalles de confiance et les tests statistiques pertinents afin de déterminer le niveau de significativité des statistiques calculées.
- Construire, calculer et tester les indices moyens de connaissances, d'attitudes et de pratiques à travers l'affectation de scores aux modalités de réponse aux questions CAP.

- Faire une analyse des facteurs explicatifs de la vaccination contre la COVID-19 à partir d'une régression économétrique de type Logit.

3.6 Considérations éthiques et sécurité des personnes dans le contexte de la COVID-19

Les considérations éthiques ont été au centre de cette étude qui avait déjà obtenue l'approbation du comité national d'éthique (Numéro d'autorisation N/Réf : 060-21/MSHP/CNESVS-km) et de l'Université Johns Hopkins. Le consentement éclairé de la population cible a été sollicité. Tout refus de participer à l'enquête a été respecté par les enquêteurs.

Des dispositions ont été prises pour protéger la confidentialité des renseignements fournis par les répondants. Les données personnelles qui permettent d'identifier l'enquêté n'ont pas été collectées.

La pandémie en cours de la COVID-19 a contraint l'équipe d'étude à adopter des mesures spéciales visant la protection des personnes engagées à travers l'application des mesures barrières, notamment la remise d'un kit anti-COVID-19 à chaque agent de collecte, superviseur et consultant ; le port systématique de cache-nez et la mise à disposition de gels hydro alcooliques ou de dispositifs de lavage des mains lors des sessions de formation ou des rencontres de validation des données collectées y compris les mesures de distanciation physique (observation d'une distance d'au moins deux (2) mètres entre les personnes engagées).

Aussi, un formulaire électronique de détection du risque sur la COVID-19 permettait aux équipes de ne pas s'exposer à la maladie dans un ménage dont l'un des membres présenterait les signes ou aurait enregistré un cas récent de COVID 19. En effet, si la personne adulte rencontrée répondait par « oui » à l'une des questions sur la COVID-19, l'agent de collecte le remerciait et passait au ménage suivant.

3.7 Difficultés rencontrées / limites de l'étude

Pendant la phase de collecte, quelques difficultés ont été rencontrées et regroupées comme suit :

Le climat :

- Forte pluie ralentissant l'évolution des équipes ;
- Certaines voies coupées ou quartiers inondés voire impraticables (pluie).

Le déplacement :

- ZD difficile d'accès : certains quartiers difficiles d'accès ;

La diffusion de l'information :

- Information de l'étude pas donnée à temps à certains chefs de districts ;

La population :

- Refus de certaines populations des zones résidentielles (Cocody et Marcory) ;
- Indisponibilité de certains ménages après le tirage ;
- Insécurité dans certaines ZD d'Abobo et de Yopougon ;
- Refus de certaines communautés étrangères (Marcory) ;
- Certains immeubles inaccessibles (refus du gardien) ;
- Enquêteurs pris pour des mendiants ambulants.

Les difficultés d'ordre technique :

- Différence de nom de la ZD sur la carte et le terrain, souvent 2 noms donnés à une même localité ;
- Cartes non actualisées d'où la difficulté de retrouver certaines ZD ;
- Réticence pour certaines personnes à signer les fiches de consentement.

Les solutions apportées :

- Marche sur plusieurs kilomètres pour atteindre des ZD ;
- Attente des populations absentes pour activités économiques ;
- Remplacement des ZD par l'INS (ZD inaccessibles ou refus).

Les points forts :

- Adhésion des autorités administratives et de santé ;
- Forte adhésion des populations ;
- Dynamisme et volonté des acteurs de mise en œuvre ;
- Appui constant des consultants et du comité de pilotage ;

4 Résultats de l'étude

La section ci-dessous présente les résultats sur les connaissances, attitudes et pratiques des personnes enquêtées par rapport à la COVID-19 et les déterminants liés à l'acceptation ou l'intention vaccinale.

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages

Dans le cadre de cette étude, 1000 personnes ont été enquêtées dans la ville d'Abidjan dont 460 dans la région sanitaire d'Abidjan 1 et 540 à Abidjan 2.

Pour la région sanitaire d'Abidjan 1, ce sont 220 enquêtés dans les districts sanitaires d'Abobo-Ouest et Abobo-Est et 240 dans les districts sanitaires de Yopougon-Est, Yopougon Ouest- Songon.

Quant à la région sanitaire d'Abidjan 2, la répartition de l'échantillon par district sanitaire se présente comme suit :

- 120 enquêtés dans le district sanitaire d'Adjamé-Plateau-Attécoubé ;
- 120 enquêtés dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville ;
- 100 enquêtés dans le district sanitaire de Koumassi ;
- 120 enquêtés dans le district sanitaire de Port-Bouet-Vridi ;
- 80 enquêtés dans le district sanitaire de Treichville-Marcory.

Comme suggéré par les termes de référence (TDR), les hommes et les femmes sont équitablement répartis (50% d'hommes et 50% de femmes) de façon globale dans notre échantillon et dans chaque région sanitaire.

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le milieu de résidence et le sexe

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Sexe	Homme	230	50,0	270	50,0	500	50,0
	Femme	230	50,0	270	50,0	500	50,0
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

4.2 Caractéristiques des personnes enquêtées

- **Niveau d'instruction des enquêtés**

La proportion des enquêtés ayant au moins le niveau secondaire est la plus importante dans notre échantillon. Environ trois enquêtés sur cinq ont au moins le niveau secondaire (59,3% pour Abidjan 1 et 64,1% pour Abidjan 2).

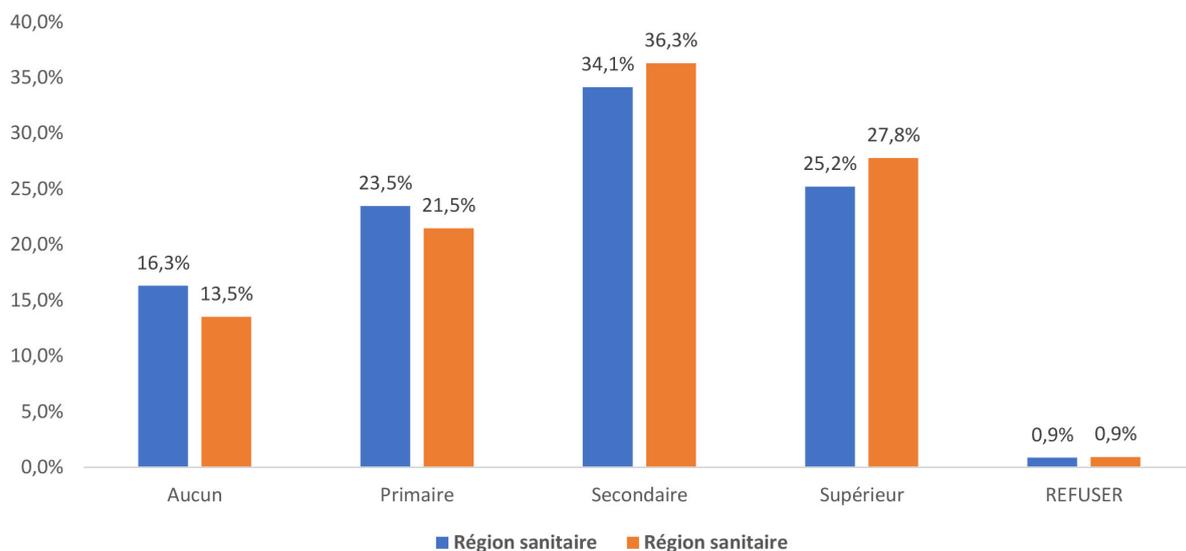


Figure 1. Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur niveau d'étude

- **Structure par âge de la population enquêtée**

Les enquêtés de 18 à 35 ans sont relativement plus importants dans notre échantillon. En effet, ils représentent plus de la moitié des personnes interrogées (50,8%). Cette tendance s'observe globalement dans l'ensemble des régions sanitaires.

- **Profession des enquêtés**

Notre échantillon était composé essentiellement de travailleurs du secteur informel (38,5%) avec une proportion importante de ceux-ci dans la région sanitaire d'Abidjan 2. Plus de 42,4% des personnes interrogées n'exerçaient pas de travail rémunéré (élève/étudiant, rentier, sans emploi, ménagère, stagiaire et retraité) au moment de l'enquête.

Tableau 3 : Répartition des enquêtés selon l'âge et la profession

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Tranche d'âge	18 ans à 25 ans	101	22,0	105	19,4	206	20,6
	26 ans à 35 ans	154	33,5	148	27,4	302	30,2
	36 ans à 45 ans	100	21,7	145	26,9	245	24,5
	46 ans à 55 ans	70	15,2	87	16,1	157	15,7
	55 ans et plus	35	7,6	55	10,2	90	9,0
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Profession	Agent de santé	3	0,7	4	0,7	7	0,7
	Salarié du public	33	7,2	30	5,6	63	6,3
	Salarié du privé	58	12,6	57	10,6	115	11,5
	Agriculteur	1	0,2	3	0,6	4	0,4
	Secteur informel	168	36,5	217	40,2	385	38,5
	Agent de santé Communautaire	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Elève/Étudiant	62	13,5	74	13,7	136	13,6
	Rentier	3	0,7	23	4,3	26	2,6
	Sans emploi	43	9,3	40	7,4	83	8,3
	Ménagère	64	13,9	54	10,0	118	11,8
	Stagiaire	2	0,4	8	1,5	10	1,0
	Retraité	22	4,8	29	5,4	51	5,1
	REFUSER	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

• **Commodités de logement des enquêtés**

Les métaux (étains et zinc) restent les principaux matériaux utilisés pour les toitures des maisons dans toutes les régions sanitaires considérées (73,2%). La principale source d'eau pour usage domestique est localisée le plus souvent à l'intérieur de la maison (65,1%). Par ailleurs, ils sont plus de la moitié à vivre dans des maisons de type villas ou appartements. 99,8% des ménages enquêtés sont raccordés au réseau électrique et plus de 95% possèdent une télévision.

Tableau 4 : Répartition des enquêtés selon les commodités de logement

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Le matériau de la toiture de la maison ou de l'abri	Bardeaux ou feuilles de plastique	3	0,7	0	0,0	3	0,3
	Métal/étain/zinc	375	81,5	357	66,1	732	73,2
	Carreaux ou amiante	2	0,4	10	1,9	12	1,2
	Béton	80	17,4	173	32,0	253	25,3
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Principale source d'eau pour l'usage domestique	En dehors de l'enceinte	29	6,3	44	8,1	73	7,3
	A l'intérieur de l'enceinte	135	29,3	138	25,6	273	27,3
	L'intérieur de la maison	295	64,1	356	65,9	651	65,1
	REFUSER	1	0,2	2	0,4	3	0,3
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Type de maison ou d'abri	Maison ou cabane traditionnelle (case banco/ bois)	37	8,0	75	13,9	112	11,2
	Structure temporaire	1	0,2	5	0,9	6	0,6
	Pièce unique en dur	120	26,1	173	32,0	293	29,3
	Villa ou appartement (plusieurs chambres)	302	65,7	287	53,1	589	58,9
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Possession d'une télévision	Oui	445	96,7	510	94,4	955	95,5
	Non	15	3,3	29	5,4	44	4,4
	REFUSER	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
La maison est-elle raccordée au réseau électrique ?	Oui	460	100,0	538	99,6	998	99,8
	Non	0	0	2	0,4	2	0,2
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

4.3 Antécédents médicaux et diagnostic antérieur de la COVID-19

- **Maladies Chroniques**

Dans l'ensemble, 11,7% des enquêtés ont affirmé souffrir de maladies chroniques.

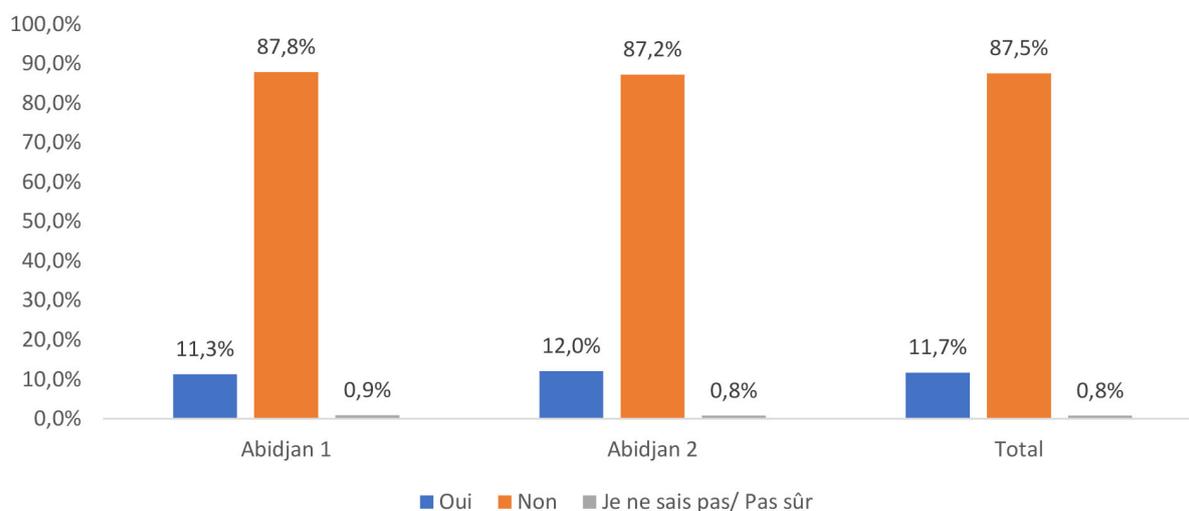


Figure 2: Répartition des personnes enquêtées souffrant de maladies chroniques

• **Contraction antérieure de la COVID-19 chez les enquêtés**

L'étude révèle que 2% des enquêtés ont déjà été infectés par la maladie à COVID-19. 65% de ces personnes avaient été déjà infectées et cela a été confirmé par un test COVID-19.

Tableau 5: Répartition des personnes ayant contracté antérieurement la COVID-19

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
A votre connaissance, êtes-vous, ou avez-vous été, infecté par la COVID-19 ?	Oui	11	2,4	9	1,7	20	2,0
	Non	440	95,6	515	95,3	955	95,5
	Je ne sais pas/ Pas sûr	9	2,0	16	3,0	25	2,5
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
A-t-il été confirmé par un test COVID-19 ?	Oui	7	63,6	6	66,7	13	65,0
	Non	4	36,4	3	33,3	7	35,0
	Total	11	100,0	9	100,0	20	100,0

• **Traitement des cas de COVID-19 chez les enquêtés**

Les personnes enquêtées ayant déjà été infectées par la COVID-19 ont affirmé en grande majorité (69,2%) avoir été traitée à domicile avec les médicaments reçus des médecins.

Aussi, 15,4% des personnes enquêtées ont fait recours à l'automédication pour traiter la COVID-19.

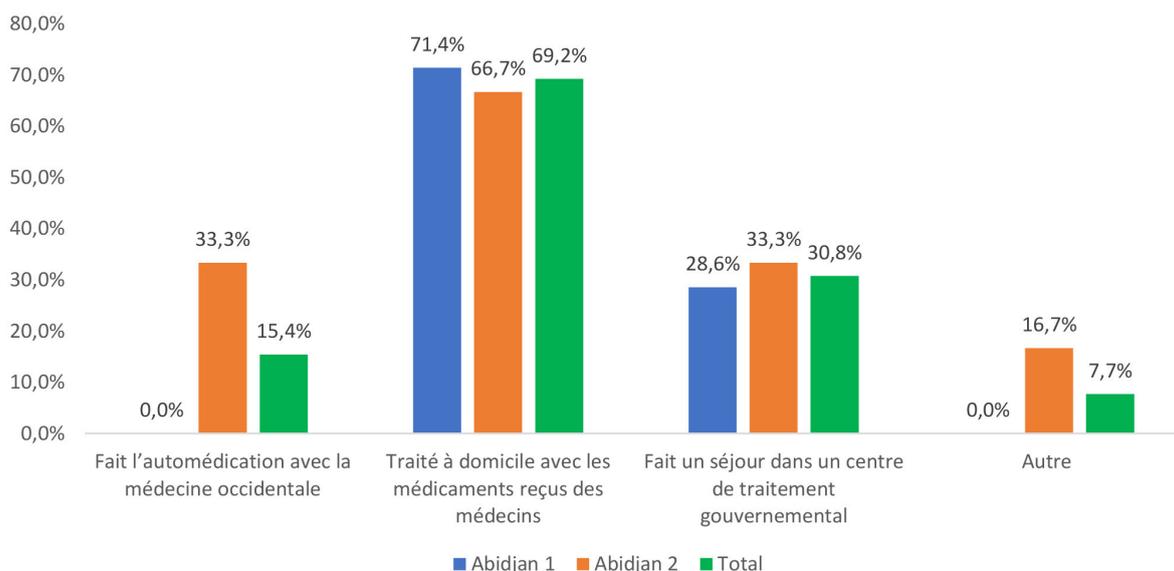


Figure 3: Répartition des personnes infectées selon le type de traitement reçu

4.4 Connaissances du vaccin

- **Connaissance de l'existence du vaccin contre la COVID-19**

97,1% des enquêtés ont affirmé avoir eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19.

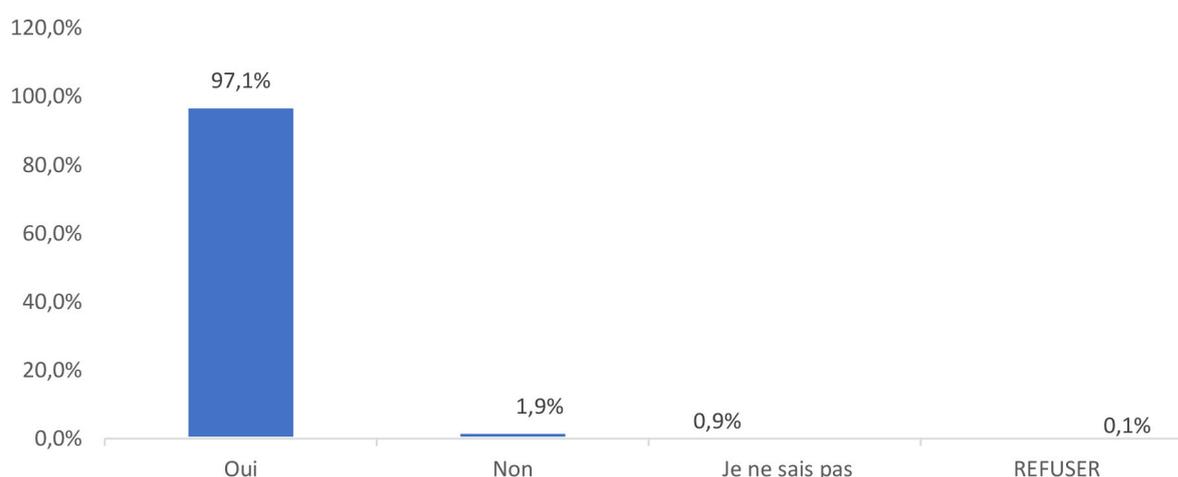


Figure 4: Répartition des personnes ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19

- **Connaissance de la disponibilité et la gratuité du vaccin**

Plus de 95% des enquêtés ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19 ont affirmé disposer d'informations sur la disponibilité et la gratuité du vaccin en Côte d'Ivoire.

Tableau 6: Répartition des personnes ayant connaissance de la disponibilité et la gratuité du vaccin COVID-19 en Côte d'Ivoire

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Le vaccin COVID-19 est-il déjà disponible en Côte d'Ivoire ?	Oui	446	99,8	521	99,4	967	99,6
	Non	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Je ne sais pas	0	0,0	3	0,6	3	0,3
Le vaccin COVID-19 est-il gratuit ?	Oui	432	96,9	493	94,6	925	95,7
	Non	2	0,4	12	2,3	14	1,4
	Je ne sais pas	12	2,7	16	3,1	28	2,9

- **Connaissance des centres d'accueil COVID-19**

Les centres de santé (67,5%) et les centres d'accueil COVID-19 (37,3%) sont les deux types de centres de vaccination contre la COVID-19 les plus connus par les enquêtés.

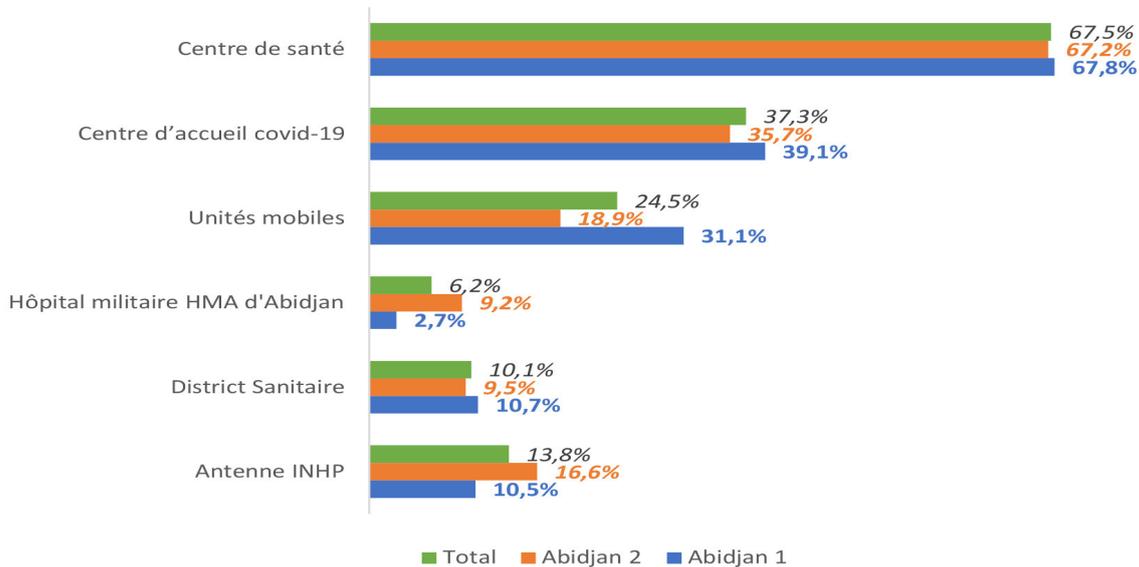


Figure 5: Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances des centres de vaccination contre la COVID-19

- **Connaissance relative aux personnes aptes ou pas à se faire vacciner**

Plus de trois quarts (77,4%) des enquêtés ont répondu que tout le monde pouvait recevoir le vaccin contre la COVID-19. Cependant, environ deux tiers (64,7%) des répondants estiment que les enfants ne devraient pas recevoir le vaccin. Ils sont plus de 49% à estimer que les femmes enceintes ne devraient pas recevoir le vaccin. Par ailleurs, 23,7% des enquêtés affirment que les personnes vivant avec les maladies chroniques ne devraient pas recevoir le vaccin contre la COVID-19.

TABLEAU 7: Répartition des enquêtés sur leurs connaissances des catégories de personnes aptes ou pas à recevoir le vaccin

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Qui peut recevoir le vaccin COVID-19 dès maintenant ?	Tout le monde	375	83,9	377	71,9	752	77,4
	Je ne sais pas	17	3,8	21	4,0	38	3,9
	REFUSER	0	0,0	2	0,4	2	0,2
	Les personnes adultes	55	12,3	124	23,7	179	18,4
Personnes qui ne devraient pas recevoir le vaccin, selon les enquêtés	Enfants	275	61,5	353	67,4	628	64,7
	Personnes souffrant d'affections préexistantes ou de maladies chroniques	94	21,0	136	26,0	230	23,7
	Les personnes qui ont eu la COVID-19 Les personnes qui ont eu la COVID-19	11	2,5	22	4,2	33	3,4
	Femmes enceintes	226	50,6	251	47,9	477	49,1
	Femmes en âge de procréer	3	0,7	9	1,7	12	1,2
	Personne (tout le monde doit recevoir)	71	15,9	41	7,8	112	11,5
	Je ne sais pas	45	10,1	61	11,6	106	10,9
	REFUSER	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Les femmes qui allaitent	40	8,9	35	6,7	75	7,7

- **Les vaccins contre la COVID-19 connus par les enquêtés**

AstraZeneca et Pfizer sont les principaux vaccins connus par les répondants. En effet, 39,8% ont affirmé connaître le vaccin Pfizer et 36,5% le vaccin AstraZeneca. Cependant, l'on relève une proportion importante (48,3%) des répondants ne connaissant aucun nom de vaccin.

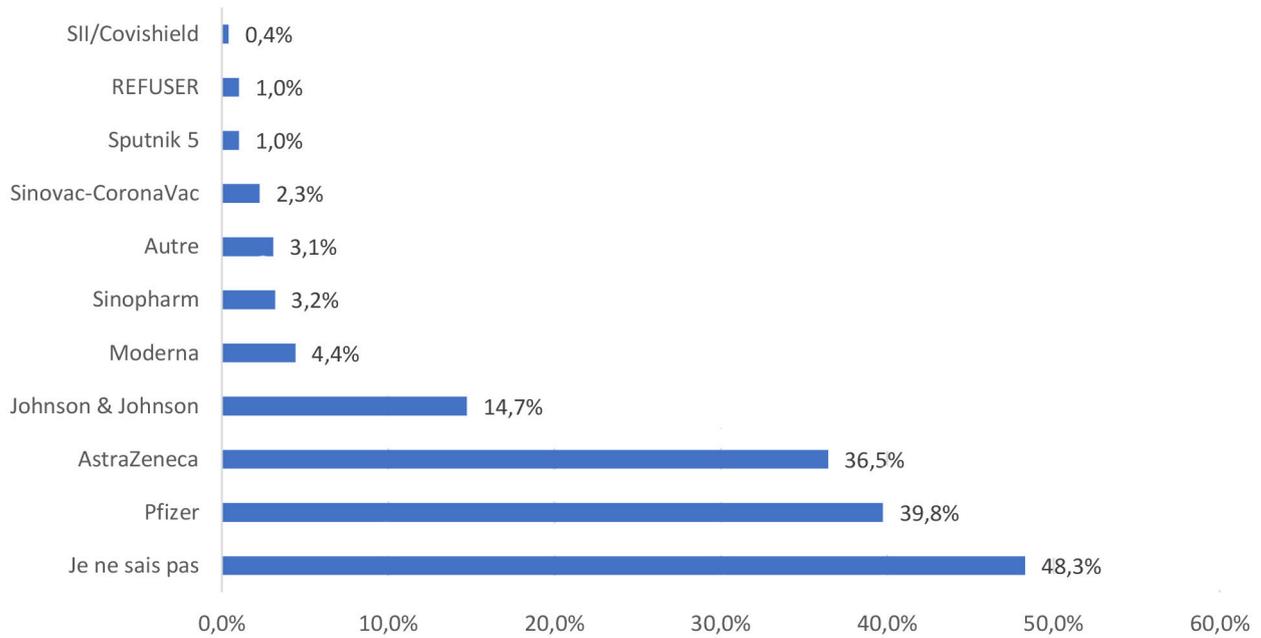


Figure 6: Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances sur les types de vaccins contre la COVID-19

- **Profil des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin**

Les femmes sont les plus nombreuses à ne connaître aucun nom de vaccin. En effet, environ deux tiers (2/3) des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin sont des femmes.

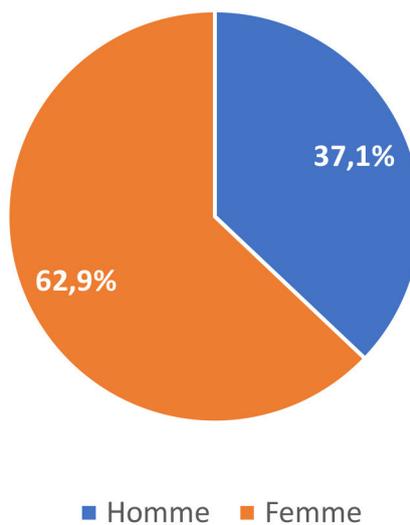


Figure 7: Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin par sexe

Environ 70% des enquêtés qui ne connaissent aucun nom de vaccin, ont au plus le niveau primaire. La proportion de personnes ne connaissant aucun nom de vaccins diminue au fur et à mesure que le niveau d'études augmente. En effet, la proportion de ces personnes ayant le niveau supérieur est faible (5,2%).

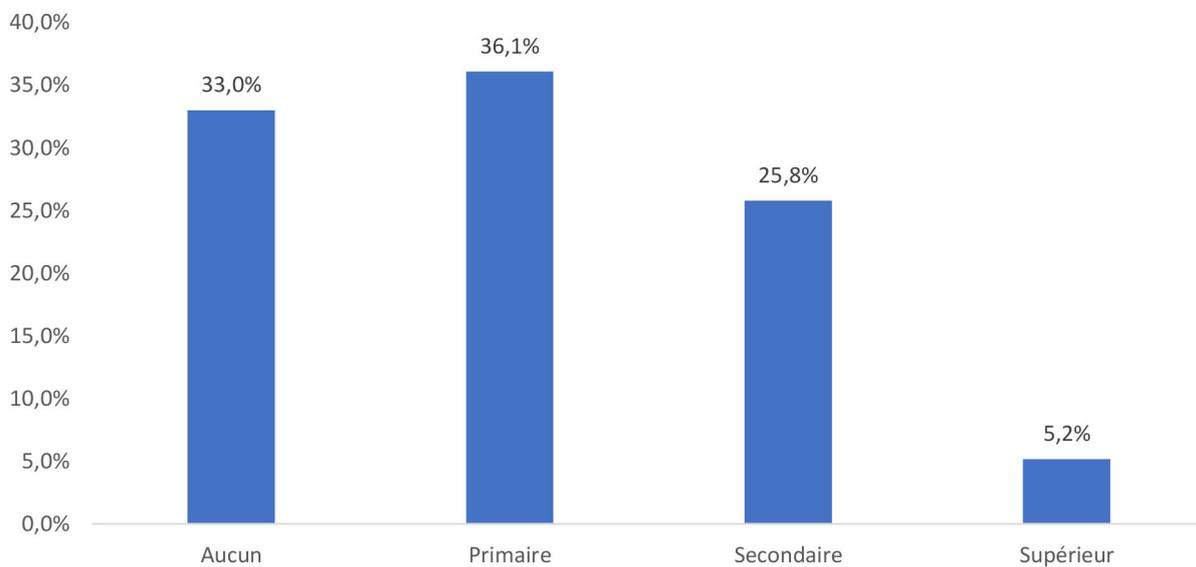


Figure 8: Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon le niveau d'étude

Les adultes de la tranche d'âge 25 à 45 ans sont les plus nombreux à ne connaître aucun nom de vaccin.

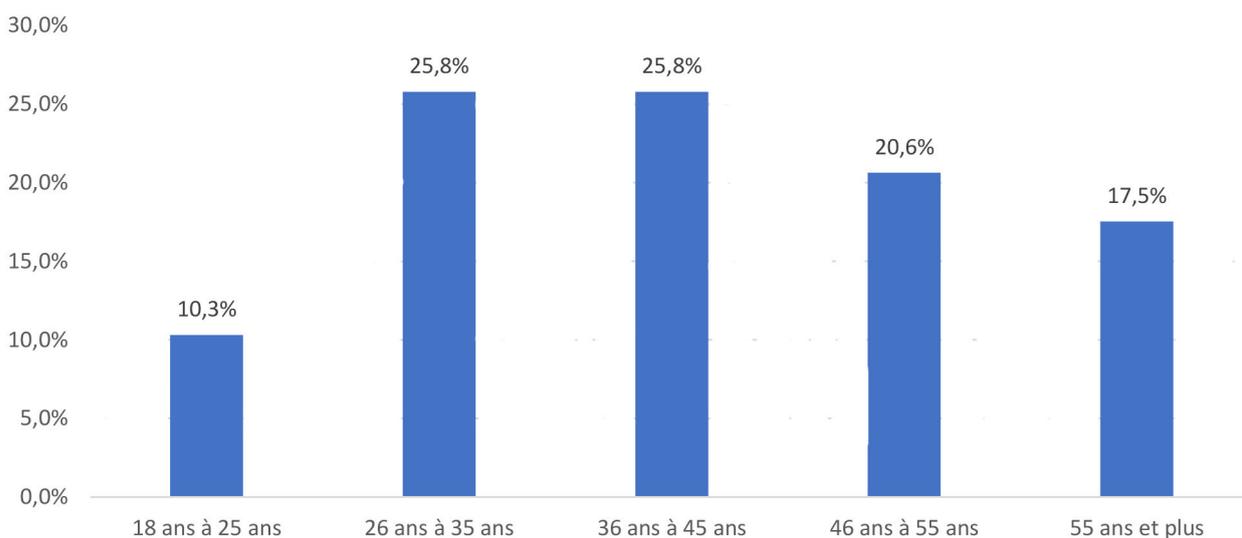


Figure 9: Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon la tranche d'âge

• **Connaissance à l'égard des vaccins contre la COVID-19**

Dans l'ensemble, les enquêtés ont de bonnes connaissances à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 notamment sur le nombre de doses de vaccins. En effet 70,5% des enquêtés sont d'accord sur le fait qu'il faut 2 injections pour être complètement vacciné contre la COVID-19. Cependant, très peu (36,9%) savent que le vaccin ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19.

Tableau 8: Répartition des enquêtés selon leurs connaissances à l'égard de la vaccination contre la COVID-19

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Pour certains vaccins COVID-19, il faut 2 injections pour être complètement vacciné	D'accord	350	78,3	335	63,9	685	70,5
	Pas d'accord	36	8,1	73	13,9	109	11,2
	Je ne sais pas	59	13,2	115	21,9	174	17,9
	Refuser	2	0,4	1	0,2	3	0,3
	Total	447	100	524	100	971	100
Le vaccin contre le COVID-19 ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19.	D'accord	173	38,7	185	35,3	358	36,9
	Pas d'accord	169	37,8	190	36,3	359	37
	Je ne sais pas	104	23,3	148	28,2	252	26
	Refuser	1	0,2	1	0,2	2	0,2
	Total	447	100	524	100	971	100

• **Indice de connaissances sur les vaccins contre la COVID-19**

Dans cette section, un indice composite de 6 questions a été créé pour mesurer le niveau de connaissance des personnes interrogées sur le vaccin contre la COVID-19 (cf Annexe 1).

L'indice de connaissance est compris entre 0 et 100%. Lorsque l'indice est :

- Inférieur à 60%, la connaissance est jugée faible
- Compris entre 60% et 80%, la connaissance est jugée moyenne
- Supérieur à 80%, la connaissance est jugée bonne

➤ **Variation du niveau de connaissance sur les vaccins contre la COVID-19 par région sanitaire**

L'analyse des scores de connaissance sur les vaccins montre que plus de 80% des personnes interrogées ont une bonne connaissance des vaccins contre la COVID-19.

La proportion de personnes ayant une bonne connaissance des vaccins dans la région sanitaire d'Abidjan 1 (83,9%) est relativement plus importante que celle de la région sanitaire d'Abidjan 2 (78,5%) et cet écart est significatif au seuil de 5% (Pvalue test de proportion =0,030).

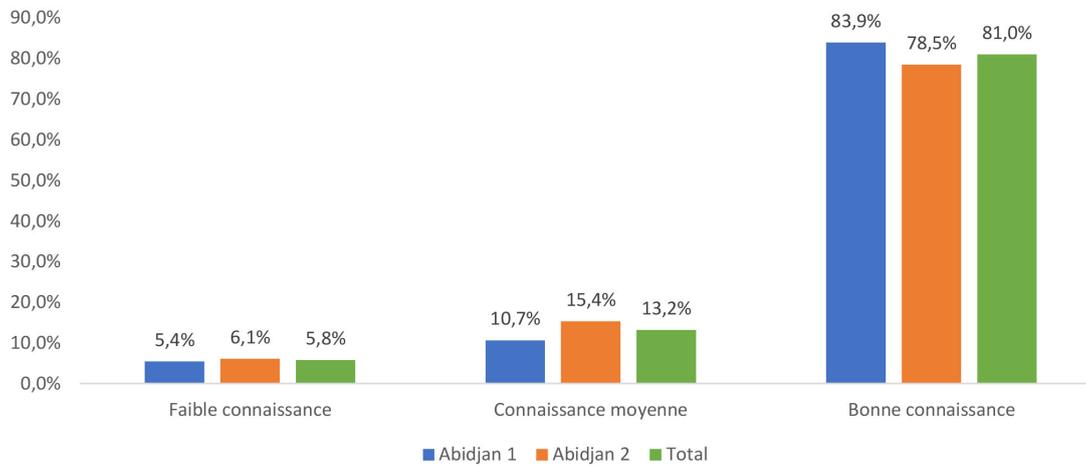


Figure 10: Indice de connaissance par région sanitaire

➤ **Connaissances générales sur les vaccins contre la COVID-19 selon le sexe**

Au regard des résultats du graphique ci-dessous, l'on relève que 83% d'hommes enquêtés ont un bon niveau de connaissance du vaccin contre la COVID-19 contre 79% de femmes enquêtées. Cependant, la connaissance des vaccins contre la COVID-19 n'est pas liée au sexe. (Khi-deux=3,524 ; Pvalue=0,172).

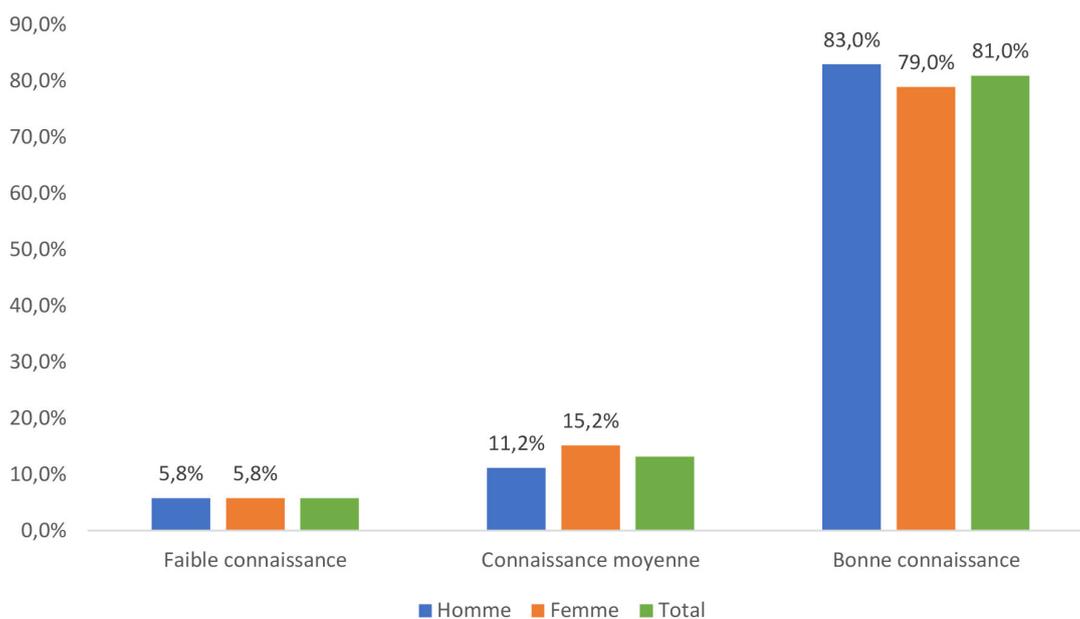


Figure 11: Niveau de connaissance selon sexe

➤ **Connaissances générales sur les vaccins contre la COVID-19 selon l'âge**

Le score de connaissance des vaccins augmente avec l'âge. En effet, la proportion des personnes ayant un score de connaissance élevé sur les vaccins est passée de 74,3% chez les enquêtés de 18 à 25 ans à 87,8% chez ceux de 55 ans et plus. La proportion des enquêtés de 36 à 45 ans ayant une bonne connaissance des vaccins est plus importante que celle des 18 à 25 ans (Pvalue test de proportion=0,049). Également, les tests de proportions révèlent que les enquêtés de 45 ans à 55 ans ont une bonne connaissance des vaccins comparativement aux enquêtés de 18 à 25 ans (Pvalue test de proportion=0,022).

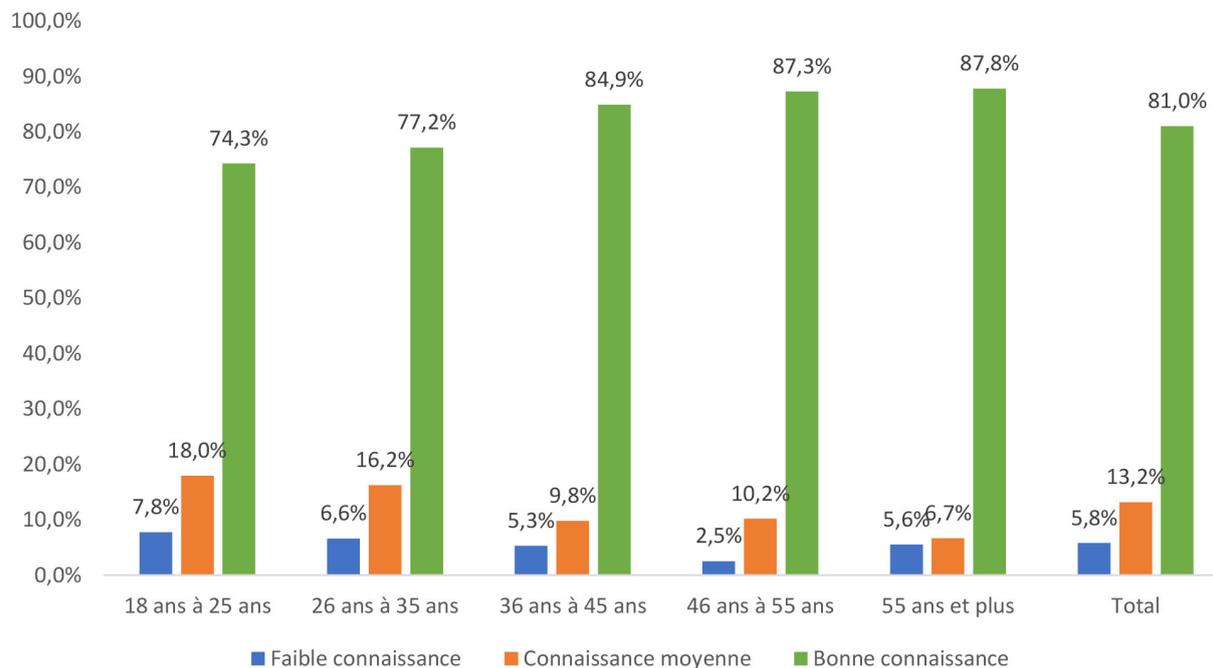


Figure 12: Niveau de connaissance selon l'âge

➤ **Connaissances générales sur les vaccins COVID-19 selon le niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction influence le niveau de connaissance des vaccins contre la COVID-19. En effet la proportion des enquêtés de niveau d'étude supérieur ayant une bonne connaissance est statistiquement plus importante que celle n'ayant aucun niveau d'études (Pvalue test de proportion =0,027).

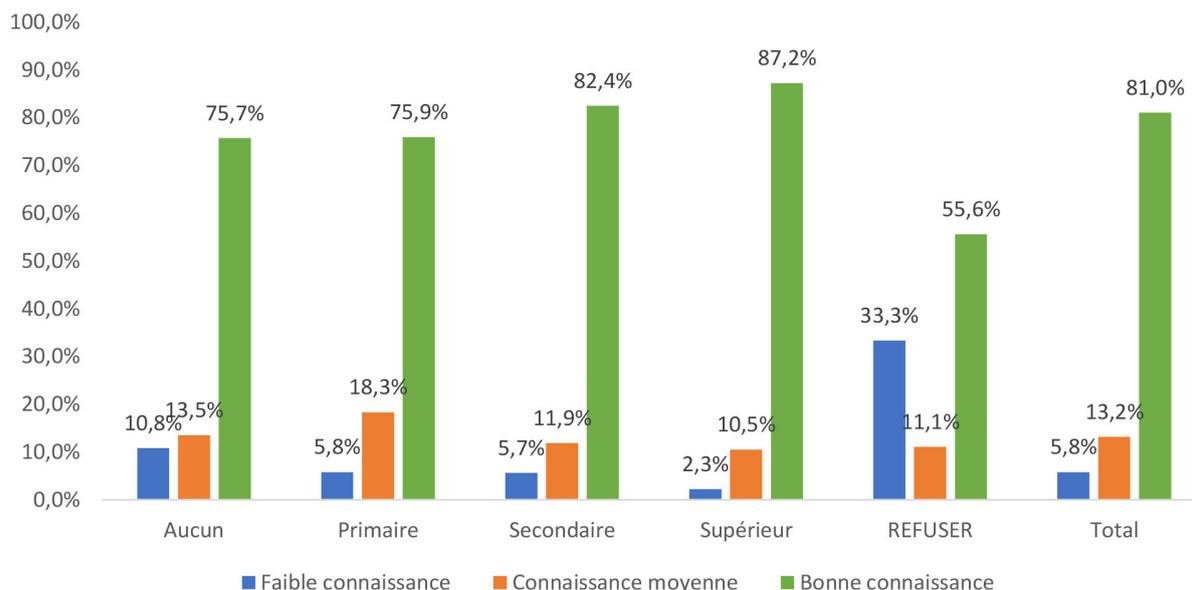


Figure 13: Niveau de connaissance selon l'instruction

4.5 Accessibilité du vaccin

- Perception de l'accessibilité du vaccin

Plus de 68% des enquêtés affirment qu'il est très facile d'avoir accès au vaccin contre la COVID-19. Cependant, 4,7% des personnes enquêtées trouvent l'accès pas du tout facile et 13,4% ne savent pas si le vaccin est facile d'accès ou pas.

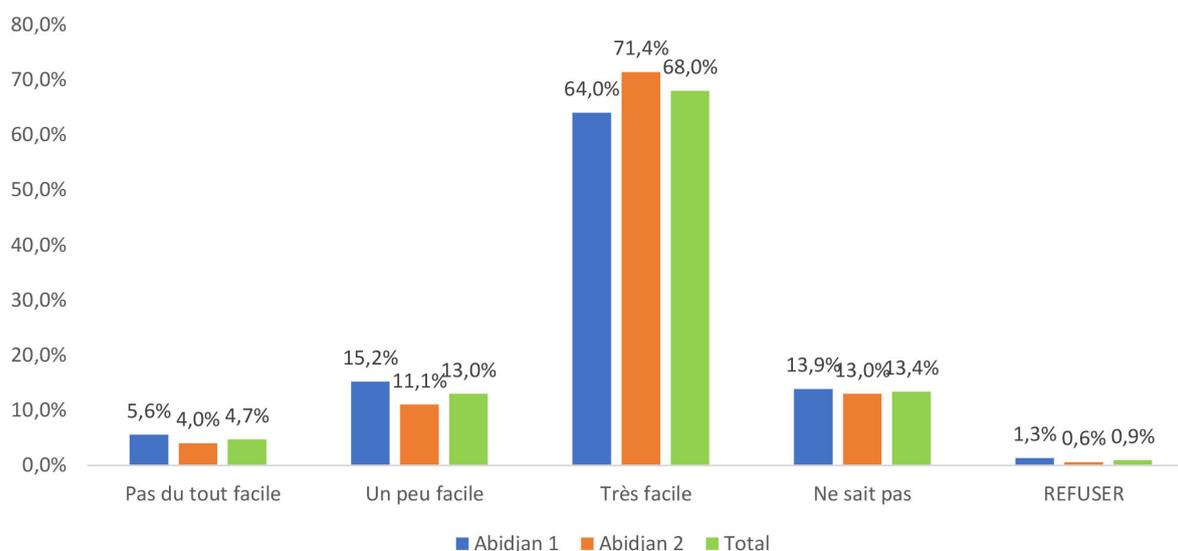


Figure 14: Répartition des personnes enquêtées sur leur perception par rapport à l'accessibilité du vaccin

81,8% des répondants trouvant l'accès au vaccin difficile ont avancé une seule raison pour soutenir leur point de vue tandis que 18,2% ont donné au moins deux raisons.

Les enquêtés trouvant l'accès pas du tout facile ont évoqué en majorité le temps d'attente trop long (46,7%), les horaires d'ouvertures peu pratiques (7,0%) et le lieu de vaccination éloigné (7,9%).

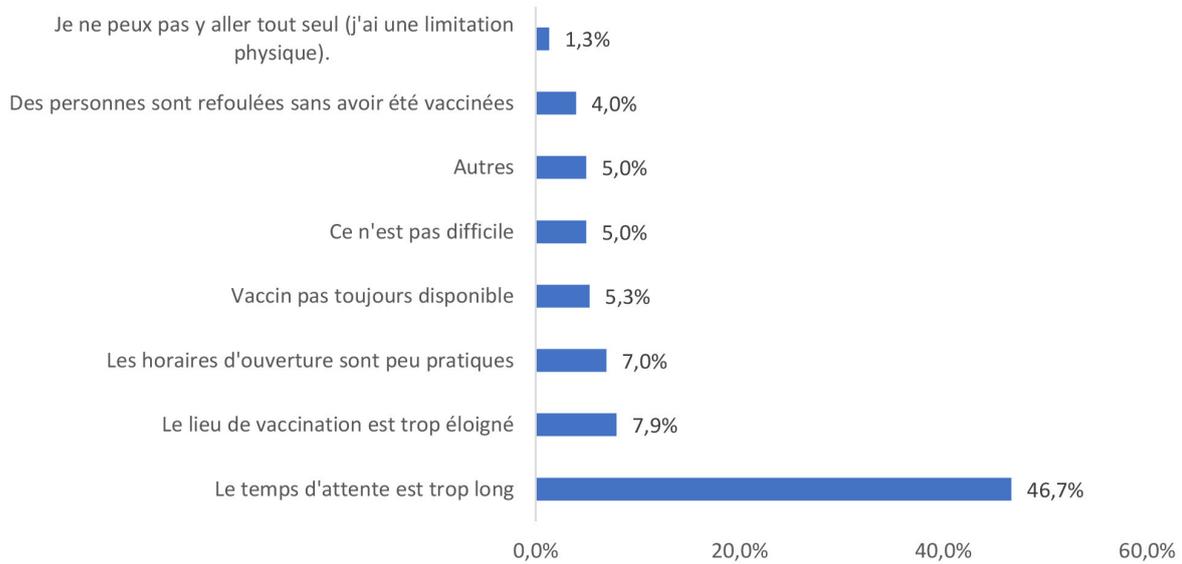


Figure 15: Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon les raisons évoquées

- Confiance aux prestataires en charge de la vaccination contre la COVID-19**

Environ deux tiers (2/3) des enquêtés soit 63,2% ont confiance aux prestataires en charge de la vaccination contre la COVID-19.

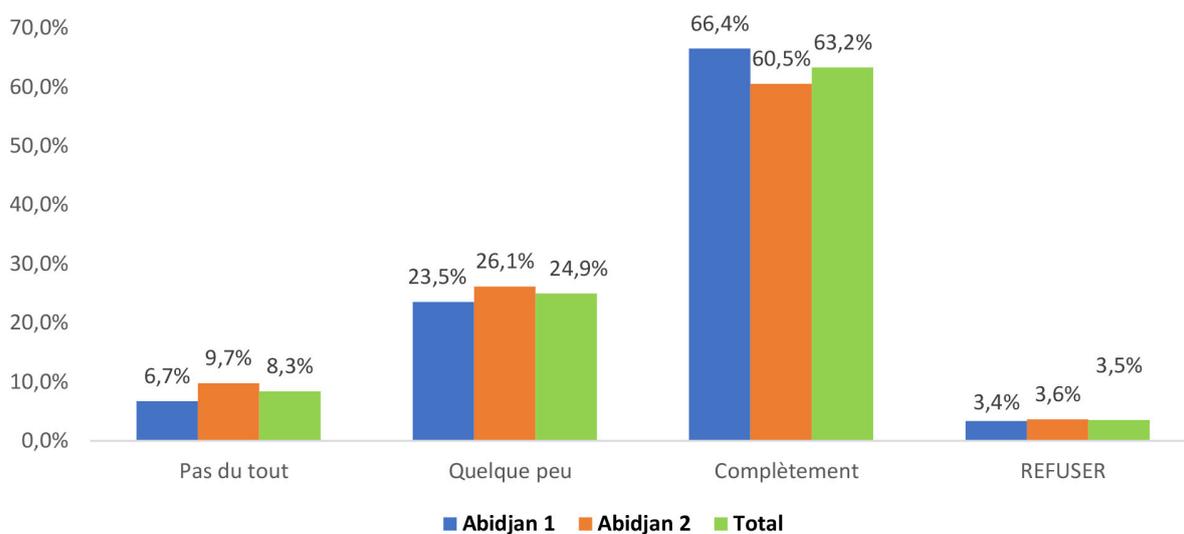


Figure 16: Répartition des personnes ayant confiance aux prestations en charge de la vaccination contre la COVID-19

4.6 Comportement des personnes ayant reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19

- **Personnes enquêtées vaccinées ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19**

Dans notre échantillon, plus du tiers (35,9%) des enquêtés ont reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19. Cette proportion est relativement plus importante dans la région sanitaire d'Abidjan 1 (40,7%) que celle d'Abidjan 2 (31,9%).

Cet écart de proportion est statistiquement significatif au seuil de 5% (Pvalue test de comparaison de proportion = 0,004).

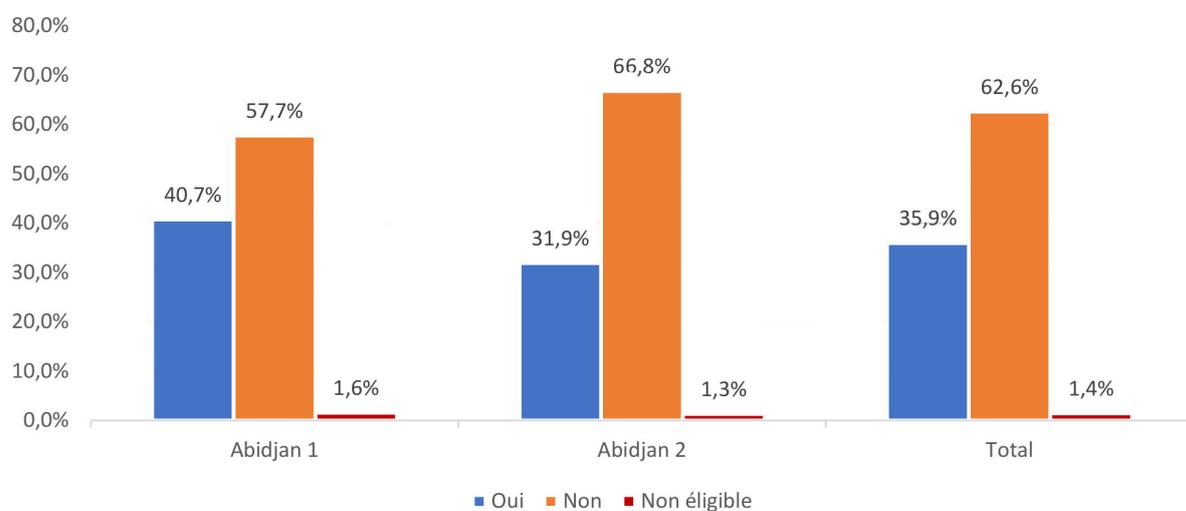


Figure 17: Répartition des personnes enquêtées vaccinées contre la COVID-19 par région sanitaire

- **Type de vaccin reçu par les personnes vaccinées**

La majorité des personnes ayant reçu au moins une dose, a été vaccinée avec les vaccins Pfizer (45%) et AstraZeneca (26,6%).

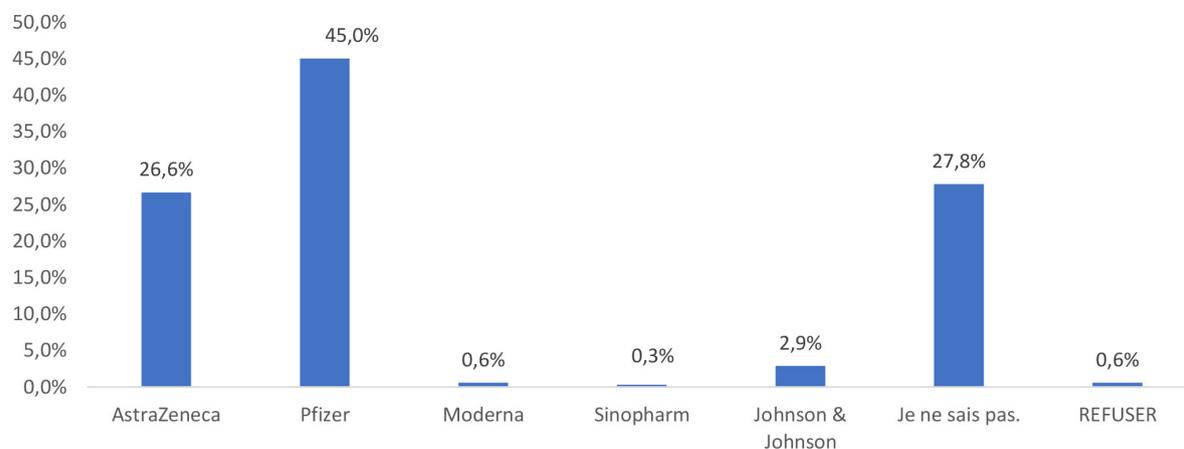


Figure 18: Répartition des personnes enquêtées vaccinées ayant connaissance du nom du vaccin reçu

• **Nombre de doses reçues par les personnes vaccinées**

Plus de la moitié (58,2%) des personnes ayant été vaccinées, ont reçu deux doses de vaccins contre 41,8% qui n'ont reçu qu'une seule dose. Parmi celles ayant reçu une seule dose, 82,4% ont l'intention de faire la deuxième dose tandis que 6,6% ont affirmé ne pas avoir l'intention de faire la deuxième dose.

Tableau 9: Répartition des enquêtés vaccinés contre la COVID-19 selon le nombre de doses reçues et l'intention sur la faisabilité de la deuxième dose.

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Nombre de doses reçues	Une	74	40,7	72	43,1	146	41,8
	Deux	108	59,3	95	56,9	203	58,2
	Total	182	100,0	167	100,0	349	100,0
Intention de faire une deuxième dose	Oui	62	87,3	50	76,9	112	82,4
	Non	6	8,5	3	4,6	9	6,6
	Ne sait pas	2	2,8	3	4,6	5	3,7
	Refuser	1	1,4	9	13,8	10	7,4
	Total	71	100,0	65	100,0	136	100,0

• **Raisons évoquées par les personnes n'ayant pas l'intention de se faire administrer la deuxième dose**

Les effets secondaires constituent la principale raison exprimée par les adultes enquêtés n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose (37,5%).

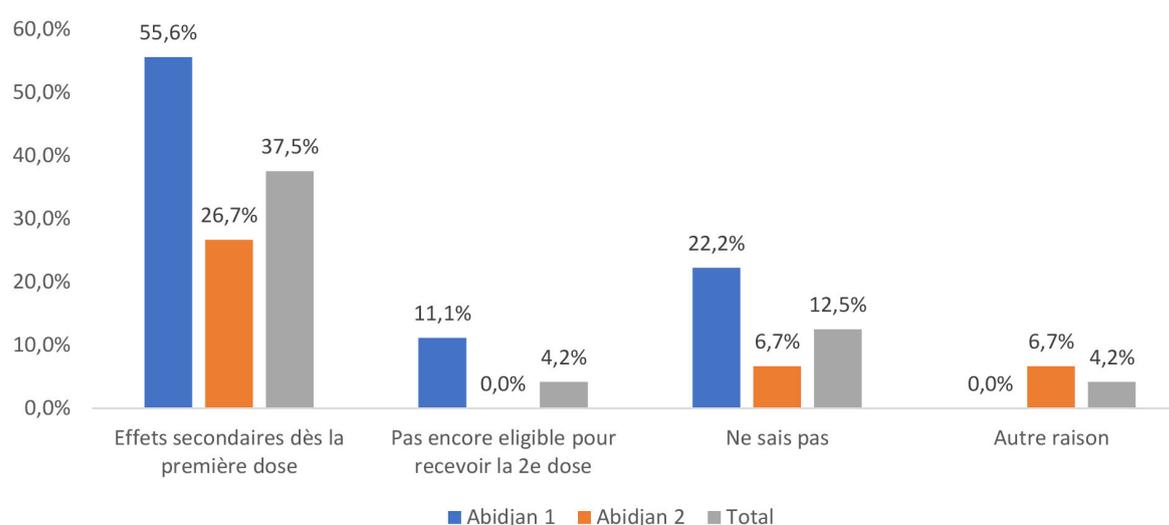


Figure 19: Répartition des personnes n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose selon les raisons évoquées

4.7 Intention des personnes n'ayant pas encore été vaccinées contre la COVID-19

- Intention des personnes non-vaccinées**

62,6% des enquêtés n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19. 57,7% d'entre eux ont l'intention de se faire vacciner tandis que 30,1% ont affirmé n'avoir pas l'intention de le faire.

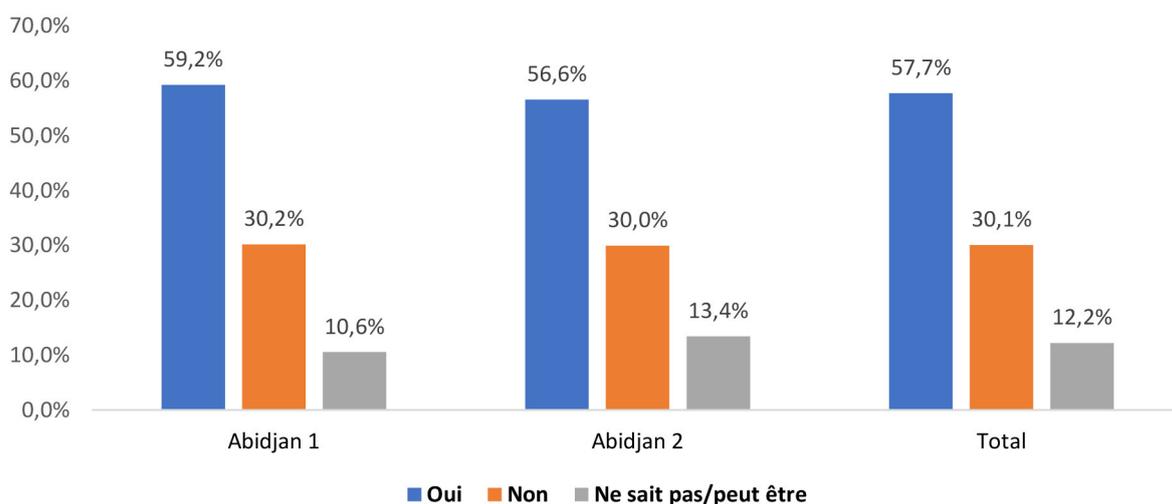


Figure 20: Répartition des personnes non vaccinées selon leur intention de se vacciner

- Raisons évoquées par les personnes n'ayant pas l'intention de se faire vacciner**

Les enquêtés non-vaccinés et n'ayant pas l'intention de le faire ont soutenu pour la plupart que les vaccins n'étaient pas sûrs et qu'ils n'avaient pas confiance au gouvernement et aux fournisseurs de vaccins.

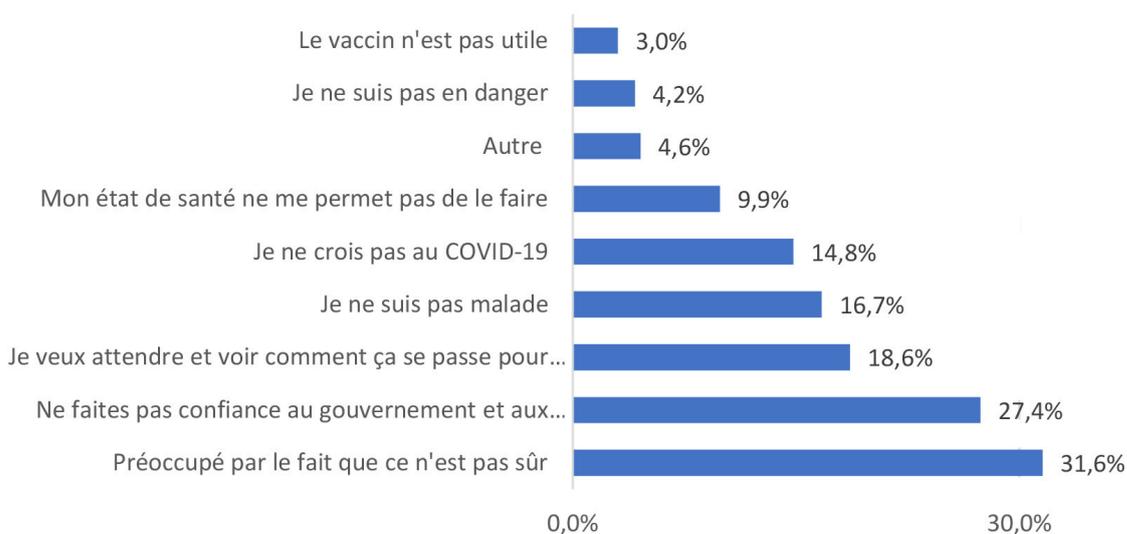


Figure 21: Répartition des enquêtés non-vaccinés n'ayant pas l'intention de se faire vacciner selon les raisons évoquées

4.8 Autonomie de décision et préférences en matière de vaccin

- **Autonomie de décision des personnes enquêtées**

Que ce soit pour les hommes et les femmes, les répondants ont affirmé à plus de 80% qu'ils étaient autonomes dans la prise de décision en matière de vaccination contre la COVID-19.

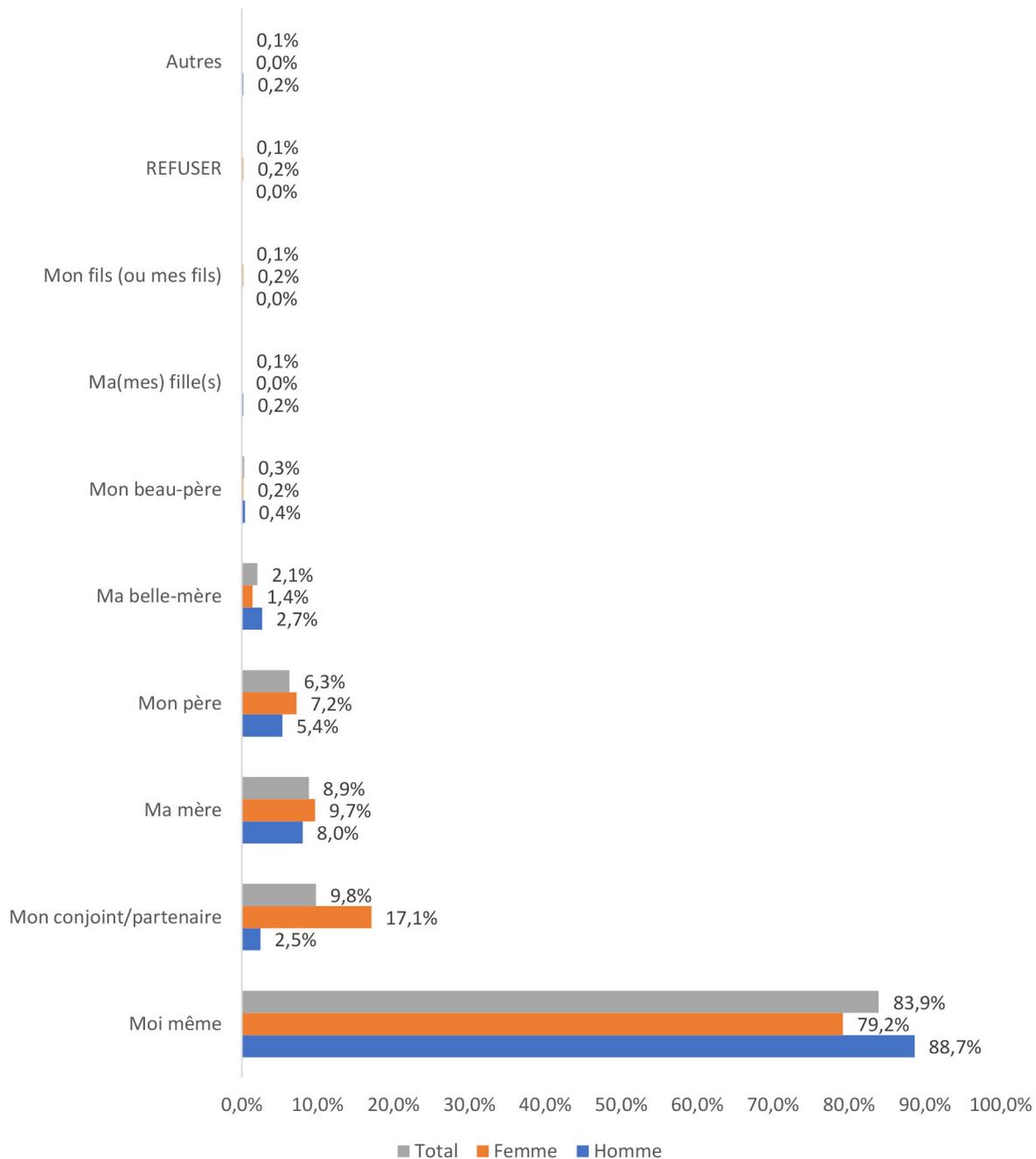


Figure 22: Répartition des ménages enquêtés selon l'autonomie de décision des personnes enquêtées

- **Sites de vaccination contre la COVID-19 préférés des enquêtés**

Près de 70% des enquêtés préfèrent recevoir le vaccin dans les établissements sanitaires. A défaut des établissements sanitaires, ils sont 28% à privilégier les centres d'accueil COVID-19.

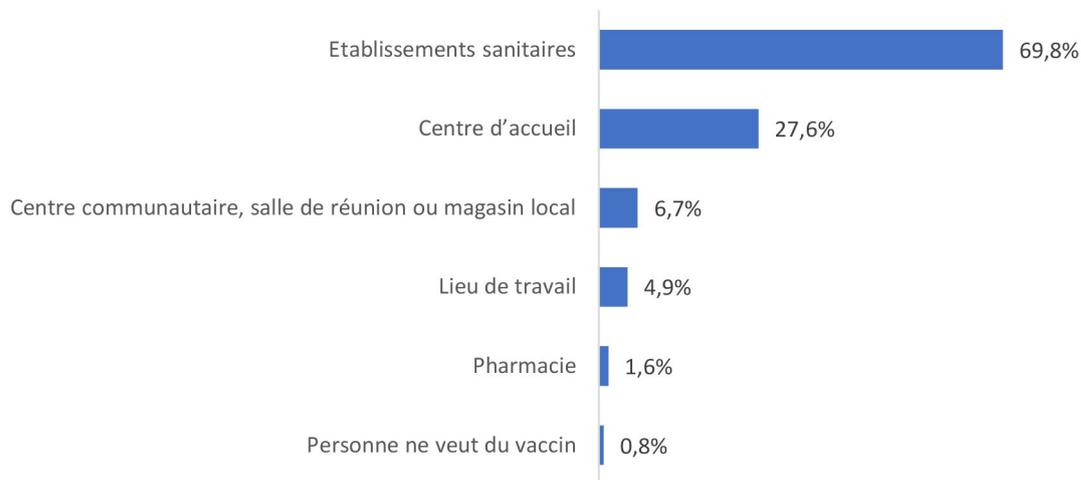


Figure 23: Répartition des enquêtés selon les types de site préférés pour la vaccination

- **Type de vaccin préféré par les enquêtés**

Les enquêtés préfèrent plus le vaccin Pfizer (67,2%) comparativement aux autres types de vaccins, Johnson&Johnson (19,1%) et AstraZeneca (12,2%).

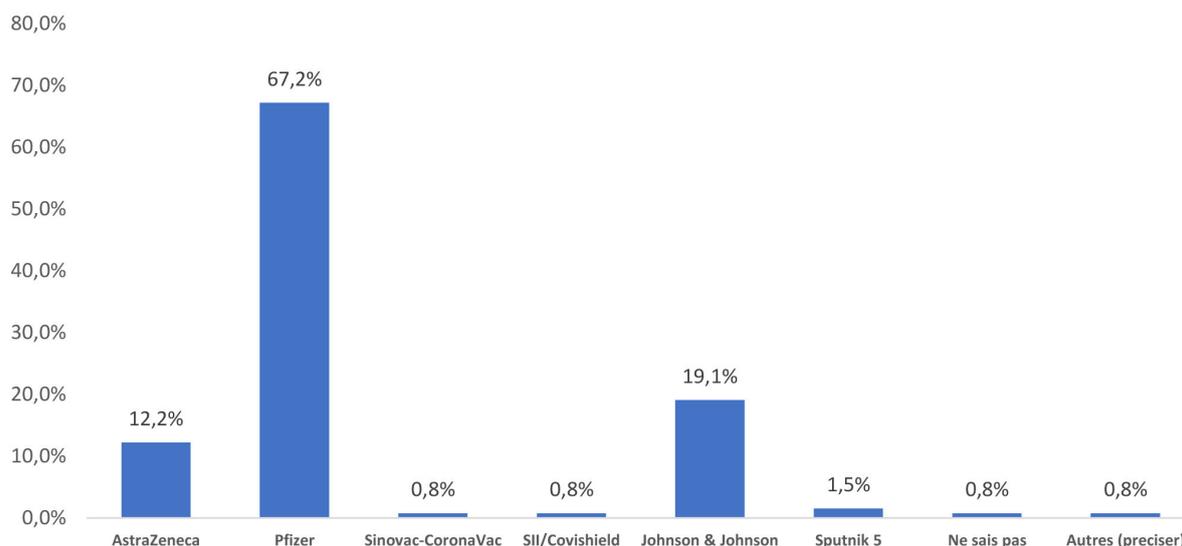


Figure 24: Répartition des enquêtés par préférence de vaccin

Les raisons qui justifient la préférence du vaccin Pfizer sont que les répondants le trouvent plus efficace (36,6%), plus sûr (38,2%) et ayant moins d'effets secondaires (33,6%).

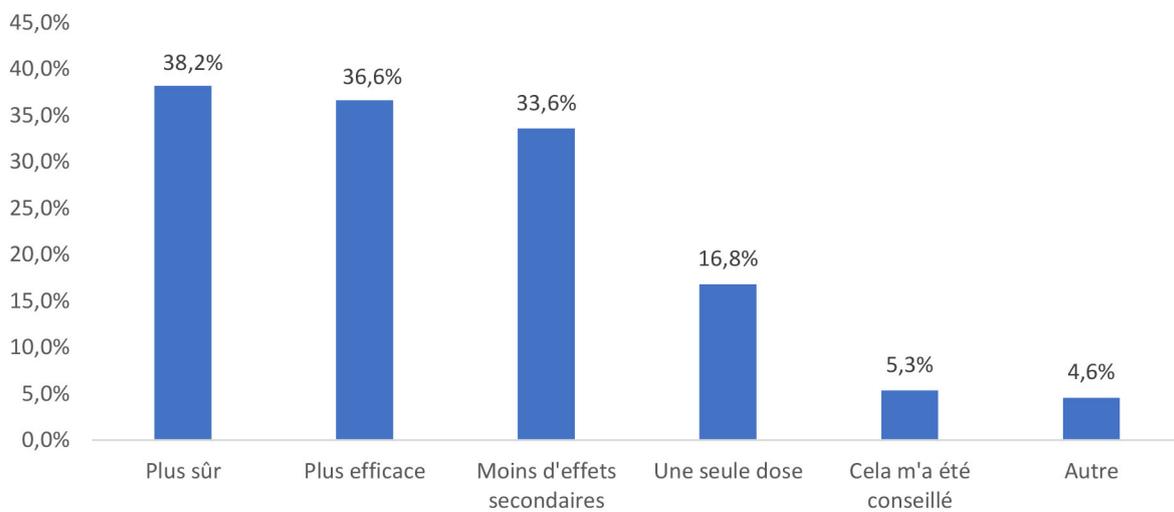


Figure 25 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence pour un type de vaccin

Les enquêtés ont affirmé préférer le plus le vaccin Pfizer en raison de la perception qu'il a moins d'effets secondaires (32%) et est beaucoup plus efficace (31%). Ceux qui ont une forte préférence pour AstraZeneca trouvent ce vaccin plus sûr (38%). Par ailleurs, 57% des enquêtés qui ont porté leur préférence sur le vaccin Johnson & Johnson l'ont fait à cause de la dose unique de ce vaccin.

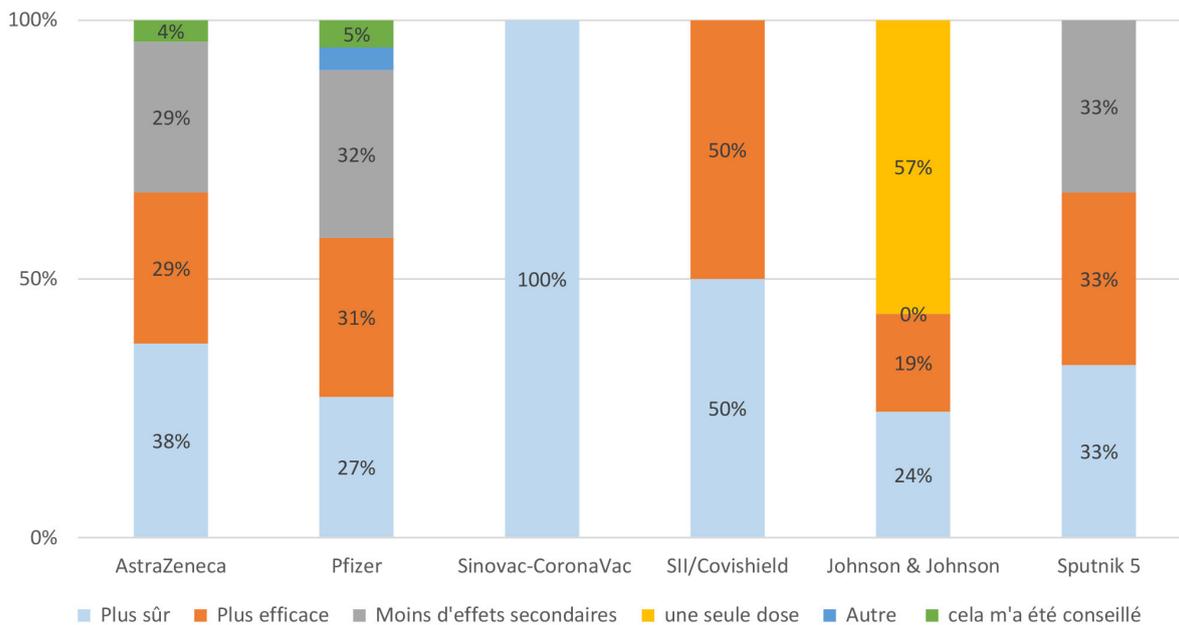


Figure 26 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence par type de vaccin

4.9 Fausses informations entendues sur le vaccin

50,9% des enquêtés dans le cadre de cette étude ont affirmé avoir entendu des fausses informations sur le vaccin. On constate que les personnes plus instruites sont beaucoup plus exposées aux fausses informations que les personnes n'ayant aucun niveau d'étude. En effet, au fur et à mesure que le niveau d'étude augmente, la proportion de personnes exposées aux fausses informations augmente. En effet, 43,3% de personnes n'ayant aucun niveau d'étude ont affirmé avoir entendu des fausses informations sur le vaccin COVID-19, cette proportion est estimée à 48,2% chez les personnes de niveau primaire, 53,5% chez les personnes de niveau secondaire et à 54% chez les personnes de niveau supérieur.

Tableau 10: Répartition des enquêtés ayant entendu des informations négatives sur le vaccin

Caractéristiques		D2_3 Niveau d'instruction									
		Aucun		Primaire		Secondaire		Supérieur		Total	
		Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
C12a Avez-vous entendu quelque chose dernièrement à propos du vaccin COVID-19?	Oui	61	43,3%	105	48,2%	183	53,5%	142	54,0%	491	50,9%
	Non	72	51,1%	97	44,5%	145	42,4%	103	39,2%	417	43,3%
	Ne sait pas/peut être	8	5,7%	13	6,0%	14	4,1%	16	6,1%	51	5,3%
	REFUSER	0	0,0%	3	1,4%	0	0,0%	2	0,8%	5	0,5%

Plusieurs informations négatives ont été évoquées par les enquêtés, dont les principales sont : le vaccin est destiné à tuer, à réduire la population (53,5%), il peut provoquer l'infertilité ou des problèmes de santé de la reproduction (33,5%), les vaccins sont faux/ ne fonctionnent pas (33,5%).

Tableau 11: Répartition des enquêtés selon les fausses informations entendues sur le vaccin

Caractéristiques	Régions sanitaires					
	Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Il ne contribue pas à vous protéger du COVID-19	44	18,4%	32	12,6%	76	15,4%
Il peut vous guérir si vous avez le COVID-19	13	5,4%	4	1,6%	17	3,5%
Il peut provoquer l'infertilité ou des problèmes de santé reproductive	80	33,5%	85	33,6%	165	33,5%
Il peut vous implanter une puce/ permettre au gouvernement de vous suivre	51	21,3%	38	15,0%	89	18,1%
C'est pour nous tuer/réduire la population	134	56,1%	129	51,0%	263	53,5%
C'est la marque de la bête (ou autre objection religieuse)	13	5,4%	15	5,9%	28	5,7%
Il peut vous infecter avec le COVID ou un autre virus comme le VIH ou Ebola	30	12,6%	31	12,3%	61	12,4%
Les vaccins sont faux/ ne fonctionnent pas	70	29,3%	95	37,5%	165	33,5%
N'a rien entendu	0	0,0%	2	0,8%	2	0,4%
Je ne sais pas	1	0,4%	1	0,4%	2	0,4%
Effets secondaires et peut tuer	58	24,3%	50	19,8%	108	22,0%
REFUSER	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Autres	12	5,0%	8	3,2%	20	4,1%

4.10 Attitudes face à la COVID-19

- **Attitude générale des enquêtés**

- **Attitude à l'égard du vaccin**

Dans l'ensemble, les enquêtés ont de bonnes attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19. En effet :

- 62,2% des enquêtés ne sont pas d'accord sur le fait que les remèdes locaux soient plus efficaces pour prévenir la COVID-19 que le vaccin.
- 61,1% des enquêtés ont affirmé être d'accord que le vaccin contre la COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave dû à la COVID-19.

- A la question de savoir si le vaccin contre la COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dû à la COVID-19, 50,5% des enquêtés ont répondu par l'affirmative.
- 89,7% des enquêtés affirment que les personnes comme elles peuvent recevoir les vaccins contre la COVID-19.
- 74,3% des enquêtés affirment que « Le vaccin COVID-19 peut avoir des effets secondaires qui vous rendent malade ».

Tableau 12: Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr.	D'accord	315	70,5	333	63,5	648	66,7
	Pas d'accord	50	11,2	93	17,7	143	14,7
	Je ne sais pas	80	17,9	95	18,1	175	18,0
	Refuser	2	0,4	3	0,6	5	0,5
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave due au COVID-19.	D'accord	310	69,4	283	54,0	593	61,1
	Pas d'accord	69	15,4	140	26,7	209	21,5
	Je ne sais pas	67	15,0	99	18,9	166	17,1
	Refuser	1	0,2	2	0,4	3	0,3
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19.	D'accord	277	62,0	213	40,6	490	50,5
	Pas d'accord	104	23,3	200	38,2	304	31,3
	Je ne sais pas	66	14,8	108	20,6	174	17,9
	Refuser	0	0,0	3	0,6	3	0,3
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Les remèdes locaux sont plus efficaces pour prévenir le COVID-19 que le vaccin.	D'accord	65	14,5	129	24,6	194	20,0
	Pas d'accord	310	69,4	294	56,1	604	62,2
	Je ne sais pas	72	16,1	98	18,7	170	17,5
	Refuser	0	0,0	3	0,6	3	0,3
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Les autorités ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19.	D'accord	151	33,8	212	40,5	363	37,4
	Pas d'accord	198	44,3	195	37,2	393	40,5
	Je ne sais pas	94	21,0	114	21,8	208	21,4
	Refuser	4	0,9	3	0,6	7	0,7
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Je préfère recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19.	D'accord	335	74,9	341	65,1	676	69,6
	Pas d'accord	73	16,3	144	27,5	217	22,3
	Je ne sais pas	38	8,5	39	7,4	77	7,9
	Refuser	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Le vaccin COVID-19 peut avoir des effets secondaires qui vous rendent malade.	D'accord	345	77,2	376	71,8	721	74,3
	Pas d'accord	69	15,4	95	18,1	164	16,9
	Je ne sais pas	32	7,2	52	9,9	84	8,7
	Refuser	1	0,2	1	0,2	2	0,2
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Je suis prêt à affronter les symptômes de la grippe afin d'être protégé de la maladie grave du COVID-19.	0	223	49,9	227	43,3	450	46,3
	Pas d'accord	169	37,8	219	41,8	388	40,0
	Je ne sais pas	50	11,2	75	14,3	125	12,9
	Refuser	5	1,1	3	0,6	8	0,8
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0
Les autorités ivoiriennes ont fait un bon travail de communication avec le public sur le vaccin COVID-19.	D'accord	308	68,9	334	63,7	642	66,1
	Pas d'accord	114	25,5	160	30,5	274	28,2
	Je ne sais pas	23	5,1	29	5,5	52	5,4
	Refuser	2	0,4	1	0,2	3	0,3
	Total	447	100,0	524	100,0	971	100,0

➤ **Attitude à l'égard de la COVID-19**

Plus de 80% des enquêtés sont d'accord que la COVID-19 existe en Côte d'Ivoire.

Aussi :

- 70,6% des enquêtés pensent qu'il est probable qu'ils puissent avoir la COVID-19
- 73,6% des enquêtés estiment qu'il est probable qu'un membre de leur famille puisse avoir la COVID-19
- 62,5% des enquêtés affirment que si quelqu'un de leur famille avait cette maladie, ce serait quelque chose de probablement grave

Cependant, 65,4% des enquêtés affirment ne pas connaître personnellement une personne atteinte de la COVID-19.

Tableau 13: Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la COVID-19

Caractéristiques		Région sanitaire					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Le COVID-19 existe en Côte d'Ivoire.	D'accord	360	78,3	449	83,1	809	80,9
	Pas d'accord	49	10,7	54	10,0	103	10,3
	Je ne sais pas	50	10,9	35	6,5	85	8,5
	Refuser	1	0,2	2	0,4	3	0,3
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Il est probable que je puisse avoir le COVID-19.	D'accord	355	77,2	351	65,0	706	70,6
	Pas d'accord	71	15,4	150	27,8	221	22,1
	Je ne sais pas	34	7,4	39	7,2	73	7,3
	Refuser	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Si j'avais le COVID-19, ce serait probablement une maladie grave.	D'accord	316	68,7	276	51,1	592	59,2
	Pas d'accord	109	23,7	214	39,6	323	32,3
	Je ne sais pas	34	7,4	49	9,1	83	8,3
	Refuser	1	0,2	1	0,2	2	0,2
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Il est probable qu'un membre de ma famille puisse avoir le COVID-19.	D'accord	357	77,6	379	70,2	736	73,6
	Pas d'accord	77	16,7	127	23,5	204	20,4
	Je ne sais pas	26	5,7	33	6,1	59	5,9
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Si quelqu'un de ma famille avait le COVID-19, ce serait probablement une maladie grave.	D'accord	319	69,3	306	56,7	625	62,5
	Pas d'accord	106	23,0	181	33,5	287	28,7
	Je ne sais pas	35	7,6	52	9,6	87	8,7
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Je connais personnellement quelqu'un qui a eu la COVID-19	D'accord	68	14,8	158	29,3	226	22,6
	Pas d'accord	313	68,0	341	63,1	654	65,4
	Je ne sais pas	78	17,0	41	7,6	119	11,9
	Refuser	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Je connais personnellement quelqu'un qui a été hospitalisé avec la COVID-19	D'accord	48	10,4	110	20,4	158	15,8
	Pas d'accord	334	72,6	387	71,7	721	72,1
	Je ne sais pas	78	17,0	43	8,0	121	12,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

• **Attitude des enquêtés relative à la vaccination contre la COVID-19**

Dans cette section, pour mesurer les attitudes des personnes interviewées à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 et à chercher les facteurs susceptibles d'expliquer ces attitudes un indice composite a été construit à partir de 14 questions (annexe 1).

L'indice d'attitude est compris entre 0 et 100%. Lorsque l'indice est :

Inférieur à 60% : L'attitude à l'égard des vaccins du COVID-19 est jugée négative

Compris entre 60% et 80% : L'attitude à l'égard des vaccins du COVID-19 est jugée moyennement positive

Supérieur à 80% : L'attitude à l'égard des vaccins contre la COVID-19 est jugée Positive.

○ **Attitudes des enquêtés selon la région sanitaire**

Les résultats de l'enquête indiquent que 23,6% des personnes enquêtées dans la région sanitaire d'Abidjan ont un score d'attitude élevé (score compris entre 80 et 100%). La proportion des participants ayant un score d'attitude élevé est plus importante dans la région sanitaire d'Abidjan 1 (29,1%) que dans la région d'Abidjan 2 (18,9%) (Pvalue test de proportion=0,000).

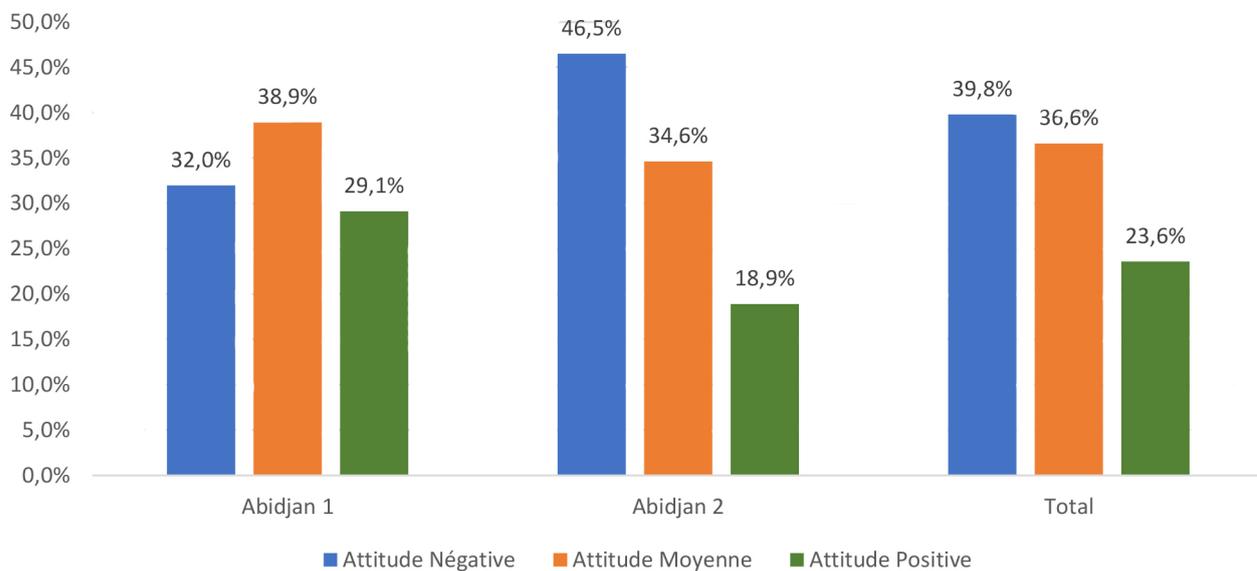


Figure 27: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par région sanitaire

○ Attitudes des enquêtés selon le sexe

Le sexe n'a aucune influence sur les attitudes en matière de COVID-19 (Khi_deux=1,156 ; Pvalue=0,561). La proportion des enquêtés ayant de bonnes attitudes est la même quel que soit le sexe.

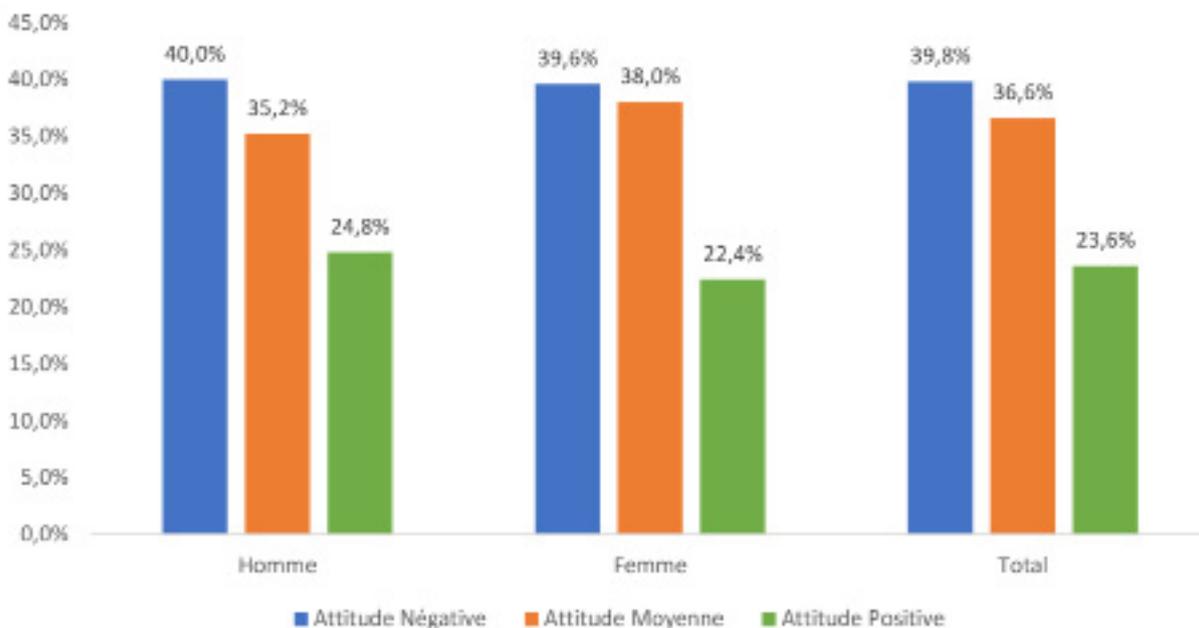


Figure 28: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon le sexe

○ Attitudes des enquêtés selon l'âge

L'analyse croisée entre l'âge et les attitudes en matière de COVID-19 montre qu'il n'y a pas de corrélation entre ces deux variables (Khi-deux=8,093 ; Pvalue=0,424). Ce qui traduit que la proportion des enquêtés ayant de bonnes attitudes est la même quelle que soit la tranche d'âge.

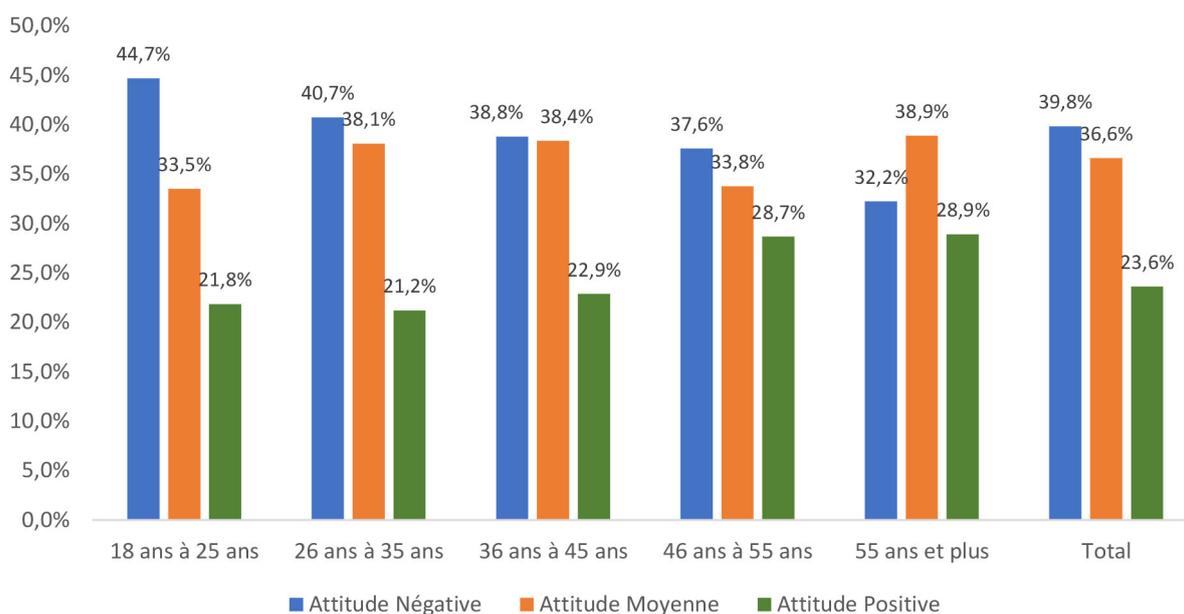


Figure 29: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon l'âge

o **Attitudes des enquêtés selon le niveau d'étude**

La proportion des enquêtés moins instruits (aucun niveau d'instruction) ayant de meilleures attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 (score compris entre 80 et 100%) est plus importante que celle des adultes ayant le niveau supérieur (Pvalue test de proportion =0,005). Plus le niveau d'instruction est élevé moins les attitudes à l'égard de la COVID-19 sont positives.

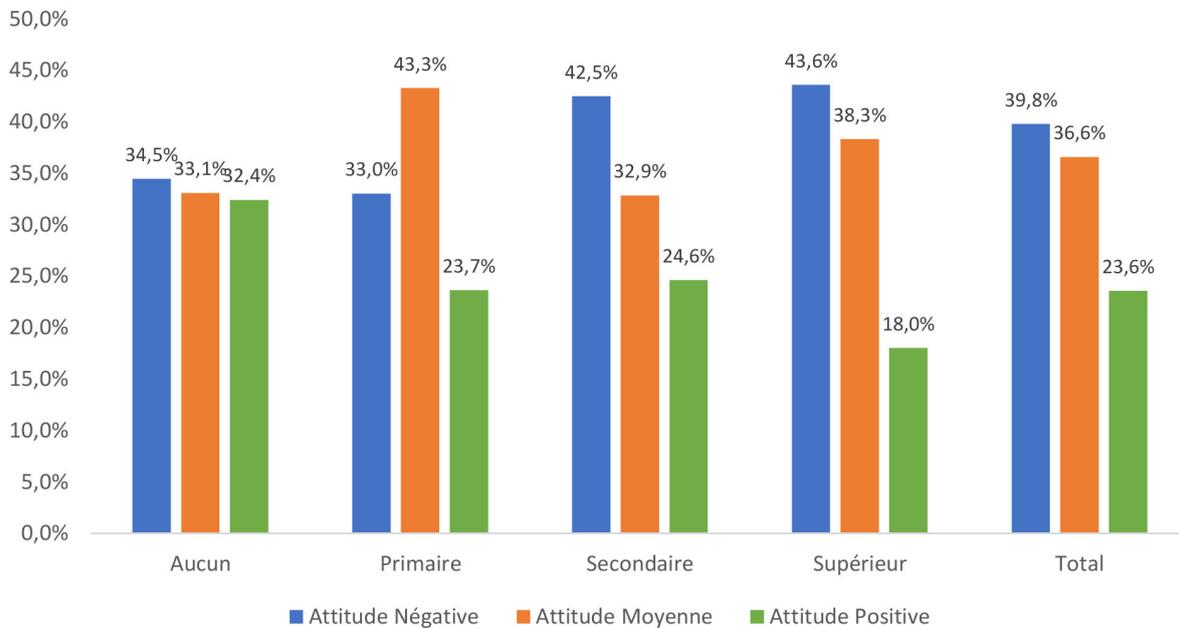


Figure 30: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins selon le niveau d'instruction

4.11 Pratiques relative à la COVID-19

- **Pratique générale des enquêtés**

En termes de pratiques en matière de prévention contre la COVID-19, les mesures barrières les plus suivies sont le lavage régulier des mains et le port du masque facial. En effet, plus de 96% des enquêtés ont affirmé se laver régulièrement les mains avec du savon et du désinfectant plus souvent et 89,4% ont affirmé porter un masque facial en public. Par ailleurs, les autres mesures barrières telles que la limitation des déplacements non essentiels et les rassemblements de foules sont respectées par 60% des répondants.

Tableau 14: Répartition des enquêtés selon leurs pratiques en matière de prévention contre la COVID-19

Pratiques face à la COVID		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Continuer votre vie comme vous l'avez toujours fait	Oui	346	75,2	266	49,3	612	61,2
	Non	114	24,8	272	50,4	386	38,6
	Refuser	0	0,0	2	0,4	2	0,2
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Se laver les mains avec du savon/un désinfectant plus souvent	Oui	445	96,7	515	95,4	960	96,0
	Non	15	3,3	24	4,4	39	3,9
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Gardez une distance d'un mètre avec les autres	Oui	275	59,8	198	36,7	473	47,3
	Non	185	40,2	341	63,1	526	52,6
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Porter un masque facial en public	Oui	430	93,5	464	85,9	894	89,4
	Non	30	6,5	75	13,9	105	10,5
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Eviter les déplacements non essentiels	Oui	302	65,7	312	57,8	614	61,4
	Non	158	34,3	226	41,9	384	38,4
	Refuser	0	0,0	2	0,4	2	0,2
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0
Évitez les grandes foules	Oui	298	64,8	298	55,2	596	59,6
	Non	162	35,2	241	44,6	403	40,3
	Refuser	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Total	460	100,0	540	100,0	1000	100,0

Hormis la distanciation physique (46%), plus de la moitié des enquêtés ont répondu mettre en pratique régulièrement (toujours ou fréquemment) les mesures barrières.

Tableau 15: Répartition des enquêtés selon la fréquence de prévention contre la COVID-19

Rubriques/Fréquences		Rubriques/Fréquences					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
A quelle fréquence vous nettoyez-vous les mains avec du savon ou du gel	Toujours	154	34,6	207	40,2	361	37,6
	Fréquemment	171	38,4	197	38,3	368	38,3
	Parfois	120	27,0	108	21,0	228	23,8
	Jamais	0	0,0	1	0,2	1	0,1
	Ne sait pas/ incertain	0	0,0	2	0,4	2	0,2
	Total	445	100,0	515	100,0	960	100,0
A quelle fréquence gardez-vous une distance de 1m ?	Toujours	21	7,6	32	16,2	53	11,2
	Fréquemment	92	33,5	72	36,4	164	34,7
	Parfois	161	58,5	92	46,5	253	53,5
	Jamais	0	0,0	1	0,5	1	0,2
	Ne sait pas/ incertain	1	0,4	1	0,5	2	0,4
	Total	275	100,0	198	100,0	473	100,0
A quelle fréquence portez-vous un masque facial ?	Toujours	88	20,5	120	25,9	208	23,3
	Fréquemment	160	37,2	190	40,9	350	39,1
	Parfois	181	42,1	154	33,2	335	37,5
	Jamais	1	0,2	0	0,0	1	0,1
	Total	430	100,0	464	100,0	894	100,0
A quelle fréquence évitez-vous les déplacements non essentiels ?	Toujours	80	26,5	73	23,4	153	24,9
	Fréquemment	99	32,8	97	31,1	196	31,9
	Parfois	120	39,7	138	44,2	258	42,0
	Jamais	3	1,0	3	1,0	6	1,0
	Ne sait pas/ incertain	0	0,0	1	0,3	1	0,2
	Total	302	100,0	312	100,0	614	100,0
A quelle fréquence évitez-vous les grandes foules ?	Toujours	68	22,8	66	22,1	134	22,5
	Fréquemment	103	34,6	105	35,2	208	34,9
	Parfois	124	41,6	126	42,3	250	41,9
	Jamais	3	1,0	1	0,3	4	0,7
	Total	298	100,0	298	100,0	596	100,0

- **Pratique des enquêtés**
 - **Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon la région sanitaire**

Les résultats de l'enquête indiquent que moins de la moitié (44,1%) des enquêtés ont une meilleure pratique en matière de prévention de la COVID-19. La proportion des enquêtés de la région d'Abidjan 1 ayant de meilleures pratiques en matière de

prévention contre la COVID-19 (57,2%) est significativement plus importante que celle des enquêtés de la région d'Abidjan 2 (33%) ayant de meilleures pratiques (Pvalue test de proportion =0,000).

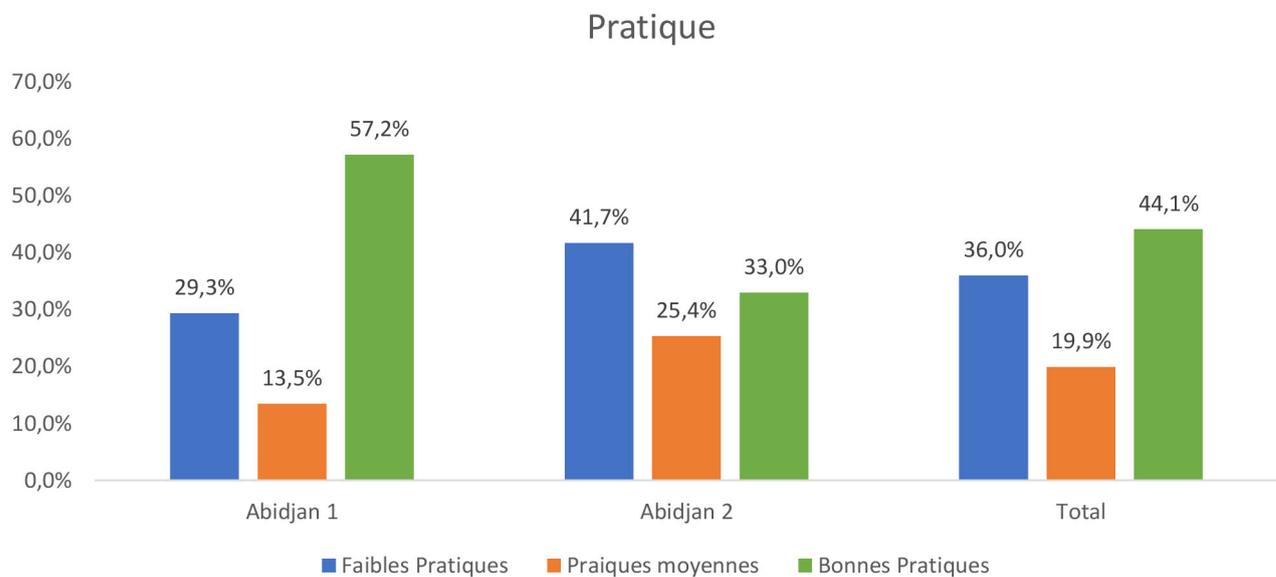


Figure 31: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon la région sanitaire

o **Pratiques des enquêtés selon le sexe**

Le sexe n'a aucune influence sur les pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 (Khi_deux=2,017 ; Pvalue=0,365). La proportion des enquêtés ayant de bonnes pratiques est la même quel que soit le sexe.

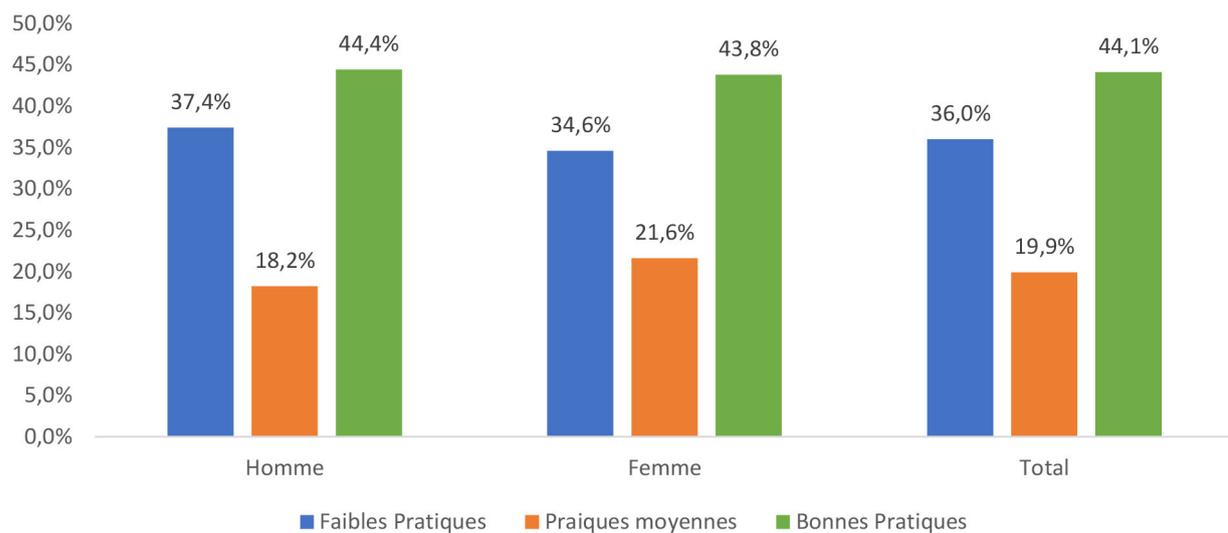


Figure 32: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon le sexe

o **Pratiques des enquêtés selon l'âge**

La proportion des personnes ayant un score de pratique élevé est passée de 32,5% chez les enquêtés de 18 à 25 ans à 66,7% chez les enquêtés de 55 ans et plus. La proportion des enquêtés de 36 à 45 ans ayant une bonne pratique est plus importante que celle des enquêtés de 18 à 25 ans (Pvalue test de proportion=0,019). Aussi, les résultats des tests de proportion révèlent que les enquêtés de 55 ans et plus ont une meilleure pratique que les enquêtés de 18 à 25 ans (Pvalue test de proportion=0,000). Les bonnes pratiques en matière de prévention face à la COVID-19 augmentent avec

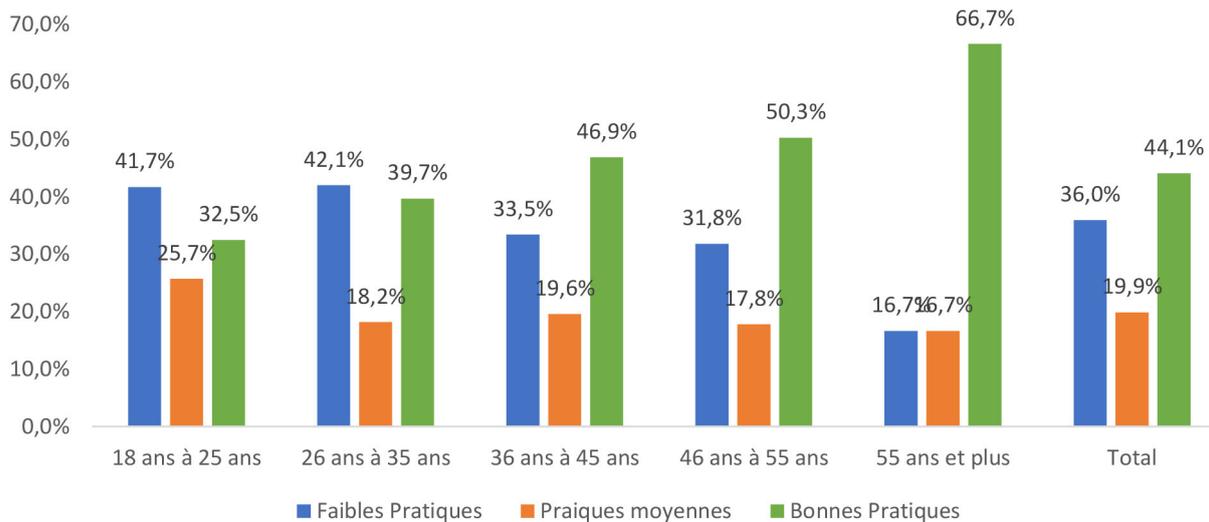


Figure 33: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon l'âge

o **Pratiques des enquêtés selon le niveau d'instruction**

La proportion des enquêtés de niveau d'étude supérieur ayant de meilleures pratiques (38,7%) (Score d'indice compris entre 80 et 100%) est relativement plus élevé que la proportion des enquêtés n'ayant aucun niveau d'étude (37,8%). Mais cet écart n'est pas significatif.

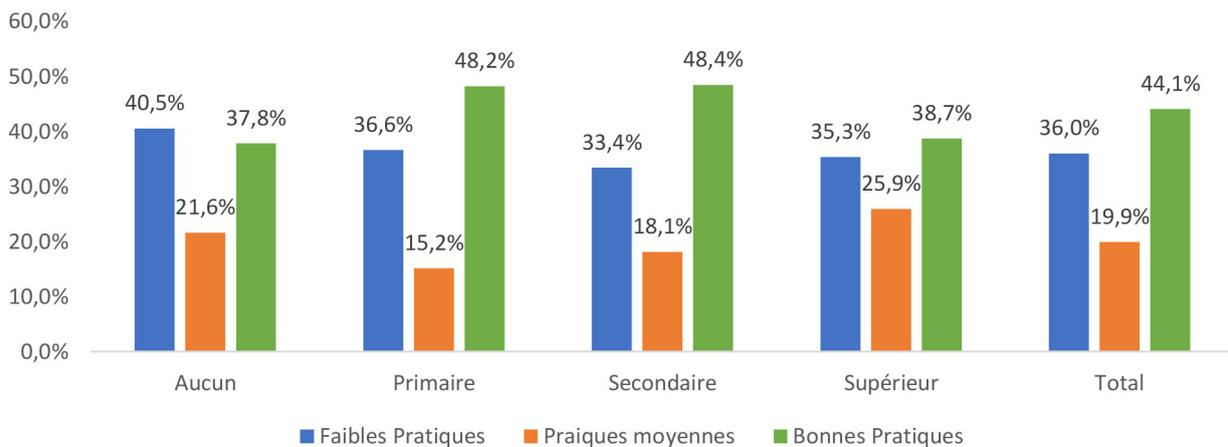


Figure 34: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon le niveau d'instruction

4.12 Normes sociales et auto-efficacité à l'égard des vaccins contre la COVID-19

92,3% des répondants ont affirmé savoir comment obtenir le vaccin s'ils le voulaient. Plus de 89% ont affirmé que les gens comme eux reçoivent le Vaccin COVID-19. Par ailleurs, un peu plus du quart soutient que les personnes qui sont importantes pour eux pensent qu'ils devraient recevoir le vaccin COVID-19.

Tableau 16: Répartition des enquêtés selon les normes sociales et l'auto-efficacité à l'égard de la vaccination contre la COVID-19

Caractéristiques		Région sanitaire					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Si je voulais obtenir le vaccin COVID-19, je saurais comment l'obtenir.	D'accord	403	90,2	493	94,1	896	92,3
	Pas d'accord	11	2,5	8	1,5	19	2
	Je ne sais pas	18	4	20	3,8	38	3,9
	Refuser	15	3,4	3	0,6	18	1,9
	Total	447	100	524	100	971	100
Les gens comme moi reçoivent le vaccin COVID-19.	D'accord	409	91,5	462	88,2	871	89,7
	Pas d'accord	21	4,7	43	8,2	64	6,6
	Je ne sais pas	16	3,6	19	3,6	35	3,6
	Refuser	1	0,2	0	0	1	0,1
	Total	447	100	524	100	971	100
Les personnes qui sont importantes pour moi pensent que je devrais recevoir le vaccin COVID-19.	D'accord	353	79	401	76,5	754	77,7
	Pas d'accord	69	15,4	98	18,7	167	17,2
	Je ne sais pas	25	5,6	24	4,6	49	5
	Refuser	0	0	1	0,2	1	0,1
	Total	447	100	524	100	971	100

4.13 Exposition aux informations relatives à la COVID-19

- **Informations des enquêtés relatives à la COVID-19**

Ils sont plus nombreux les enquêtés qui ont répondu n'avoir rien vu ou entendu sur la COVID-19 au cours des 30 derniers jours. En effet, 49% des répondants ont affirmé n'avoir rien vu ou entendu des informations relatives à cette maladie au cours des 30 derniers jours. Par ailleurs, 29,3% ont affirmé avoir entendu des informations de promotion sur la vaccination, 13,9% des informations sur les symptômes de la maladie et 12,4% des informations sur le mode de propagation de cette maladie.

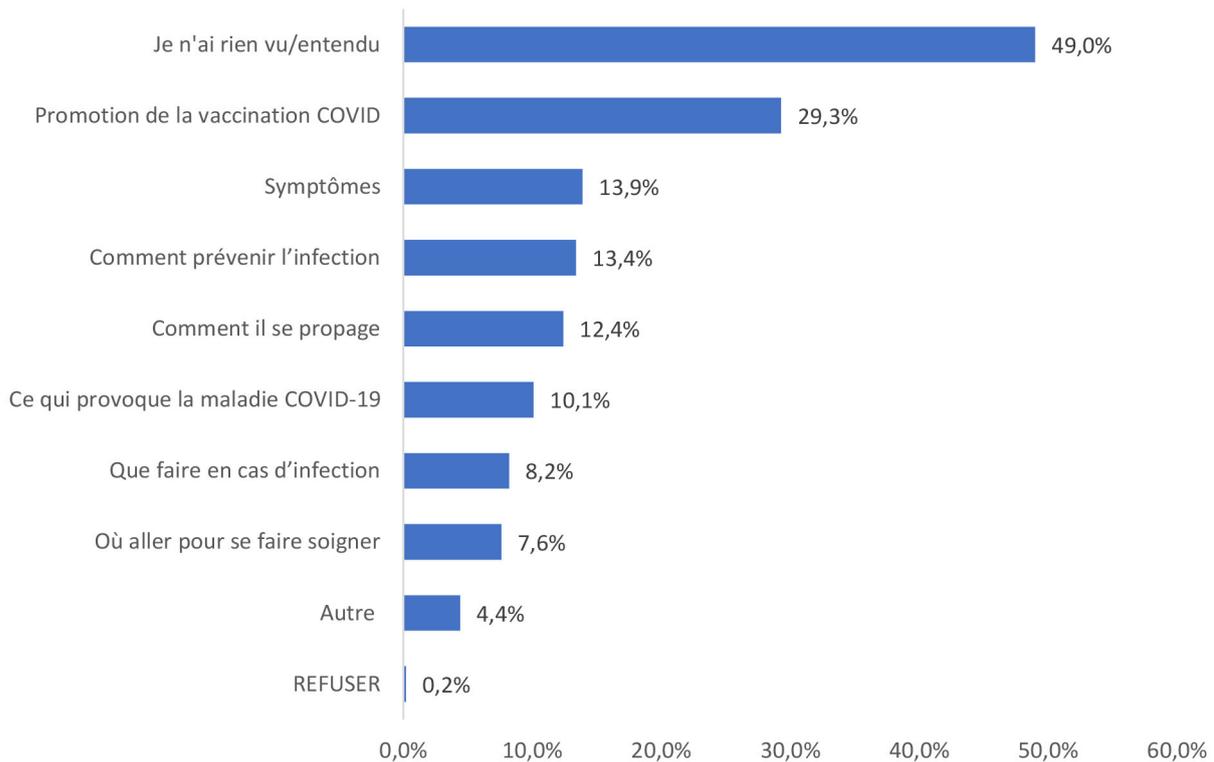


Figure 35: Répartition des enquêtés selon les informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours

- **Fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-19**

Plus de la moitié (52%) des enquêtés ayant été exposés aux informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours, ont affirmé avoir entendus/vues ces informations plus de 10 fois.

Tableau 17: Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-19

Caractéristiques		Région sanitaire					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Total	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
Fréquences d'exposition aux informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours	1-5 fois	37	14,7	52	20,2	89	17,5
	5 à 10 fois	37	14,7	52	20,2	89	17,5
	Plus de 10 fois	146	57,9	119	46,1	265	52,0
	Il varie selon le message	27	10,7	22	8,5	49	9,6
	Je ne sais pas	3	1,2	13	5,0	16	3,1
	REFUSER	2	0,8	0	0,0	2	0,4
	Total	252	100,0	258	100,0	510	100,0

- **Canal souhaité par les enquêtés pour la réception des informations sur la COVID-19**

La télévision nationale constitue le principal canal souhaité pour recevoir les informations sur la COVID-19. Ainsi, plus de 80% des enquêtés souhaitent recevoir les informations via ce canal d'information. Les réseaux sociaux viennent en second position avec 37,1%. Par ailleurs 14,8% des enquêtés souhaiteraient recevoir les informations à travers la communication interpersonnelle (leaders communautaires, leaders religieux et les proches).

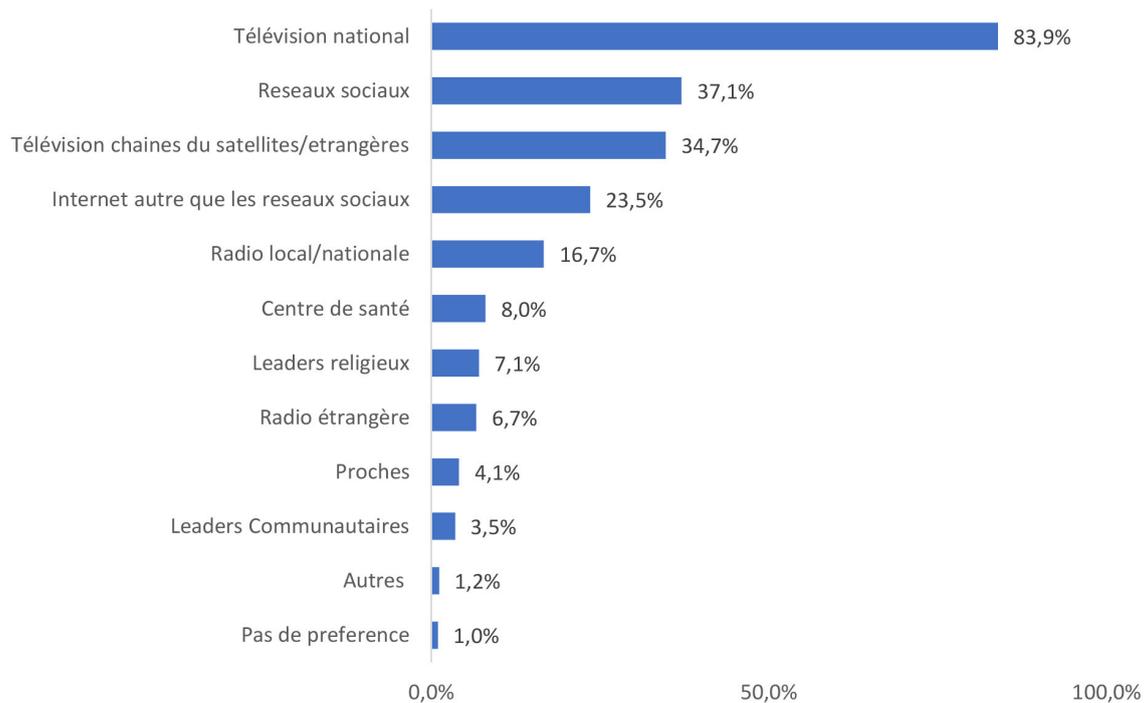


Figure 36: Répartition des enquêtés selon le canal souhaité pour recevoir les informations sur la COVID-19

4.14 Analyse des déterminants explicatifs de la vaccination contre la COVID-19

Cette section identifie les déterminants socio-démographiques des individus enquêtés et les déterminants du comportement (connaissances, attitudes, normes sociales perçues) liés à l'intention de se faire vacciner ou d'avoir déjà été vacciné (comportement). Les déterminants de l'intention de se faire vacciné/ou d'être vacciné contre la COVID-19 ont été mis en exergue à partir d'une régression logistique.

La régression logistique binaire ou modèle Logit binaire utilisée dans le cadre de cette analyse permet d'expliquer une variable qualitative binaire à réponse dichotomique¹ de type « oui / non », ou « vrai / faux », en fonction de variables explicatives qui elles peuvent être qualitatives et quantitatives. Ce modèle permet de mesurer l'association entre la survenue d'un évènement (variable expliquée qualitative) et les facteurs susceptibles de l'influencer (variables explicatives), (cf. Annexe 2).

¹ À deux modalités

Principale conclusion : L'âge, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et les bonnes pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 augmentent la probabilité de se faire vacciner contre la COVID-19 chez les enquêtés. Cependant, le niveau d'instruction, influence négativement la décision de se faire vacciner chez les enquêtés. Plus le niveau d'instruction est élevé, plus la probabilité de se faire vacciner diminue.

Au regard des résultats du tableau ci-dessous, cinq (05) facteurs sont susceptibles d'expliquer la vaccination contre la COVID-19 chez les enquêtés dans le cadre de cette étude. Il s'agit de l'âge, du niveau d'instruction, de la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, de l'attitude à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et des pratiques en matière de prévention contre la COVID-19. Tous ces facteurs ont des coefficients statistiquement significatifs au seuil de 5%.

En effet, au fur et à mesure que l'âge augmente, les personnes enquêtées ont une probabilité plus grande de se faire vacciner en témoignent les Odds Ratios calculés. Pour preuve, les enquêtés de 26 à 35 ans sont 1,85 fois plus susceptibles d'être vaccinés par rapport à ceux de 18 à 25 ans. Par ailleurs, les enquêtés de 36 à 45 ans et ceux de 46 à 55 ans sont quant à eux respectivement 2,88 et 3,16 fois plus susceptibles de se faire vacciner par rapport à ceux de 18 à 25 ans. Enfin, pour les enquêtés de 55 ans et plus, la probabilité de se faire vacciner est six (06) fois beaucoup plus grande que ceux de la tranche 18-25 ans.

Le niveau d'instruction influence négativement la probabilité d'être vacciné contre la COVID-19. Plus le niveau d'étude est élevé, plus la probabilité que l'enquêté se fasse vacciner diminue. La confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination contre la COVID-19 s'affiche comme un facteur clé dans la prise de décision de se faire vacciner chez les enquêtés. Les résultats révèlent que les enquêtés qui ont complètement confiance aux prestataires de santé sont 7 fois plus susceptibles (Odds Ratio) de se faire vacciner que ceux qui n'ont pas confiance aux personnels de santé.

Les enquêtés ayant de très bonnes attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 sont au moins 2,62 fois plus susceptibles (Odds Ratio) de se faire vacciner contrairement à ceux ayant une attitude jugée faible à l'égard des vaccins contre la COVID-19. Enfin, les pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 semblent aussi expliquer la vaccination chez les enquêtés. Plus l'enquêté a de bonnes pratiques en matière de prévention contre la COVID-19, plus sa probabilité de se faire vacciner contre cette maladie augmente.

Par ailleurs, l'analyse de l'influence des déterminants psychosociaux sur le fait d'être vacciné contre la COVID-19 montre que les personnes qui étaient d'accord avec les déclarations suivantes étaient significativement plus susceptibles de se faire vacciner contre le COVID-19 que les personnes qui n'étaient pas d'accord ou les personnes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas : Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr ; Les remèdes locaux ne sont pas efficaces pour prévenir la COVID-19 que le vaccin contre la COVID-19 ; Les autorités n'ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19 ; Les autorités ont fait un travail de communication

avec le public sur le vaccin ; Préférer recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19 ; et Avoir le COVID-19 serait probablement une maladie grave. Ce sont probablement ces déterminants qui sont à l'origine de la corrélation significative globale entre les attitudes et le comportement de vaccination contre le COVID-19.

Aussi, l'examen des fréquences de chacun de ces éléments d'attitude, permet de constater qu'entre 12% et 62% des répondants sont en désaccord ou répondent qu'ils ne savent pas. Cela suggère qu'il est possible de faire évoluer la population en Côte d'Ivoire sur ces déterminants et que des améliorations de ces déterminants pourraient conduire à une augmentation de l'adoption de la vaccination.

Tableau 18: Facteurs influençant la vaccination contre la COVID-19

Vaccination au schéma complet	Odds Ratio	z	Pvalue	[Intervalle de confiance]
Région sanitaire (Abidjan 1)				
Abidjan 2	0,86	- 0,87	0,39	[0,6 - 1,22]
Tranche d'âge (18 ans à 25 ans)				
26 ans à 35 ans	1,85	2,01	0,05	[1,01 - 3,37]
36 ans à 45 ans	2,88	3,46	0,00	[1,58 - 5,25]
46 ans à 55 ans	3,16	3,54	0,00	[1,67 - 5,98]
55 ans et plus	6,70	5,24	0,00	[3,29 - 13,65]
Sexe (Homme)				
Femme	0,72	- 1,86	0,06	[0,51 - 1,02]
Niveau d'instruction (Aucun niveau)				
Primaire***	0,66	- 1,58	0,11	[0,39 - 1,1]
Secondaire***	0,41	- 3,50	0,00	[0,25 - 0,68]
Supérieur***	0,47	- 2,74	0,01	[0,28 - 0,81]
REFUSER	2,42	0,60	0,55	[0,13 - 44,8]
Antécédent médical (Oui)				
Non	1,36	1,11	0,27	[0,79 - 2,35]
Infection à la COVID - 19 ou connaissance de personne infectée (Oui)				
Non	0,45	- 1,60	0,11	[0,17 - 1,2]
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,34	- 1,33	0,18	[0,07 - 1,67]
Confiance aux prestataires de santé (Pas du tout)				
Quelque peu***	4,99	2,13	0,03	[1,14 - 21,79]
Complètement***	7,22	2,68	0,01	[1,7 - 30,66]
Connaissance du vaccin (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%	3,32	1,10	0,27	[0,39 - 28,51]
Entre 80 et 100%	4,46	1,41	0,16	[0,56 - 35,75]
Attitude à l'égard des vaccins COVID - 19 (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%***	2,39	4,26	0,00	[1,6 - 3,57]
Entre 80 et 100%***	2,62	3,20	0,00	[1,45 - 4,73]
Pratique en matière de prévention contre la COVID - 19 (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%	1,14	0,51	0,61	[0,69 - 1,9]
Entre 80 et 100%	1,63	2,32	0,02	[1,08 - 2,46]
_cons	0,01	- 3,46	0,00	[0,00 - 0,12]

*** Significatif au seuil de 5%

4.15 Analyse des facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner

Principale conclusion : La confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination et les bonnes attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 augmentent l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 chez les enquêtés. Par contre, le niveau d'instruction, influence négativement l'intention de se faire vacciner, plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu a l'intention de se faire vacciner.

Concernant ces attitudes, il ressort que les personnes qui sont d'accord avec les déclarations suivantes étaient significativement plus susceptibles d'avoir l'intention de se faire vacciner contre le COVID-19 que les personnes qui ne sont pas d'accord et, dans la plupart des cas, les personnes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas : Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr ; Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19 ; Les personnes qui sont importantes pour vous pensent que vous devriez recevoir le vaccin COVID-19 ; et Vous préférez recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause de COVID-19.

Les résultats consignés dans le tableau ci-dessous montrent que l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 est expliquée par trois (03) variables que sont le niveau d'instruction, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination et les attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19. Toutes ces variables sont significatives au seuil de 5%.

Le niveau d'instruction est corrélé négativement à l'intention de se faire vacciner. En effet, l'intention de se faire vacciner chez les enquêtés ayant le niveau d'étude primaire est plus faible (Odds Ratio =0,42 ; IC= [0,22 – 0,80]) comparativement aux enquêtés n'ayant aucun niveau d'étude. En ce qui concerne la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les enquêtés ont une intention beaucoup plus grande de se faire vacciner à mesure que leur degré de confiance aux prestataires de santé est grand. Les enquêtés ayant totalement confiance ont 4,89 fois plus d'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 comparativement à ceux qui n'ont pas confiance aux prestataires de soins. Aussi, ceux qui ont quelques peu confiances, ont 2,46 fois plus de d'intention que ceux n'ayant pas du tout confiance.

Enfin, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins COVID-19 influencent positivement l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. Les enquêtés ayant une très bonne attitude ont neuf (09) fois plus d'intention de se faire vacciner comparativement à ceux dont l'attitude est jugée faible.

Tableau 19: Facteurs influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19

Intention de se faire vacciner contre la COVID-19	Odds Ratio	z	Pvalue	[Intervalle de confiance]
Région sanitaire (Abidjan 1)				
Abidjan 2	1,15	0,75	0,46	[0,8 - 1,66]
Tranche d'âge (18 ans à 25 ans)				
26 ans à 35 ans	0,97	-0,13	0,90	[0,6 - 1,56]
36 ans à 45 ans	0,83	-0,69	0,49	[0,5 - 1,4]
46 ans à 55 ans	1,50	1,27	0,20	[0,8 - 2,8]
55 ans et plus	1,36	0,72	0,47	[0,59 - 3,13]
Sexe (Homme)				
Femme	0,90	-0,55	0,58	[0,63 - 1,3]
Niveau d'instruction (Aucun niveau)				
Primaire	1,03	0,07	0,94	[0,53 - 1,99]
Secondaire***	0,53	-2,03	0,04	[0,29 - 0,98]
Supérieur***	0,42	-2,64	0,01	[0,22 - 0,8]
Refuser	0,48	-0,67	0,50	[0,06 - 4,09]
Antécédent médical (Oui)				
Non	1,16	0,49	0,63	[0,64 - 2,08]
Je ne sais pas/ Pas sûr	1,37	0,33	0,74	[0,22 - 8,48]
Infection à la COVID-19 ou connaissance de personne infectée (Oui)				
Non	0,49	-0,84	0,40	[0,09 - 2,6]
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,58	-0,53	0,60	[0,08 - 4,33]
Confiance aux prestataires de santé (Pas du tout)				
Quelque peu***	2,46	2,65	0,01	[1,26 - 4,79]
Complètement***	4,89	4,89	0,00	[2,59 - 9,25]
Connaissance du vaccin (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%	0,91	-0,17	0,86	[0,33 - 2,53]
Entre 80 et 100%	1,32	0,56	0,57	[0,51 - 3,42]
Attitude à l'égard des vaccins COVID-19 (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%***	7,64	10,32	0,00	[5,19 - 11,24]
Entre 80 et 100%***	9,60	5,47	0,00	[4,27 - 21,61]
Pratique en matière de prévention contre la COVID-19 (Moins de 60%)				
Entre 60 et 80%***	1,57	1,82	0,07	[0,97 - 2,56]
Entre 80 et 100%	1,13	0,59	0,56	[0,75 - 1,72]
_cons	0,35	-0,97	0,33	[0,04 - 2,89]

*** Significatif au seuil de 5%

Afin de mieux affiner la stratégie de communication pour l'acceptation du vaccin, une analyse a été faite pour comprendre quelles déterminants psychosociaux influencent l'intention de se faire vacciner. Le tableau 20 et 21 en annexe 3 résume les résultats de cette régression.

En examinant les éléments de connaissances individuels et leur influence sur l'intention de faire le vaccin, il ressort que les personnes qui ont une bonne connaissance des lieux

de vaccination ont plus l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, et ceux qui ont une connaissance erronée de la cible influence négativement l'intention de se faire vacciner.

Aussi, l'analyse des éléments d'attitude individuels et leur association avec l'intention, montre que les personnes qui sont d'accord avec les déclarations suivantes étaient significativement plus susceptibles d'avoir l'intention de se faire vacciner contre le COVID-19 que les personnes qui ne sont pas d'accord et, dans la plupart des cas, les personnes qui ont répondu qu'elles ne savaient pas : Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr ; Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19 ; Les personnes qui sont importantes pour vous pensent que vous devriez recevoir le vaccin COVID-19 ; et Vous préférez recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause de COVID-19. Ce sont probablement ces déterminants psychosociaux qui sont à l'origine de la corrélation significative globale entre les attitudes et l'intention de se faire vacciner contre le COVID-19.

Aussi, l'examen des fréquences de chacun de ces éléments d'attitude, permet de constater qu'entre 35% et 54% des répondants sont en désaccord ou répondent qu'ils ne savent pas. Cela suggère qu'il est possible de faire évoluer la population en Côte d'Ivoire sur ces déterminants et que des améliorations de ces déterminants pourraient conduire à une augmentation des intentions de se faire vacciner, ce qui pourrait conduire à une augmentation de l'adoption de la vaccination. Les autres déterminants et la plupart des items de connaissances n'étaient pas significativement associés à l'intention de se faire vacciner contre le COVID-19.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

Au niveau des connaissances, les résultats de cette étude révèlent que la quasi-totalité des enquêtés ont affirmé avoir eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19 (97,1%), ce vaccin est facile d'accès et gratuit (95%) et se déroulent dans les centres de santé (67,5%) et les centres d'accueil COVID-19 (37,3%). Bien que la vaccination ne déroule pas dans les centres d'accueil COVID-19, certains enquêtés les ont considérés comme étant des sites de vaccination.

Ces résultats pourraient être expliqués par les actions d'information et de sensibilisation sur la maladie et sur les vaccins contre la COVID-19. En effet, depuis janvier 2020, le gouvernement a entrepris plusieurs actions d'information et de sensibilisation sur les moyens de prévention de la maladie (media, réseaux sociaux, hotline, campagne et caravane de sensibilisation, rencontre d'information avec les leaders communautaire, religieux, élus locaux et les autorités administratives etc.).

Le niveau de connaissance augmente avec l'âge et le niveau d'instruction des enquêtés. Le niveau de connaissance ne varie pas significativement selon le sexe. Ce résultat est confirmé par Mamadou Makhtar et al [11], citant plusieurs études ayant montré le fait que le niveau de connaissance augmente avec le niveau d'instruction.

Au niveau de la perception et des attitudes à l'égard du vaccin contre la COVID-19, l'étude révèle qu'environ deux tiers (2/3) des enquêtés ont confiance aux prestataires en charge de la vaccination. De même, SSHAP [10], à travers une synthèse des résultats de plusieurs études sur la COVID-19, confirme le fait qu'il « existe une certaine relation entre la confiance globale des populations vis-à-vis des autorités (y compris des établissements médicaux), leur satisfaction à l'égard de la riposte nationale contre la COVID-19 et l'acceptation des vaccins ».

Concernant le fait de se faire vacciner, l'étude révèle que plus du tiers (36%) des enquêtés a reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19. Plus de la moitié (58%) d'entre eux, ont reçu deux doses de vaccins contre 42% qui n'ont reçu qu'une seule dose. Parmi ceux ayant reçu une seule dose, 82% ont l'intention de faire une deuxième dose tandis que 7% ont l'intention de ne pas faire la deuxième dose. La peur des effets secondaires constituait la principale raison exprimée par ceux n'ayant pas l'intention de faire une deuxième dose.

Près de deux tiers des enquêtés (63%) n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19 ; 58% d'entre eux avaient l'intention de se faire vacciner tandis que 30% n'ont pas l'intention de le faire. Ces résultats sont corroborés par d'autres études : Desclaux [2] a rapporté un taux de refus du vaccin contre la COVID-19 de 62% en Afrique de l'Ouest. De même, Jerome Nyhalah Dinga et al [5] ont rapporté un taux de refus du vaccin contre la COVID-19 au Cameroun de 84,6%. Cependant, John D. Ditekemena et al [6] et Lauren McAbee et al [7] ont trouvé respectivement des taux d'acceptation du vaccin contre la COVID-19 de 55,9% en République Démocratique



du Congo et de 55,7% au Zimbabwe tous ces résultats sont corroborés par la synthèse faite par SSHAP [10] qui a rapporté que « Les niveaux d'acceptation les plus faibles ont été signalés dans certains pays francophones d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ». Les principales raisons évoquées sont : (i) le fait que les vaccins ne soient pas sûrs ; (ii) le manque de confiance au gouvernement et aux fournisseurs de vaccins ; (iii) l'observation des premiers vaccinés avant de se faire vacciner ; (iv) le fait de se sentir en très bonne santé, d'avoir aucune crainte face à la COVID-19 ; (v) le fait de ne pas croire à la COVID-19 et (vi) le fait de ne pas se considérer apte à se faire vacciner à cause de son état de santé, etc. Ces raisons sont la plupart liées à de la désinformation. Ces raisons évoquées sont confirmées par plusieurs autres études dont celle réalisée par le CORAF au Sénégal [1], l'étude du Pr. Desclaux en Afrique de l'Ouest [2], celle de John D. Ditekemena réalisée en RDC [6] et la revue documentaire réalisée par le SSHAP [10].

Concernant l'exposition aux « fausses informations reçues », l'étude révèle qu'un peu plus de la moitié (51%) des enquêtés ont été exposés aux « fausses informations » suivantes : (i) le vaccin est destiné à tuer et à réduire la population ; (ii) il peut provoquer de l'infertilité et d'autres problèmes de santé reproductive ; (iii) les vaccins sont faux et ne fonctionnent pas ; (iv) les vaccins ont plusieurs effets secondaires et peuvent tuer ; (v) le vaccin permet d'implanter une puce dans le corps afin de permettre au gouvernement de nous suivre ; (vi) le vaccin ne contribue pas à protéger les sujets vaccinés ; (vii) le vaccin peut vous infecter de la COVID et d'autres virus comme le VIH et la Maladie à Virus Ébola (MVE) ; (viii) le vaccin est la marque de la bête (ou autre objection religieuse). Ces fausses informations reçues sont confirmées par plusieurs autres études citées plus haut [1], [2], [6], [10].

Concernant les attitudes de la population à l'égard des vaccins contre la COVID-19, plus de 60% des individus reconnaissent l'efficacité du vaccin pour prévenir la COVID-19 contrairement aux remèdes locaux et deux tiers (2/3) estiment que le vaccin est sûr.

Selon l'étude, plus le niveau d'instruction est élevé moins les attitudes à l'égard de la COVID-19 sont bonnes. En effet, l'étude a révélé que les personnes plus instruites sont beaucoup plus exposées aux fausses informations que les personnes n'ayant aucun niveau d'étude. Au fur et à mesure que le niveau d'étude augmente, la proportion de personnes exposées aux fausses informations augmente. En effet, 43,3% de personnes n'ayant aucun niveau d'étude ont affirmé avoir entendu des fausses informations sur le vaccin COVID-19, cette proportion est estimée à 48,2% chez les personnes de niveau primaire, 53,5% chez les personnes de niveau secondaire et à 54% chez les personnes de niveau supérieur. Les personnes plus instruites ont une grande accessibilité aux réseaux sociaux qui est le vecteur privilégié des rumeurs et fausses informations.

Mais les attitudes ne varient pas significativement selon le sexe et l'âge.

Au niveau des pratiques à l'égard de la COVID-19, en matière de prévention, l'étude révèle que les mesures barrières sont pratiquées par les populations : (i) se laver/nettoyer régulièrement les mains avec du savon / gel hydro alcoolique (96%) ; (ii) porter un masque facial en public (89,4%) ; (iii) limiter les déplacements non essentiels et les rassemblements de foules (60%). Ces résultats sont confirmés par l'étude de PERC



[9], qui rapporte que 96 % des enquêtés disposent d'un masque prêt à l'emploi, 91 % reconnaissent que le port du masque peut éviter la propagation du virus et 85 % déclarent avoir porté un masque au cours de la semaine précédente.

Les bonnes pratiques face à la COVID-19 augmentent avec l'âge mais pas significativement avec le niveau d'instruction.

Au niveau de l'exposition aux informations liées au vaccin contre la COVID-19, La télévision nationale constitue le principal canal pour recevoir des informations (84%), les réseaux sociaux (37%), autres chaînes satellite / étrangères (35%), internet autre que les réseaux sociaux (24%), radios nationales/locales (17%), la communication interpersonnelle (14,8%) etc. Plusieurs autres études relèvent ces mêmes canaux d'information [6], [7].

Au niveau des facteurs explicatifs de la vaccination ou de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, selon les résultats de l'étude, portant sur les facteurs influençant la vaccination chez les enquêtés déjà vaccinés ou les facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner, cinq (05) facteurs sont susceptibles de les expliquer : L'âge, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 et les bonnes pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 augmentent la probabilité de se faire vacciner. Cependant, le niveau d'instruction, influence négativement l'intention et la décision de se faire vacciner. Plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'enquêté est susceptible de se faire vacciner. La corrélation entre la décision ou l'intention de vaccination et les caractéristiques démographiques de l'individu n'est pas clairement établie et est parfois contradictoire. En effet, le rapport de revue documentaire de SSHAP [10] révèle que «...les facteurs démographiques n'ont pas eu d'incidence manifeste sur l'acceptation des vaccins...il pourrait y avoir une acceptation plus élevée parmi les populations plus âgées comparativement aux groupes d'âge plus jeunes, un revenu plus élevé et des niveaux d'instruction plus élevés sont également généralement liés à une acceptation plus élevée ». De même, l'étude réalisée en RDC [6] révèle que : « ...l'appartenance à une catégorie de revenus moyens et élevés était associée à une volonté accrue de vaccination contre la COVID-19, peut-être en raison d'un meilleur accès à des informations de haute qualité... ».

D'autres facteurs explicatifs comme le fait de croire à l'existence du virus de la COVID-19 et le fait d'avoir une acceptation communautaire de la vaccination, révélés par l'étude en RDC [6], influencent la décision de l'individu de se faire vacciner. Les facteurs comme la confiance dans le vaccin, le fait d'être un chef de ménage homme et le niveau d'instruction élevé et le fait d'avoir identifié le port de masque comme étant une mesure barrière, révélés par l'étude au Zimbabwe [7], influencent la décision de l'individu de se faire vacciner.

CONCLUSION

L'étude réalisée sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) dans le cadre de la prévention de la COVID-19 en Côte d'Ivoire auprès des populations du District Autonome d'Abidjan, a pour objectif général d'explorer les perceptions liées aux vaccins contre la COVID-19 et les obstacles potentiels à l'acceptation d'un vaccin.

Cette étude a permis d'évaluer le niveau de connaissance des populations, ainsi que leur attitude et leur pratique en matière de prévention et à l'égard du vaccin contre la COVID-19.

Au niveau des connaissances, les résultats de cette étude révèlent un très bon niveau de connaissance de l'existence, de la disponibilité et de la gratuité du vaccin. En outre, l'étude révèle un bon niveau de connaissance des cibles à faire vacciner et de l'existence des différents sites de vaccination contre la COVID-19. Le niveau de connaissance augmente avec l'âge et le niveau d'instruction des personnes enquêtées.

Au niveau des attitudes à l'égard du vaccin contre la COVID-19, l'étude révèle un assez bon niveau d'acceptation du vaccin car plus du tiers (1/3) de la population enquêtée a déjà reçu au moins une dose du vaccin parmi ceux-ci environ trois personnes sur cinq (3/5) ont déjà reçu une 2^{ème} dose. Plus de quatre cinquièmes (4/5) des personnes ayant reçu une 1^{ère} dose, ont l'intention de faire une 2^{ème} dose du vaccin. Toutefois, la peur d'éventuels effets secondaires du vaccin constitue l'un des obstacles à l'acceptation de la 2^{ème} dose. De même, trois cinquièmes (3/5) des individus n'ayant pas encore reçu de vaccin, ont l'intention de se faire vacciner.

Les fausses idées reçues sur le vaccin, le sentiment d'invulnérabilité face à la maladie, la conviction d'une apparente efficacité des remèdes locaux contre la maladie, la prudence face à des vaccins développés dans l'urgence, et le manque de confiance aux autorités sanitaires et politiques restent des obstacles importants à la vaccination. Par ailleurs, les attitudes à l'égard de la COVID-19 sont influencées par le niveau d'instruction.

Au niveau des pratiques de prévention à l'égard de la COVID-19, l'étude révèle que les mesures barrières édictées par l'Organisation Mondiale de la Santé et le Ministère en charge de la santé sont pratiquées par les populations : se laver/nettoyer régulièrement les mains avec du savon / gel hydro alcoolique ; (ii) porter un masque facial en public ; (iii) limiter les déplacements non essentiels et les rassemblements de foules. Le respect et l'observation de ces mesures augmentent avec l'âge des individus.

Au niveau des déterminants de la vaccination ou de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19, l'étude révèle que l'âge des individus, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins et les bonnes pratiques en matière de prévention augmentent la probabilité de se faire vacciner. Cependant, plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu est susceptible de se faire vacciner. Aussi, il ressort que certaines attitudes comme le fait de

ne pas être d'accord ou ne pas savoir que le vaccin est sûr, est efficace pour prévenir les décès dus à la COVID-19, préfère tomber malade plutôt que de recevoir le vaccin.

Au regard de ces résultats, il convient de formuler des recommandations suivantes aux différents acteurs intervenant dans la prévention et la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire en vue d'actualiser la stratégie de communication pour une meilleure acceptation des vaccins contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Il s'agira de :

- Vulgariser les connaissances de base sur les vaccins contre la COVID-19 : processus de recherches, de fabrication, de tests, d'accréditation et de d'approvisionnement afin d'améliorer ainsi le niveau de confiance des individus à l'égard des vaccins contre la COVID-19
- Segmenter les populations selon la tranche d'âge, le niveau d'étude et le milieu de résidence et adapter les messages de sensibilisation à adresser à chaque sous-groupe identifié ;
- Continuer d'insister sur le respect systématique et correct des mesures barrières édictées par l'Organisation Mondiale de la Santé et du Ministère en charge de la santé en matière de prévention contre la COVID-19 ;
- Mettre en place un système de veille digitale afin de lever les freins psychologiques à l'égard des vaccins à travers une lutte contre les rumeurs en apportant des réponses systématiques aux rumeurs sur les canaux de communication les plus utilisés : télévision nationale et étrangère, réseaux sociaux, radios et engagements communautaires etc. ;
- Promouvoir le rapport bénéfice-risque du vaccin pour chaque individu et pour la communauté ;
- Promouvoir les bonnes attitudes face au vaccin contre la COVID-19 spécifiquement les attitudes qui étaient significativement et positivement associés à l'intention de se faire vacciner et/ou au comportement de vaccination. ;
- Communiquer sur la responsabilité collective auprès des plus jeunes afin de mieux protéger les personnes les plus vulnérables (les personnes âgées, les personnes souffrant de maladie chronique, personne souffrant de co-morbidité) ; et
- Partager des informations clés et cela de façon régulière sur les effets indésirables observés sur les personnes vaccinées et y apporter des réponses appropriées.

BIBLIOGRAPHIE

1. CORAF (Conseil Ouest et centre africain pour la Recherche et le développement agricoles)), les motifs des réticences vis-à-vis du vaccin anti-COVID-19 et les espaces de progression des opinions au Sénégal, février 2021 ;
2. Pr Desclaux Alice , l'acceptabilité du vaccin anti-COVID, en Afrique Ouest et Centre, Table-ronde OMS Vaccins en Afrique ouest et centre, novembre 2020 ;
3. ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), Faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale dans l'UE/EEE, octobre 2021 ;
4. JHU-CCP (John Hopkins University-Communication Centre for Programmes), Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) dans le cadre de la prévention contre Ébola en Côte d'Ivoire, novembre 2021 ;
5. Jerome Nyhalah Dinga et al, , Vaccines, Assessment of Vaccine Hesitancy to a COVID-19 Vaccine in Cameroonian Adults and Its Global Implication, MDPI (Multidisciplinary Digital Publishing Institute), février 2021;
6. John D. Ditekemena et al, COVID-19 Vaccine Acceptance in the Democratic Republic of Congo: A Cross-Sectional Survey, MDPI, Vaccines, février 2021;
7. Lauren McAbee et al, Factors Associated with COVID-19 Vaccine Intentions in Eastern Zimbabwe: A Cross-Sectional Study, MDPI, Vaccines, septembre 2021;
8. Dr Mueller Judith , EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) et Institut Pasteur, Enquête CAPP-VaCov, Connaissances, attitudes, pratiques et préférences autour de la vaccination anti-COVID-19 des personnels de santé en France, février 2021 ;
9. PERC (Partnership for Evidence-Based Response to COVID-19), Côte d'Ivoire : comment équilibrer les mesures sociales et de santé publique, Données mises à jour le 19 août 2020 ;
10. SSHAP (Social Science in Humanitarian Action Platform), Synthèse de données : perceptions de la vaccination contre la COVID-19 en Afrique : données des sciences sociales et comportementales mars 2020 - mars 2021, publié en mai 2021 ;
11. Mamadou Makhtar Mbacké Leye 1 , Ibrahima Mamby Keita 2 , Oumar Bassoum, Connaissances, attitudes et pratiques de la population de la région de Dakar sur la COVID-19, Santé publique volume 32 / N° 5-6 - septembre-octobre-novembre-décembre 2020.



ANNEXES

Annexe 1 : Construction des indices de connaissance, Attitudes

Construction de l'indice de connaissance des vaccins COVID

6 questions ont composé l'indice :

1. A votre connaissance, existe-t-il un vaccin contre le COVID-19 ? (Oui)
2. Le vaccin COVID-19 a-t-il déjà été disponible en Côte d'Ivoire ? (Oui)
3. Lorsqu'il est disponible en Côte d'Ivoire, le vaccin COVID-19 est-il gratuit ? (Oui)
4. Où une personne qui veut être vaccinée contre le COVID-19 peut-elle se procurer le vaccin ? (Centre d'antenne INHP, District Sanitaire, Hôpital militaire HMA d'Abidjan, Unités mobiles, Centre d'accueil COVID-19, Centre de santé, etc.)
5. Qui peut recevoir le vaccin COVID-19 dès maintenant ? (Tout le monde)
6. Quels sont les noms des vaccins dont vous avez entendu parler ? (AstraZeneca, Pfizer, Moderna, Sinopharm, Sinovac-CoronaVac, SII/Covishield, Johnson & Johnson, Sputnik, etc.)

Pour chacune des questions retenues, une note de 1 point a été attribué à l'individu sur une question donnée si sa réponse est considérée comme étant une bonne connaissance et 0 point sinon.

Ainsi, une note globale a été calculée sur les 6 questions retenues en faisant la somme des points obtenus sur chacune des questions. La note maximale attendue est de 6 points et la note minimum est de 0 point.

Sur la base des notes obtenues, l'indice de connaissance a été calculé en faisant le rapport entre la note globale obtenue et la note maximale qui est de 6 multiplié par 100.

$$\text{Indice de connaissance} = \frac{\text{note globale pour un adulte}}{\text{note maximale}} * 100$$

L'indice de connaissance est compris entre 0 et 100%. Lorsque l'indice est :

- **Inférieur à 60% : La connaissance est jugée faible**
- **Compris entre 60% et 80% : La connaissance est jugée moyenne**
- **Supérieur à 80% : La connaissance est jugée meilleure**

Construction de l'indice d'attitude à l'égard des vaccins

14 Questions ont composé l'indice :

1. Pour certains vaccins COVID-19, il faut 2 injections pour être complètement vacciné. (D'accord)
2. Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr. (D'accord)
3. Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave due au COVID-19. (D'accord)
4. Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19. (D'accord)
5. Les remèdes locaux sont plus efficaces pour prévenir le COVID-19 que le vaccin. (Pas d'accord)
6. Le vaccin contre le COVID-19 ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19. (D'accord)
7. Si je voulais obtenir le vaccin COVID-19, je saurais comment l'obtenir. (D'accord)
8. Les gens comme moi reçoivent le vaccin COVID-19. (D'accord)
9. Les personnes qui sont importantes pour moi pensent que je devrais recevoir le vaccin COVID-19. (D'accord)
10. Les autorités ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19. (Pas d'accord)
11. Je préfère recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19. (D'accord)
12. Le vaccin COVID-19 peut avoir des effets secondaires qui vous rendent malade. (D'accord)
13. Je suis prêt à affronter les symptômes de la grippe afin d'être protégé de la maladie grave du COVID-19. (D'accord)
14. Les autorités ivoiriennes ont fait un bon travail de communication avec le public sur le vaccin COVID-19. (D'accord)

Pour chacune des questions retenues, une note de 1 point a été attribué à l'individu sur une question donnée si sa réponse est considérée comme étant une bonne attitude et 0 point sinon.

Ainsi, une note globale a été calculée sur les 14 questions retenues en faisant la somme des points obtenus sur chacune des questions. La note maximale attendue est de 14 points et la note minimale est de 0 point.

Sur la base des notes obtenues, l'indice d'attitude à l'égard des vaccins COVID-19 a été calculé en faisant le rapport entre la note globale obtenue et la note maximale qui est de 14 multiplié par 100.

$$\text{Indice d'attitude} = \frac{\text{note globale pour un adulte}}{\text{note maximale}} * 100$$

L'indice d'attitude est donc compris entre 0 et 100%. Lorsque l'indice est :

- **Inférieur à 60% : L'attitude à l'égard des vaccins COVID-19 est jugée mauvaise**
- **Compris entre 60% et 80% : L'attitude à l'égard des vaccins COVID-19 est jugée moyenne**
- **Supérieur à 80% : L'attitude à l'égard des vaccins COVID-19 est jugée meilleure**

Construction de l'indice des pratiques en matière de prévention COVID-19

6 Questions ont composé l'indice :

1. Continuer ma vie comme je l'ai toujours fait (Oui)
2. Se laver les mains avec du savon/un désinfectant plus souvent (Oui)
3. Gardez une distance d'un mètre avec les autres (Oui)
4. Porter un masque facial en public (Oui)
5. Évitez les déplacements non essentiels (Oui)
6. Évitez les grandes foules (Oui)

Pour chacune des questions retenues, une note de 1 point a été attribué à l'individu sur une question donnée si sa réponse est considérée comme étant une bonne pratique et 0 point sinon.

Ainsi, une note globale a été calculée sur les 6 questions retenues en faisant la somme des points obtenus sur chacune des questions. La note maximale attendue est de 6 points et la note minimum est de 0 point.

Sur la base des notes obtenues, l'indice de pratiques a été calculé en faisant le rapport entre la note globale obtenue et la note maximale qui est de 6 multiplié par 100.

$$\text{Indice de pratique} = \frac{\text{note globale pour un adulte}}{\text{note maximale}} * 100$$

L'indice de pratique est donc compris entre 0 et 100%. Lorsque l'indice est :

- **Inférieur à 60% : la pratique en matière de COVID-19 est jugée mauvaise**
- **Compris entre 60% et 80% : la pratique en matière de COVID-19 est jugée moyenne**
- **Supérieur à 80% : la pratique en matière de COVID-19 est jugée meilleure**

Annexe 2 : Construction du modèle théorique et méthode d'estimation : Le modèle logit.

Il est, dans ce rapport, question d'élaborer deux modèles économétriques binaires dichotomiques :

Modèle 1 : Il s'agit d'un modèle logit binaire dont l'objectif est de déterminer les facteurs explicatifs du comportement de vaccination contre la COVID-19 chez les adultes. La variable dépendante est définie comme suit :

$$y_i = \begin{cases} 1, & \text{l'individu a reçu un schéma vaccinal complet} \\ 0, & \text{sinon} \end{cases}$$

Modèle 2 : Il s'agit d'un modèle logit binaire dont l'objectif est de déterminer les facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner chez les adultes non encore vaccinés contre la COVID-19. La variable dépendante est définie comme suit :

$$y_i = \begin{cases} 1, & \text{l'individu a l'intention de se faire vacciner} \\ 0, & \text{sinon} \end{cases}$$

A travers ces deux modèles, nous cherchons à déterminer quelles sont les caractéristiques des adultes qui augmenteraient les chances de se faire vacciner ou l'intention de se faire vacciner.

Pour la spécification du modèle, on suppose que le fait de se faire vacciner ou l'intention de se faire vacciner résulte d'un modèle latent qui porte sur une variable non observable continue, noté Π_i^* . Cette variable inobservable est décrite par un modèle linéaire standard donnée par :

$$\Pi_i^* = \beta X_i + \epsilon_i$$

où le vecteur de paramètres β mesure l'importance de ses caractéristiques, et comme il est possible que deux individus de même profil puissent avoir des goûts ou des choix différents, on ajoute le terme d'hétérogénéité des comportements ou l'aléa ϵ_i , une perturbation d'espérance nulle, sans perte de généralité tant que le modèle latent contient un terme constant.

Toutefois, l'adulte ne prendra la décision ou l'intention de se faire vacciner que si cette décision lui procure des gains significatifs, s'il dépasse un certain seuil. Autrement dit,

$$y_i = \begin{cases} 1, & \text{si } \Pi_i^* > \Pi_0 \\ 0, & \text{si } \Pi_i^* \leq \Pi_0 \end{cases}$$

Ainsi la probabilité que l'adulte i prenne la décision ou l'intention de se faire vacciner est

$$p_i = P_r[y_i = 1] = P_r[\Pi_i^* > \Pi_0]$$

Par définition, la variable suit une loi de Bernoulli. A partir d'un modèle théorique on peut écrire que le paramètre de cette loi est p_i . La densité de y_i s'écrit alors comme suit :

$$p_r[y_i = l] = p_i^l (1 - p_i)^{1-l} \text{ avec } l \in \{0,1\},$$

et son logarithme est $\ln(p_r[y_i = l]) = l \ln p_i + (1 - l) \ln(1 - p_i)$.

Pour un échantillon de N adultes dont les décisions indépendantes sont représentées par (y_1, y_2, \dots, y_N) et de paramètres (p_1, p_2, \dots, p_N) Les paramètres des décisions des N adultes sont différents parce que l'on considère un modèle conditionnel où chaque décision a une probabilité qui est propre à chaque adulte. En fait, ces décisions dépendent des caractéristiques propres aux adultes et dépendent donc de leurs caractéristiques regroupées dans le vecteur X , et dont les réalisations sont notées (x_1, x_2, \dots, x_N) .

Pour bien montrer le caractère conditionnel du modèle, on pose :

$$p_i = p(X_i, \beta), \quad i = 1, \dots, N$$

$$p_i = p(X_i, \beta), \quad i = 1, \dots, N$$

L'objectif principal de ce travail est alors d'estimer le vecteur des paramètres. La section suivante nous en donne de plus ample information.

Estimation des paramètres

Nous estimons les paramètres par la méthode du maximum de vraisemblance. La log-vraisemblance de l'échantillon (y_1, y_2, \dots, y_N) peut maintenant s'écrire comme suit :

$$l(y|X, \beta) = \sum_{i=1}^N y_i \ln p(X_i, \beta) + (1 - y_i) \ln(1 - p(X_i, \beta))$$

Pour estimer les paramètres par le maximum de vraisemblance, on prend 0 comme seuil de référence comme suit :

$$y_i = \begin{cases} 1, & \text{si } \Pi_i^* > 0 \\ 0, & \text{si } \Pi_i^* \leq 0 \end{cases}$$

Ce choix n'a aucune incidence sur les estimations tant que le modèle comporte un terme constant, car on peut alors utiliser la variable où est le seuil de profit à partir duquel l'adulte choisit de se faire vacciner ou a l'intention de se faire vacciner.

Ainsi

$$p_i = P_r[y_i = 1] = P_r[\Pi_i^* > 0] = P_r[\beta_i'X_i + \epsilon_i > 0] = P_r[\epsilon_i > -\beta_i'X_i] = 1 - \Phi(-\beta_i'X),$$

où Φ est la fonction de répartition de $\epsilon_i, i=1,2,\dots,N$. Il s'ensuit que :

$$l(y|X, \beta) = \sum_{i=1}^N y_i \ln(1 - \Phi(-\beta_i'X)) + (1 - y_i) \ln(\Phi(-\beta_i'X))$$

La forme spécifique prise par la vraisemblance dépend directement de l'hypothèse faite sur la loi de la perturbation. Dans la pratique les deux lois les plus utilisées sont les lois normales, qui définissent le modèle probit, et logistique qui définit le modèle logit. Ces deux lois sont symétriques, on a donc $(\Phi(-\beta_i'X)) = 1 - \Phi(\beta_i'X)$, d'où :

$$l(y|X, \beta) = \sum_{i=1}^N y_i \ln(\Phi(\beta_i'X)) + (1 - y_i) \ln(1 - \Phi(\beta_i'X))$$

Dans le cas du modèle logit :

$$\Lambda(\beta_i'X) = \frac{1}{1 - \exp(-\beta_i'X)}$$

Dans le cas du modèle Probit :

$$\Phi(\beta_i'X) = \int_{-\infty}^{\beta_i'X} \frac{1}{(2\pi)^{\frac{1}{2}}} \exp\left(-\frac{s^2}{2}\right) ds$$

Dans les deux cas, le vecteur du score est donné par :

$$s(y|X_i\beta) = \frac{\partial l}{\partial \beta}(y|X, \beta) = \sum_{i=1}^N X_i'[y_i - \Phi(X_i\beta)]$$

La condition de premier ordre s'écrit alors, $\sum_{i=1}^N X_i'[y_i - \Phi(X_i\beta)] = 0$,

Et la matrice hessienne est donnée par :

$$H(y|X_i\beta) = \frac{\partial^2 l}{\partial \beta^2}(y|X, \beta) = - \sum_{i=1}^N X_i'X_i\phi(X_i\beta)$$

où ϕ est la fonction densité de la loi choisie. ϕ étant positive, la hessienne est négative, la vraisemblance admet donc un maximum unique quoique sa détermination analytique n'est jusque-là pas possible. Néanmoins, il existe des méthodes numériques : algorithmes de Brent, Hall-Hall-Hausman et Newton-Raphson.



Pour l'interprétation des résultats, les Odds Ratio sont adaptés lorsque les variables explicatives sont qualitatives. Ils permettent de calculer les probabilités relatives ou encore le risque relatif en prenant une modalité comme modalité de référence.

$$OR_{X_k} = \frac{P(y = 1|X_k = 1)/(1 - P(y = 1|X_k = 1))}{P(y = 1|X_k = 0)/(1 - P(y = 1|X_k = 0))}$$



Annexe 3 : Résultats régression des éléments individuels de connaissances et d'attitude par rapport à l'intention de se faire vacciner

Tableau 20 : Eléments individuels de connaissance influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19

	Odds Ratio	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Où aller pour se procurer le vaccin contre la covid					
Centre d'antenne INHP	1.965965	2.36	0.018	1.122145	3.444311
District Sanitaire	.6032547	-1.71	0.088	.3374494	1.078432
Hopital Militaire d'Abidjan	1.072942	0.18	0.856	.5021215	2.292681
Unité mobile	.989547	-0.05	0.961	.6527636	1.500089
Centre d'accueil covid-19	.8511104	-0.83	0.408	.5807969	1.247233
Centre de santé	1.087651	0.39	0.700	.7091586	1.668151
Ne sais pas où une personne peut se procurer le vaccin	.6278432	-1.22	0.224	.2965527	1.329231
Connaissance des personnes qui ne devraient pas recevoir le vaccin ?					
Enfant	.5534443	-2.18	0.029	.3251121	.9421384
Personnes souffrant d'affections préexistantes ou de maladies chroniques	.8131501	-0.93	0.350	.5268924	1.25493
Les personnes qui ont eu le COVID-19	.60851	-1.05	0.293	.2408728	1.537261
Femmes enceintes	.7523448	-1.39	0.166	.5031408	1.124979
Femmes en âge de procréer	.6270978	-1.25	0.210	.3022756	1.300971
Tout le monde doit recevoir	.3845853	-2.53	0.011	.1833618	.8066342
Je ne sais pas	1.85214	1.50	0.135	.8258323	4.153897
Les vaccins entendu parlé					
Astra Zeneca	1.010175	0.04	0.971	.584422	1.74609
Pfizer	1.190203	0.61	0.539	.6832243	2.073379
J&J	.8491489	-0.55	0.582	.4741001	1.52089
Je ne sais pas	1.025809	0.08	0.934	.5596777	1.88016
Pour certains vaccins COVID-19, il faut 2 injections pour être complètement vacciné.	4.876157	6.47	0.000	3.017785	7.878925
	1.01038	0.04	0.971	.5827743	1.751736
Le vaccin contre le COVID-19 ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19	1.054879	0.27	0.787	.7159057	1.554352
	1.062079	0.27	0.787	.6855294	1.645462
	1.14628	0.28	0.783	.4339292	3.028046

Tableau 21 : Eléments individuels d'attitude influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19

		Odds Ratio	z	P>z	[95% Conf.	Interval]
Le vaccin COVID-19, ici en Côte d'Ivoire, est sûr.	Pas d'accord	.2755322	-4.04	0.000	.1475311	.51459
	Je ne sais pas	.4541681	-2.80	0.005	.261411	.7890589
3. Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave due au COVID-19.	Pas d'accord	.6382257	-1.51	0.131	.356561	1.142391
	Je ne sais pas	1.270302	0.69	0.490	.6436369	2.507109
4. Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19.	Pas d'accord	.3999151	-3.18	0.001	.227243	.7037933
	Je ne sais pas	.3025645	-3.19	0.001	.1452756	.6301492
5. Les remèdes locaux sont plus efficaces pour prévenir le COVID-19 que le vaccin.	Pas d'accord	1.113864	0.39	0.699	.6447976	1.92416
	Je ne sais pas	1.621253	1.37	0.170	.8135792	3.230736
7. Si vous vouliez obtenir le vaccin COVID-19, vous sauriez comment l'obtenir.	Pas d'accord	.4643829	-1.11	0.269	.1192476	1.808434
	Je ne sais pas	.4031862	-1.69	0.091	.1403985	1.157841
8. Les gens comme vous reçoivent le vaccin COVID-19.	Pas d'accord	.5417381	-1.41	0.158	.2313443	1.268586
	Je ne sais pas	.4938426	-1.19	0.233	.1549744	1.573683
9. Les personnes qui sont importantes pour vous pensent que vous devriez recevoir le vaccin COVID-19.	Pas d'accord	.3079662	-4.11	0.000	.1755529	.5402542
	Je ne sais pas	.4536393	-1.75	0.080	.1873496	1.09842
10. Les autorités ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19.	Pas d'accord	1.307629	1.04	0.298	.7887395	2.167882
	Je ne sais pas	.8414439	-0.62	0.536	.4871969	1.453269
11. Vous préférez recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19.	Pas d'accord	.4961246	-2.66	0.008	.2962795	.8307685
	Je ne sais pas	.198417	-4.08	0.000	.0911925	.4317167
12. Le vaccin COVID-19 peut avoir des effets secondaires qui vous rendent malade.	Pas d'accord	.8131698	-0.61	0.539	.4201232	1.573932
	Je ne sais pas	1.855708	1.59	0.112	.8660195	3.976415
13. Vous êtes prêt à affronter les symptômes de la grippe afin d'être protégé de la maladie grave du COVID-19.	Pas d'accord	.9796112	-0.09	0.932	.6110756	1.570408
	Je ne sais pas	.5919228	-1.47	0.142	.2938118	1.192507
14. Les autorités ivoiriennes ont fait un bon travail de communication avec le public sur le vaccin COVID-19	Pas d'accord	.7007204	-1.48	0.140	.4371329	1.123249
	Je ne sais pas	1.59271	0.94	0.348	.6029391	4.207268
1. Le COVID-19 existe en Côte d'Ivoire.	Pas d'accord	.4056797	-2.44	0.015	.1967143	.8366244
	Je ne sais pas	1.27613	0.58	0.563	.5587186	2.914717
2. Il est probable que je puisse avoir du COVID-19.	Pas d'accord	.8890162	-0.33	0.743	.439729	1.797357
	Je ne sais pas	1.595258	0.88	0.377	.5656812	4.498731
3. Si vous avez le COVID-19, pour vous ça serait probablement une maladie grave.	Pas d'accord	1.931867	1.53	0.126	.8306909	4.492779
	Je ne sais pas	.8668448	-0.26	0.796	.2935282	2.559959
4. Il est probable qu'un membre de ma famille puisse avoir le COVID-19.	Pas d'accord	.7703191	-0.71	0.480	.3735633	1.588463
	Je ne sais pas	.5450652	-1.05	0.293	.1756802	1.691119
5. Si quelqu'un de votre famille avait le COVID-19, ce serait probablement une maladie grave.	Pas d'accord	.5959115	-1.22	0.224	.2587299	1.372514
	Je ne sais pas	1.995456	1.20	0.231	.6442983	6.180125
6. Vous connaissez personnellement quelqu'un qui a eu le COVID-19.	Pas d'accord	1.055021	0.14	0.891	.4898885	2.272085
	Je ne sais pas	1.310869	0.34	0.737	.270264	6.358146
7. Vous connaissez personnellement quelqu'un qui a été hospitalisé avec le COVID-19.	Pas d'accord	.8337826	-0.40	0.688	.3436242	2.023122
	Je ne sais pas	.7636501	-0.32	0.746	.149713	3.895196

