

# ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES LIÉES À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 (VAGUE 2)



## RAPPORT D'ÉTUDE

FÉVRIER 2022



Breakthrough  
ACTION  
FAIRE AVANCER LE CHANGEMENT  
SOCIAL ET DE COMPORTEMENT





# ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES LIÉES À LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19 (VAGUE 2)

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

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>11</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	<b>13</b>
<b>RÉSUMÉ EXÉCUTIF</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Contexte du programme</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Objectifs de l'étude</b> .....	<b>9</b>
2.1 Objectif général .....	9
2.2 Objectifs spécifiques .....	9
<b>3. Méthodologie de l'étude</b> .....	<b>9</b>
3.1 Approche générale et zones de l'étude.....	9
3.2 Type d'enquête et plan d'échantillonnage .....	10
3.3 Tirage de l'échantillon .....	11
3.4 Collecte de données .....	13
3.5 Traitement et analyse des données.....	13
3.6 Considérations éthiques et sécurité des personnes dans le contexte de la COVID-19.....	14
3.7 Difficultés rencontrées.....	15
<b>4. Résultats de l'étude</b> .....	<b>16</b>
4.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages.....	16
4.2 Caractéristiques des personnes enquêtées.....	17
4.3 Antécédents médicaux et diagnostic antérieur de la COVID-19.....	20
4.4 Connaissances du vaccin .....	21
4.5 Accessibilité du vaccin.....	31
4.6 Comportement des personnes ayant reçu au moins une dose du vaccin contre la COVID-19 .....	34
4.7 Intention des personnes n'ayant pas encore été vaccinées contre la COVID-19	38
4.8 Autonomie de décision et préférences en matière de vaccin .....	39
4.9 Fausses informations entendues sur le vaccin .....	43
4.10 Attitudes face à la COVID-19 .....	45
4.11 Pratiques relative à la COVID-19.....	53
4.12 Normes sociales et auto-efficacité à l'égard des vaccins contre la COVID-19	58
4.13 Exposition aux informations relatives à la COVID-19.....	59
4.14 Analyse des déterminants explicatifs de la vaccination contre la COVID-19 ..	62

4.15 Analyse des facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner .....	63
<b>DISCUSSION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>65</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>68</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>70</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>71</b>

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Répartition de l'échantillon selon le district et la région sanitaire.....	<b>11</b>
<b>Tableau 2</b> : Répartition des enquêtés selon le milieu de résidence et le sexe.....	<b>16</b>
<b>Tableau 3</b> : Répartition des enquêtés selon l'âge et la profession.....	<b>18</b>
<b>Tableau 4</b> : Répartition selon les commodités de logement des enquêtés.....	<b>19</b>
<b>Tableau 5</b> : Répartition des personnes ayant contracté antérieurement la COVID-19..	<b>20</b>
<b>Tableau 6</b> : Répartition des personnes ayant connaissance de la disponibilité et la gratuité du vaccin COVID-19 en Côte d'Ivoire.....	<b>22</b>
<b>Tableau 7</b> : Répartition des enquêtés sur leurs connaissances des catégories de personnes aptes ou pas à recevoir le vaccin.....	<b>24</b>
<b>Tableau 8</b> : Répartition des enquêtés selon leurs connaissances à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.....	<b>27</b>
<b>Tableau 9</b> : Répartition des enquêtés vaccinés contre la COVID-19 selon le nombre de doses reçues et l'intention sur la faisabilité de la deuxième dose.....	<b>36</b>
<b>Tableau 10</b> : Répartition des enquêtés ayant entendu des informations négatives sur le vaccin par région sanitaire.....	<b>44</b>
<b>Tableau 11</b> : Répartition des enquêtés ayant entendu des informations négatives sur le vaccin par niveau d'instruction.....	<b>44</b>
<b>Tableau 12</b> : Répartition des enquêtés selon les fausses informations entendues sur le vaccin.....	<b>45</b>
<b>Tableau 13</b> : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la vaccination contre la COVID-19 selon les vagues.....	<b>46</b>
<b>Tableau 14</b> : Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la COVID-19..	<b>48</b>
<b>Tableau 15</b> : Répartition des enquêtés par leurs pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 selon les vagues.....	<b>53</b>
<b>Tableau 16</b> : Répartition des enquêtés par fréquence de prévention contre la COVID-19 selon les vagues.....	<b>54</b>
<b>Tableau 17</b> : Répartition des enquêtés selon les normes sociales et l'auto-efficacité à l'égard de la vaccination contre la COVID-19.....	<b>58</b>
<b>Tableau 18</b> : Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-19 par région sanitaire et par vague.....	<b>60</b>
<b>Tableau 19</b> : Facteurs influençant la vaccination contre la COVID-19.....	<b>62</b>
<b>Tableau 20</b> : Facteurs influençant l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19....	<b>63</b>





# LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur niveau d'étude...	18
<b>Figure 2</b> : Répartition des personnes enquêtées souffrant de maladies chroniques....	21
<b>Figure 3</b> : Répartition des personnes infectées selon le type de traitement reçu.....	23
<b>Figure 4</b> : Répartition des personnes ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19.....	24
<b>Figure 5</b> : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances des centres de vaccination contre la COVID-19.....	25
<b>Figure 6</b> : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances sur les types de vaccins contre la COVID-19.....	27
<b>Figure 7</b> : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin par sexe...	28
<b>Figure 8</b> : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon le niveau d'études.....	28
<b>Figure 9</b> : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon la tranche d'âge.....	29
<b>Figure 10</b> : Indice de connaissance par région sanitaire.....	30
<b>Figure 11</b> : Niveau de connaissance selon sexe.....	31
<b>Figure 12</b> : Niveau de connaissance selon l'âge.....	32
<b>Figure 13</b> : Niveau de connaissance selon l'instruction.....	33
<b>Figure 14</b> : Répartition des personnes enquêtées sur leur perception par rapport à l'accessibilité du vaccin.....	34
<b>Figure 15</b> : Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon le nombre de raisons avancées.....	34
<b>Figure 16</b> : Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon les raisons évoquées.....	35
<b>Figure 17</b> : Répartition des personnes ayant confiance aux prestataires en charge de la vaccination contre la COVID-19.....	36
<b>Figure 18</b> : Répartition des personnes enquêtées vaccinées contre la COVID19 par région sanitaire.....	37
<b>Figure 19</b> : Répartition des personnes enquêtées vaccinées ayant connaissance du nom du vaccin reçu.....	38
<b>Figure 20</b> : Répartition des personnes n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose selon les raisons évoquées.....	39

<b>Figure 21</b> : Répartition des personnes non vaccinées selon leur intention de se faire vacciner.....	<b>40</b>
<b>Figure 22</b> : Répartition des enquêtés non-vaccinés n'ayant pas l'intention de se faire vacciner selon les raisons évoquées.....	<b>41</b>
<b>Figure 23</b> : Répartition des ménages enquêtés selon l'autonomie de décision des personnes enquêtées.....	<b>42</b>
<b>Figure 24</b> : Répartition des enquêtés selon les types de sites préférés pour la vaccination.....	<b>43</b>
<b>Figure 25</b> : Répartition des enquêtés par préférence de vaccin.....	<b>44</b>
<b>Figure 26</b> : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence pour un type de vaccin.....	<b>44</b>
<b>Figure 27</b> : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence par type de vaccin.....	<b>45</b>
<b>Figure 28</b> : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par région sanitaire selon les phases.....	<b>52</b>
<b>Figure 29</b> : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par le sexe selon les phases.....	<b>53</b>
<b>Figure 30</b> : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par tranche d'âge selon les phases.....	<b>54</b>
<b>Figure 31</b> : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par niveau d'instruction selon les phases.....	<b>54</b>
<b>Figure 32</b> : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon la région sanitaire.....	<b>57</b>
<b>Figure 33</b> : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 par sexe selon les phases.....	<b>58</b>
<b>Figure 34</b> : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon l'âge.....	<b>59</b>
<b>Figure 35</b> : Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 par niveau d'instruction selon les phases.....	<b>60</b>
<b>Figure 36</b> : Répartition des enquêtés selon les informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours selon les phases.....	<b>62</b>
<b>Figure 37</b> : Répartition des enquêtés selon le canal souhaité pour recevoir les informations sur la COVID-19 par phase de collecte.....	<b>63</b>

# 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

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





## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans le cadre de l'appui du CCP (Center for Communication Programs) de l'Université de Johns Hopkins à l'Etat de Côte d'Ivoire dans la lutte contre la COVID-19, à travers le projet Breakthrough ACTION, deux phases d'enquêtes sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) des populations ont été réalisées afin de comprendre les facteurs liés à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. La première phase d'enquête s'est déroulée en novembre 2021, tandis que la seconde a eu lieu en février 2022. Ces deux phases d'enquête ont été réalisées 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 de collecte de données a été utilisée incluant l'emploi d'outils ODK. Un plan de sondage en grappe à trois (03) degrés a été utilisé sur la base du RGPH 2014 de l'Institut National de la Statistique. 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. Les deux enquêtes ont été réalisées dans le District Autonome d'Abidjan auprès d'un échantillon de 2000 individus à raison de 1000 individus par phase. Les principaux résultats de ces deux études se présentent comme suit :

- Au niveau des caractéristiques sociodémographiques :

Il ressort des enquêtes que les principales caractéristiques sociodémographiques des personnes enquêtées n'ont pas significativement variées entre les deux phases d'enquête :

- o Sexe : 50% d'hommes et de femmes ont été enquêtés pour chaque phase ;
- o Niveau d'instruction : 61,9% des personnes enquêtées avaient au moins le niveau secondaire contre 60,8% pour la phase 2 ;
- o Tranche d'âge : 50,8% des personnes enquêtées étaient dans la tranche d'âge de 18 à 35 ans contre 52,9% pour la phase 2, idem pour les autres tranches d'âge ;
- o Profession : 38,5% d'entre elles étaient dans le secteur informel à la phase 1 contre 39% à la phase 2, de même, 42% n'exerçaient pas de travail rémunéré à la phase 1 contre 43% à la phase 2 ;
- o Logement : 73,2% habitaient des maisons couvertes de tôles en métal (Zinc/étain) à la phase 1 contre 74,5% à la phase 2 ;
- o Antécédents médicaux : 11,7% souffraient de maladies chroniques contre 14,1% ;



- o Diagnostic antérieur de la COVID-19 : 2% des personnes enquêtées avaient affirmé avoir été infectées par la COVID-19 à la phase 1, avec le même pourcentage à la phase 2.

- Au niveau des connaissances

La quasi-totalité des enquêtés ont affirmé avoir connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19 (97,1% à la phase 1 contre 98,5% à la phase 2). Parmi eux, presque que tous avaient l'information sur la disponibilité et la gratuité du vaccin en Côte d'Ivoire (99,6% contre 98,9%). La majorité d'entre eux considérait que tout le monde pouvait recevoir le vaccin anti-COVID-19 (77,4% contre 76,1%). Les vaccins les plus connus sont : Pfizer (39,8% contre 37,3%) et AstraZeneca (36,5% contre 27,3%). Cependant, 48,3% des enquêtés ne connaissaient aucun nom de vaccin à la phase 1 contre 54,4% à la phase 2 mais toutes ces différences ne sont pas significatives.

L'analyse des scores de connaissance relativement aux vaccins ressort que quatre personnes enquêtées sur cinq ont une bonne connaissance des vaccins anti-COVID-19 (81% à la phase 1 contre 77,5% à la phase 2) avec un score de connaissance compris entre 80 et 100%. Ce score ne varie pas significativement selon le sexe et l'âge mais augmente plutôt avec le niveau d'instruction. En effet, à la phase 1, ce score est passé de 75,7% (chez les personnes n'ayant aucun niveau d'études) à 87,2% (chez les personnes de niveau supérieur) contre 74,2% à 85% à la phase 2 avec une différence non significative.

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

Plus de deux tiers des enquêtés, considèrent les vaccins anti-COVID-19 « très facile » d'accès (68% à la phase 1 contre 73,9% à la phase 2). La proportion de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccins a significativement augmenté entre les deux enquêtes (35,9% contre 44%). Au niveau des types de vaccins reçus, la proportion des vaccinés ayant reçu Pfizer s'est maintenue (45% contre 44,3%) alors que celle relative à AstraZeneca a connu une baisse significative (26,6% contre 14,5%). Ce qui confirme la préférence des vaccinés pour le vaccin Pfizer.

Par ailleurs, la proportion des enquêtés vaccinés ayant reçu deux doses a significativement augmenté passant de 58,2% à la phase 1 à 67% à la phase 2. En outre, la proportion des enquêtés ayant reçu une première dose et qui ont l'intention de faire la deuxième dose s'est maintenue (82,4% à la phase 1 contre 84,6% à la phase 2). De même, chez les personnes n'ayant reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19, la proportion de celles ayant l'intention de se faire vacciner a légèrement évolué (57,7% contre 61%) mais cet écart n'est pas significatif.





Un peu plus de la moitié (51% à la phase 1 contre 48,7% à la phase 2) des enquêtés ont affirmé « avoir entendu des informations négatives sur le vaccin ».

Selon les scores d'attitude à l'égard des vaccins anti-COVID-19, la proportion d'enquêtés ayant de mauvaises attitudes a significativement baissé (39,8% à la phase 1 contre 33,3% à la phase 2) avec un score d'attitudes inférieur à 60%. Cependant, la proportion des enquêtés ayant une attitude moyenne a significativement augmenté (36,6% contre 43,4%). Toutefois, la proportion d'enquêtés ayant une bonne attitude est restée stable (23,6% contre 23,4%).

Le score d'attitude ne varie pas significativement selon le sexe et l'âge. Il a d'ailleurs augmenté avec la même importance chez les deux sexes et dans les différentes tranches d'âges. Cependant, ce score diminue avec le niveau d'études des enquêtés. Plus le niveau d'études est élevé moins les attitudes à l'égard des vaccins anti-COVID-19 sont bonnes.

#### - Au niveau des pratiques

Les résultats révèlent une augmentation significative de la proportion d'enquêtés ayant une bonne pratique entre les deux phases (44,1% contre 51,5%). Cette proportion ne varie pas significativement avec le sexe et niveau d'instruction. Toutefois, les bonnes pratiques face à la COVID-19 augmentent avec l'âge. En effet, à la phase 1, la proportion des personnes ayant un score de pratique élevé était de 32,5% chez les 18 à 25 ans, 46,9% chez les 36-45 ans, 50,3% chez les 46-55 ans et 66,7% chez les 55 ans et plus, de même à la phase 2, cette proportion est de 48,3% chez les enquêtés de 18 à 25 ans, 49,8% chez les 36-45 ans, 58,2% chez les 46-55 ans et 66% chez les 55 ans et plus.

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

L'exposition, aux informations liées au vaccin anti-COVID-19, au cours des 30 derniers jours, a significativement baissée entre les deux phases (63,8% à la phase 1 contre 49% à la phase 2). 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 à la phase 1 contre un quart (28,2%) à la phase 2.

La télévision nationale constitue le principal canal pour recevoir des informations sur la COVID-19 (84% à la phase 1 contre 80,7% à la phase 2) suivi par les réseaux sociaux (37% contre 42,3%).

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

Comme lors de la phase 1, 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 la première régression de la phase 2, 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 connaissances et les bonnes attitudes à l'égard des vaccins 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. Plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu a de chances de se faire vacciner.

Selon les résultats de la deuxième régression de la phase 2, quatre (04) facteurs sont susceptibles d'expliquer l'intention de se faire vacciner : La confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes attitudes à l'égard des vaccins anti-COVID-19 et l'antécédent médical 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.



## 1 Objectifs de l'étude

### 1.1 Objectif général

Toute comme la vague 1, l'objectif général de la vague 2 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.

### 1.2 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 soins, 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. Vérifier la stabilité des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et confirmer les résultats obtenus lors de la vague 1 ;
- f. Renforcer les recommandations formulées lors de la vague 1 en vue de l'élaboration de messages et supports de sensibilisation adaptés aux populations cibles.

## 2 Objectifs de l'étude

### 2.1 Objectif général

Toute comme la vague 1, l'objectif général de la vague 2 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 soins, 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. Vérifier la stabilité des caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et confirmer les résultats obtenus lors de la vague 1 ;
- f. Renforcer les recommandations formulées lors de la vague 1 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

Les deux vagues de l'enquête CAP se sont inscrites 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 formation, le suivi de la collecte et la validation du rapport.

#### 3.1.2 Zones concernées par l'étude

Les deux vagues de l'étude CAP ont été réalisées 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

Tout comme la vague 1, la vague 2 de 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

Tout comme la vague 1, la vague 2 de l'enquête est une étude quantitative menée auprès des personnes adultes (18 ans et plus) vivant dans les zones d'étude.

Le même plan de sondage adopté lors de la vague 1 a été utilisée lors de la vague 1. Il s'agit d'une enquête ménage par sondage en grappe à trois (03) degrés :

- Au 1er degré : tirage des grappes ou Zones de dénombrement (ZD) effectué par l'Institut National de la Statistique (INS) se basant sur les données du RGPH 2014,
- Au 2e degré : choix aléatoire des ménages dans la ZD sélectionnée
- Au 3e 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 District Autonome d'Abidjan, 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=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 conservé la même taille de l'échantillon que celle utilisée lors de la vague 1 de l'enquête CAP.

Il s'est agi d'enquêter un total de 1000 ménages. Tout comme la vague 1, 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
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>1 000</b>	<b>500</b>	<b>500</b>



### 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 :

#### *1ère 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.

#### *2ème 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 1er ménage a été retenu entre 1 et 9 (soit 5), le 2ème ménage était le  $5 + 9 = 14$  ; le 3ème ménage était le  $5 + (2 \times 9) = 5 + 18 = 23$ . Ainsi de suite jusqu'à obtenir les 20 ménages.

#### *3ème 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 C1 à Cn et un côté Ci 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 Ci choisi.

#### *4ème étape* – Déplacement des enquêteurs

Une fois le point de départ choisi, les enquêteurs se sont déplacés parallèlement au côté Ci 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 Ci 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).

#### *5ème 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.

#### **6ème 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 il y a eu 34 cas de refus avant consentement et aucun cas après le consentement. Tous les cas de refus ont été documentés.

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**

La collecte a débuté le 22 février et a pris fin le 27 février 2022. 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-19 Vaccine Vague 2) conformément aux directives techniques ;
4. Fin de l'entretien et remerciements 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. Deux 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 (1 cas sur les 100 ; soit un taux de 1%) 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 comparaison des entre les résultats des vagues 1 et 2 et tester les différences obtenues ;
- Faire une analyse des facteurs explicatifs de la vaccination contre la COVID-19 à



partir d'une régression économétrique de type Logit et comparer les résultats à ceux de la vague 1.

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

Tout comme la vague 1 de l'étude, les considérations éthiques ont été au centre de cette vague 2 de l'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 documenté et 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**

Contrairement à la première vague, les difficultés pour cette seconde vague ont été moindres :

- Forte pluie ralentissant l'évolution des équipes ;
- Indisponibilité de certains ménages après le tirage ;
- Insécurité dans certaines ZD d'Abobo ;
- Troubles entre forces de l'ordre et population ralentissant l'évolution (Abobo) ;



- Insuffisance de moyens de transport et embouteillages suites aux travaux de voiries (Abobo) ;
- Promesse pécuniaire faite par certaines personnes à ceux qui se feront vaccinés (Abobo) ; et
- Certaines personnes passent de ménage en ménage listant les personnes désireuses se faire vacciner et recevoir 50 000Fcfa après vaccination par le gouvernement exigeant la somme de 1000Fcfa pour figurer sur la liste.

#### **Les solutions apportées :**

- Marche sur plusieurs kilomètres pour atteindre des ZD ;
- Attente de l'accalmie dans la zone d'Abobo suite à des troubles avant l'envoi des enquêteurs ;
- Sécurisation du matériel d'un ménage à un autre ;
- Sensibilisation des ménages enquêtés sur la gratuité de la vaccination ;
- Sensibilisation des ménages interviewés sur la non-rémunération après vaccination.

#### **Les points forts :**

- Adhésion des autorités administratives et de la santé ;
- Forte adhésion des populations ;
- Dynamisme et volonté des agents de terrain ;
- 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. Elle présente les résultats de la deuxième vague de collecte de l'étude « » comparée aux résultats issus de la première vague.

### **4.1 Caractéristiques sociodémographiques des ménages**

Cette deuxième vague de l'étude est structurée à l'image de la première vague. En effet, 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.

Il faut noter également qu'à l'image de la première vague de l'étude, la répartition est égalitaire en genre, soit 50% de femmes et 50% d'hommes sur l'ensemble de la zone d'étude.

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

	Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
	Vague1 (N=460)	Vague2 (N=460)	Vague1 (N=540)	Vague2 (N=540)	Vague1 (N=500)	Vague2 (N=500)
Homme	50%	50%	50%	50%	50%	50%
Femme	50%	50%	50%	50%	50%	50%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 4.2 Caractéristiques des personnes enquêtées

### ■ Niveau d'instruction des enquêtés

Le niveau d'instruction des enquêtés n'a pas sensiblement changé entre les deux phases. Lors de la première phase, il est ressorti que la proportion des enquêtés ayant au moins le niveau secondaire est la plus importante dans l'échantillon. Environ trois enquêtés sur cinq ont au moins le niveau secondaire (62% dans l'ensemble soit 59,3% pour Abidjan 1 et 64,1% pour Abidjan 2). La proportion des enquêtés n'ayant aucun niveau d'instruction n'est pas négligeable (14,8% dans l'ensemble soit 16,3% pour Abidjan 1 et 15,2% pour Abidjan 2 ; soit).

Dans la deuxième phase, plus de 60% des enquêtés ont au moins le niveau secondaire (62,4% pour Abidjan 1, 59,5% pour Abidjan 2 ; soit 60,8% dans l'ensemble). Néanmoins, Il est ressorti quelques différences entre les proportions de la phase 1 et la phase 2, même si aucune de ces différences n'est statistiquement significative.

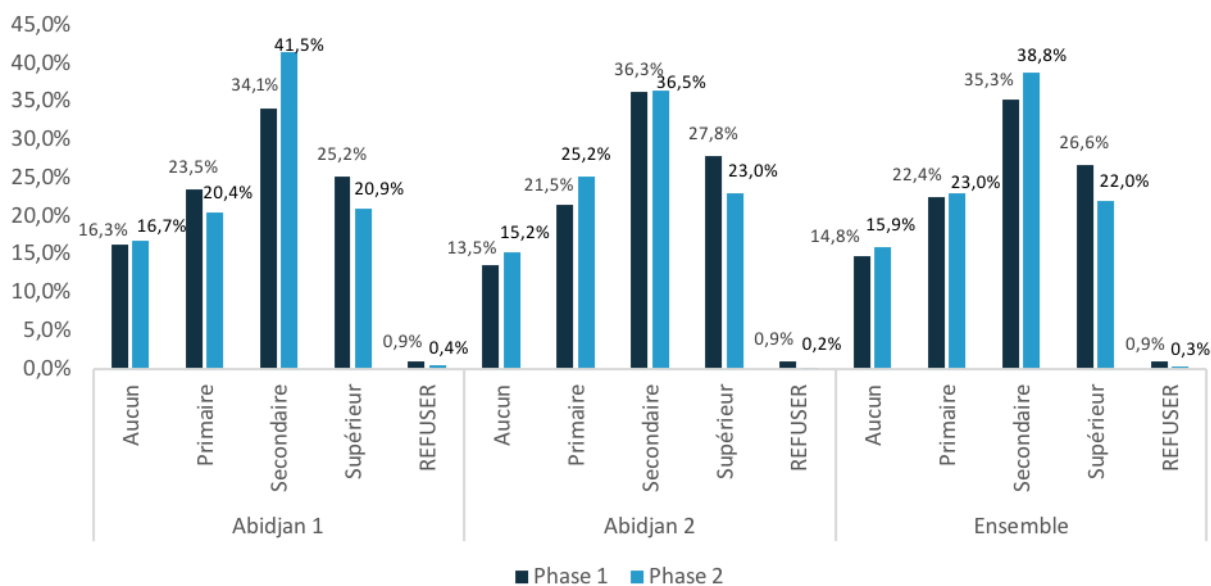


Figure 1 : Répartition des personnes enquêtées en fonction de leur niveau d'étude

### Structure par âge de la population enquêtée

Les deux phases d'étude ont porté sur un échantillon de population relativement jeune. La majorité des enquêtés de l'échantillon ont l'âge compris entre 18 et 35 ans. En effet, ils représentent plus de la moitié des personnes interrogées (50,8% lors de la phase 1 et 52,9% lors de la phase 2). Cette tendance s'observe globalement dans l'ensemble des deux régions sanitaires. A peine, 9% à 9,5% des enquêtés des deux phases ont plus de 55 ans. Néanmoins, il y a des différences significatives des proportions entre la phase 1 et la phase 2, en suivant les régions sanitaires. À Abidjan 1, les différences de proportions entre la phase 1 et la phase 2 dans les groupes d'âge de 36 à 45 et 46 à 55 ans sont significatives et les P-value sont successivement de 0,023 et 0,046. De même, à Abidjan 2, la différence de proportion entre la phase 1 et la phase 2 dans le groupe d'âge de 46 à 55 ans est significative avec une P-value=0,035.

### Profession des enquêtés

L'échantillon d'étude de la phase 1 était composé essentiellement de travailleurs du secteur informel (38,5%) avec une proportion importante de ceux-ci dans la région sanitaire d'Abidjan 2 (40,2%). Plus de 42% des personnes interrogées n'exerçaient pas de travail rémunéré (élève/étudiant, rentier, sans emploi, ménagère, stagiaire et retraité) au moment de l'enquête.

Ces résultats se révèlent similaires lors de la deuxième phase de l'étude. Dans l'ensemble des deux régions sanitaires, 39% des personnes approchées déclarent qu'ils exercent dans le secteur informel. Plus de 43% des enquêtés n'avaient pas de travail rémunéré au moment de l'enquête (élève/étudiant, rentier, sans emploi, ménagère, stagiaire et retraité).



Bien que ces proportions soient légèrement différentes, elles sont statistiquement significatives pour certains groupes de profession, en suivant les régions sanitaires. Les différences de proportions de rentier entre Ainsi, la phase 1 et la phase 2 de test significatif avec une P-value de 0,000 à Abidjan 1 et une P-value de 0,022 à Abidjan 2. Toutefois, les différences de proportion ne sont pas significatives dans l'ensemble de la zone d'étude.

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

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
Tranche d'âge	18 ans à 25 ans	22,0%	22,0%	19,4%	20,0%	20,6%	20,9%
	26 ans à 35 ans	33,5%	31,3%	27,4%	32,6%	30,2%	32,0%
	36 ans à 45 ans	21,7%	27,4%*	26,9%	26,1%	24,5%	26,7%
	46 ans à 55 ans	15,2%*	10,2%	16,1%*	11,7%	15,7%	11,0%
	55 ans et plus	7,6%	9,1%	10,2%	9,6%	9,0%	9,4%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Profession	Agent de santé	0,7%	2,0%	0,7%	1,5%	0,7%	1,7%
	Salarié du public	7,2%	4,3%	5,6%	4,3%	6,3%	4,3%
	Salarié du privé	12,6%	10,9%	10,6%	11,1%	11,5%	11,0%
	Agriculteur	0,2%		0,6%	0,2%	0,4%	0,1%
	Secteur informel	36,5%	38,3%	40,2%	39,6%	38,5%	39,0%
	Agent de santé Communautaire		0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
	Elève/Étudiant	13,5%	16,3%	13,7%	14,4%	13,6%	15,3%
	Rentier	0,7%	5,4%*	4,3%*	1,9%	2,6%	3,5%
	Sans emploi	9,3%	8,0%	7,4%	9,3%	8,3%	8,7%
	Ménagère	13,9%	10,2%	10,0%	12,6%	11,8%	11,5%
	Stagiaire	0,4%	0,7%	1,5%	0,2%	1,0%*	0,4%
	Retraité	4,8%	3,7%	5,4%	4,6%	5,1%	4,2%
	REFUSER	0,2%			0,2%	0,1%	0,1%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

**NB : les chiffres avec \* montrent une différence statistiquement significative.**

### ■ Commodités de logement des enquêtés

Au cours des deux phases d'enquête menées sur l'ensemble des deux régions sanitaires, les métaux (étains et zinc) restent les principaux matériaux utilisés pour les toitures des maisons. Ainsi, lors du premier passage, 73,2% des enquêtés avaient leurs logements recouverts de toit en métaux (étains et zinc). Quant au second passage, 74,5% des enquêtés étaient dans des logements recouverts de toit des mêmes matériaux. La principale source d'eau pour usage domestique est localisée le plus souvent à l'intérieur de la maison dans 65,1% des cas lors de la première phase et dans 60,4% lors de la seconde phase.



Par ailleurs, à la lumière des résultats, il est à noter que les caractéristiques des ménages enquêtés lors de la première phase ne diffèrent pas de ceux enquêtés lors de la deuxième phase. Près de 59% des ménages approchés au premier passage vivaient dans des maisons de type villas ou appartements contre 56,1% au deuxième passage.

Toutes les deux phases d'enquêtes confirment que plus 99% des ménages des deux zones sont raccordés au réseau électrique et plus de 95% possèdent une télévision. Dans l'ensemble de la zone d'étude, les différences de proportion entre les deux phases ne sont pas significatives.

Tableau 4 : Répartition les commodités de logement des enquêtés

Caractéristiques		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
Le matériau de la toiture de la maison ou de l'abri	Chaume ou herbe	22,0%	22,0%	19,4%	20,0%	20,6%	20,9%
	Bardeaux ou feuilles	33,5%	31,3%	27,4%	32,6%	30,2%	32,0%
	Métal/étain/zinc	21,7%	27,4%*	26,9%	26,1%	24,5%	26,7%
	Carreaux ou	15,2%*	10,2%	16,1%*	11,7%	15,7%	11,0%
	Béton	7,6%	9,1%	10,2%	9,6%	9,0%	9,4%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Principale source d'eau pour l'usage domestique	Agent de santé	0,7%	2,0%	0,7%	1,5%	0,7%	1,7%
	Salarié du public	7,2%	4,3%	5,6%	4,3%	6,3%	4,3%
	Salarié du privé	12,6%	10,9%	10,6%	11,1%	11,5%	11,0%
	REFUSER	0,2%			0,2%	0,1%	0,1%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Type de maison ou d'abri	Maison ou cabane traditionnelle (case banco)	8,0%	8,3%	13,9%	14,1%	11,2%	11,4%
	Structure temporaire	0,2%	0,4%	0,9%	1,9%	0,6%	1,2%
	Pièce unique en dur	26,1%	30,0%	32,0%	32,4%	29,3%	31,3%
	Villa ou appartement	65,7%	61,3%	53,1%	51,7%	58,9%	56,1%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Possession d'une télévision	Oui	96,7%	99,1%*	94,4%	94,4%	95,5%	96,6%
	Non	3,3%	0,9%	5,4%	5,4%	4,4%	3,3%
	REFUSER			0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
La maison est-elle raccordée au réseau électrique ?	Oui	100,0%	100,0%	99,6%*	98,3%	99,8%	99,1%
	Non			0,4%	1,5%	0,2%	0,8%
	REFUSER				0,2%		0,1%
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>



### 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 à la phase 1 et 14,1% lors de la phase 2. Cette différence est similaire au niveau des régions sanitaires, avec plus de 2 points de pourcentage dans l'ensemble. À Abidjan 1, la proportion des enquêtés souffrant d'une maladie chronique est établie à 11,3% au cours de la phase 1 et à 13,7% lors de la phase 2 de l'enquête. À Abidjan 2, il ressort que la proportion des enquêtés souffrant d'une maladie chronique se situe à 12% lors de la première de la phase et 14,4% à la deuxième phase de l'étude. Aucune des différences constatées n'est statistiquement significatives.

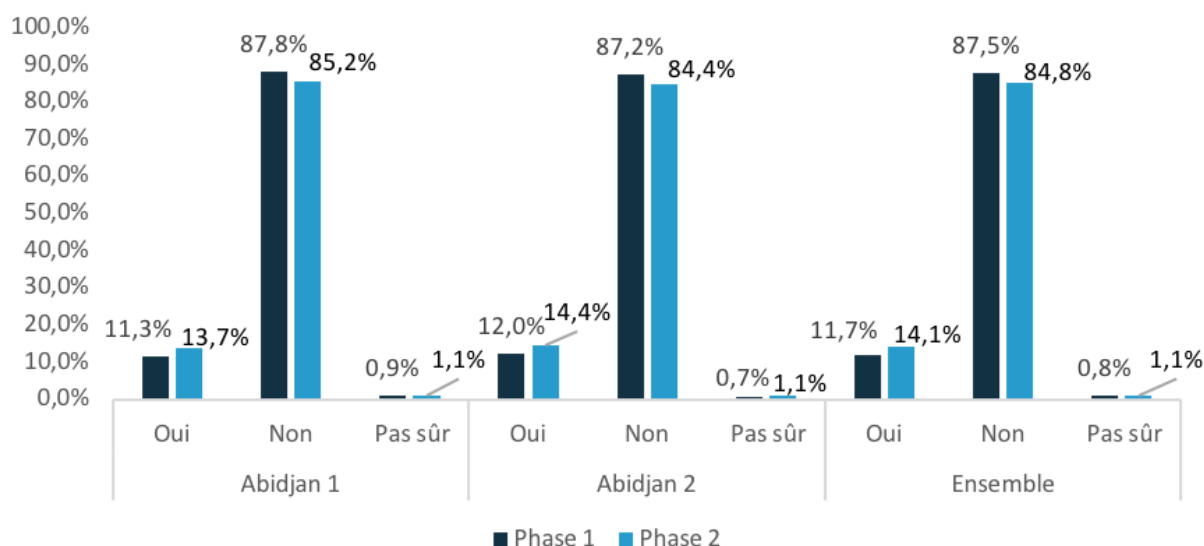


Figure 2 : Répartition des personnes enquêtées souffrant de maladies chroniques

#### ■ Contraction antérieure de la COVID-19 chez les enquêtés

Les deux études révèlent que 2% des enquêtés ont déjà été infectés par la maladie à COVID-19. Plus de 65% des personnes infectées lors de la première étude affirment que cela a été confirmé par un test COVID-19. Au deuxième passage, 55% des personnes infectées affirment que cela est attesté par un test COVID-19 ; soit une différence de 10 points de pourcentage qui s'avèrent élevée. Cette différence est statistiquement non-significative.





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

Caractéristiques		Régions sanitaires											
		Abidjan 1				Abidjan 2				Ensemble			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
A votre connaissance, êtes-vous, ou avez-vous été, infecté par la COVID-19 ?	Oui	11	2,4%	11	2,4%	9	1,7%	9	1,7%	20	2,0%	20	2,0%
	Non	440	95,7%	445	96,7%	515	95,4%	520	96,3%	955	95,5%	965	96,5%
	Je ne sais pas/ Pas sûr	9	2,0%	4	0,9%	16	3,0%	10	1,9%	25	2,5%	14	1,4%
	REFUSER	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1	0,2%	0%	0%	1	0,1%
	<b>Total</b>	<b>460</b>	<b>100,0%</b>	<b>460</b>	<b>100,0%</b>	<b>540</b>	<b>100,0%</b>	<b>540</b>	<b>100,0%</b>	<b>1000</b>	<b>100,0%</b>	<b>1000</b>	<b>100,0%</b>
A-t-il été confirmé par un test COVID-19 ?	Oui	7	63,6%	5	45,5%	6	66,7%	6	66,7%	13	65,0%	11	55,0%
	Non	4	36,4%	6	54,5%	3	33,3%	3	33,3%	7	35,0%	9	45,0%
	<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>11</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>9</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>	<b>20</b>	<b>100,0%</b>

### 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 traitées à domicile avec les médicaments reçus des médecins, lors de la phase 1. Cependant, 15,4% des personnes enquêtées ont eu recours à l'automédication pour traiter la COVID-19. Aussi, au cours de la phase 2, 54,5% des cas de COVID-19 ont été traités à domicile avec les médicaments reçus des médecins contre 18,2% ayant fait de l'automédication.

Une comparaison, entre les deux phases, révèle qu'aucune des différences des proportions n'est statistiquement significative.

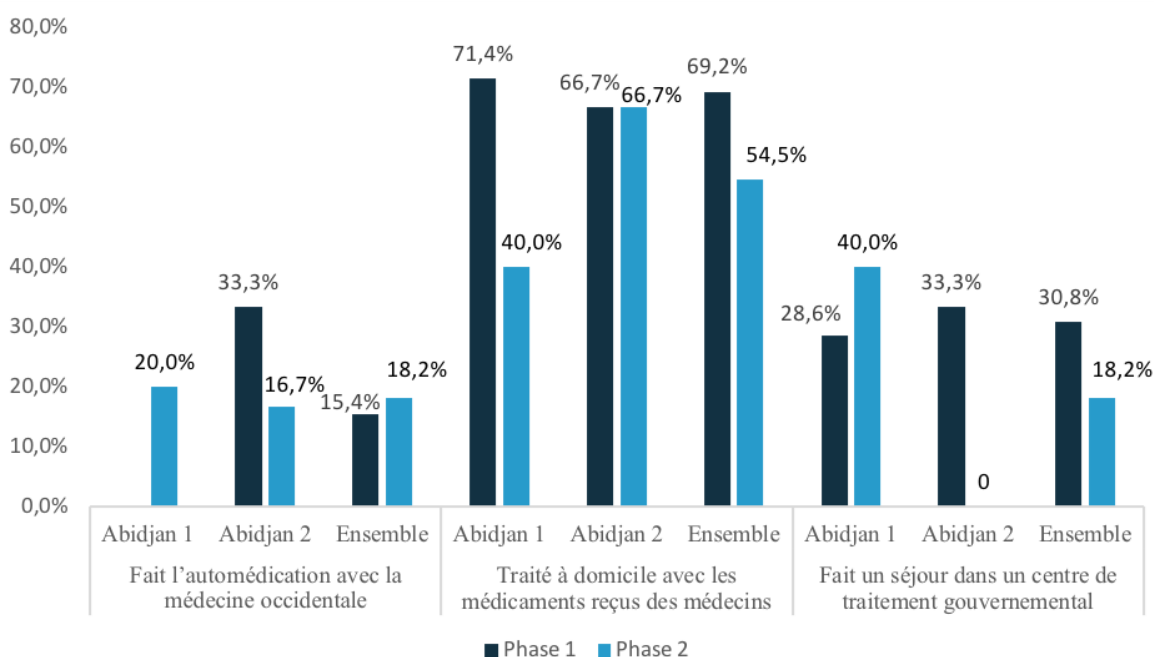


Figure 3 : Répartition des personnes infectées selon le type de traitement reçu



## 4.4 Connaissances du vaccin

Le vaccin contre la COVID-19 est de plus en plus connu par les habitants des deux zones d'Abidjan. En effet, environ 97,1% des enquêtés ont déclaré lors de la phase 1 avoir eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19. A la phase 2, la proportion des enquêtés qui ont connaissance du vaccin contre la COVID-19 est passée à 98,5%, soit une hausse de 1,4 points de pourcentage. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

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

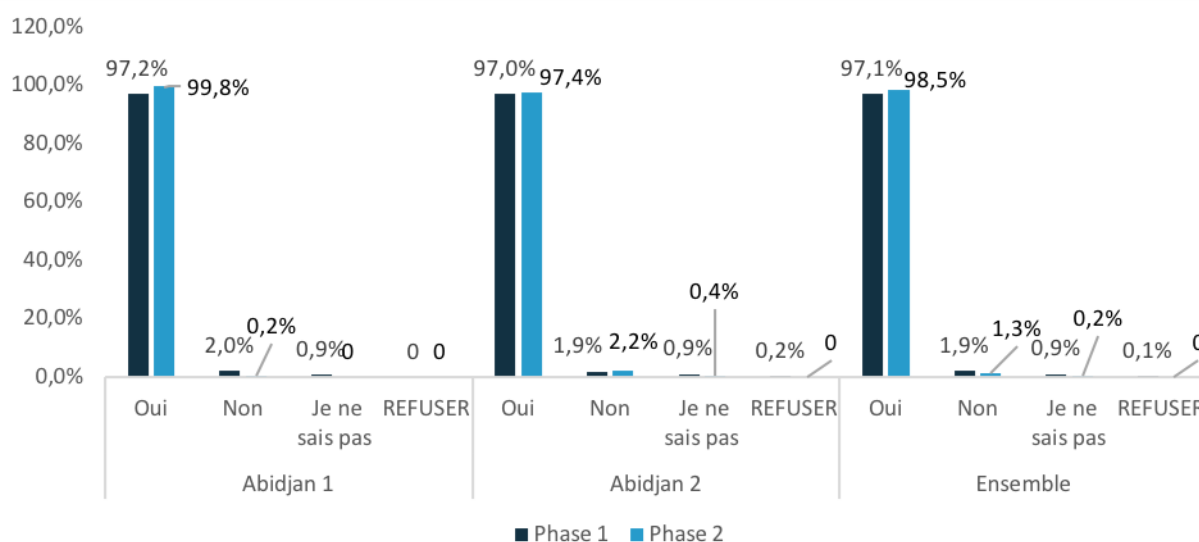


Figure 4 : Répartition des personnes ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19

### ■ Connaissance de la disponibilité et la gratuité du vaccin

A l'image de la connaissance sur l'existence du vaccin contre la COVID-19, bon nombre des enquêtés sont également au courant de la disponibilité et de la gratuité du vaccin en Côte d'Ivoire. A cet effet, 99,6% 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 à la phase 1, contre 98,9% à la phase 2 (différence non significative statistiquement). De la même manière, pour toutes les deux phases, au moins 95% des enquêtés ayant eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19 savent que celui-ci est gratuit.



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				Ensemble			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
Le vaccin COVID-19 est-il disponible en Côte d'Ivoire ?	Oui	446	99,8%	456	99,3%	521	99,4%	518	98,5%	967	99,6%	974	98,9%
	Non	1	0,2%	1	0,2%			6	1,1%	1	0,1%	7	0,7%
	Je ne sais pas			2	0,4%	3	0,6%	2	0,4%	3	0,3%	4	0,4%
	REFUSER	447	100,0%	459	100,0%	524	100,0%	526	100,0%	971	100,0%	985	100,0%
	<b>Total</b>	<b>432</b>	<b>96,9%</b>	<b>444</b>	<b>97,4%</b>	<b>493</b>	<b>94,6%</b>	<b>492</b>	<b>95,0%</b>	<b>925</b>	<b>95,7%</b>	<b>936</b>	<b>96,1%</b>
Lorsqu'il est disponible en Côte d'Ivoire, le vaccin COVID-19 est-il gratuit	Oui	2	0,4%	3	0,7%	12	2,3%	7	1,4%	14	1,4%	10	1,0%
	Non	12	2,7%	9	2,0%	16	3,1%	19	3,7%	28	2,9%	28	2,9%
	<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>100,0%</b>	<b>456</b>	<b>100,0%</b>	<b>521</b>	<b>100,0%</b>	<b>518</b>	<b>100,0%</b>	<b>967</b>	<b>100,0%</b>	<b>974</b>	<b>100,0%</b>

### ■ Connaissance des centres d'accueil COVID-19

Lors des deux phases, les centres de santé sont les centres de vaccination contre la COVID-19 les plus connus par les enquêtés. A la première phase, 67,5% ont déclaré qu'ils connaissent le centre de santé comme lieu de vaccination contre la COVID-19, contre 64,3% à la deuxième phase. Cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil de 5%.

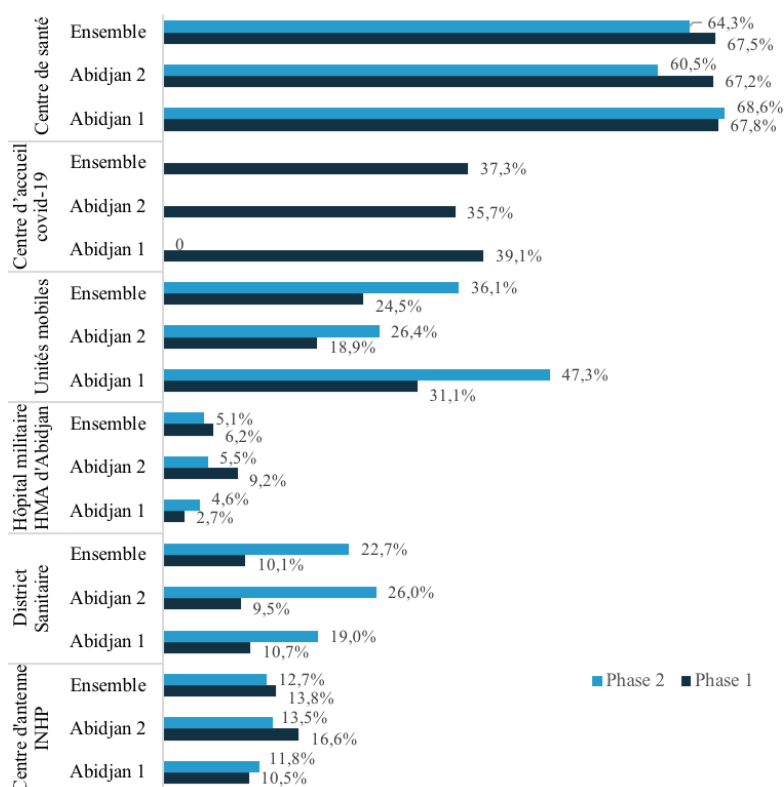


Figure 5 : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances des centres de vaccination contre la COVID-19



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

Plus de trois quarts des enquêtés ont répondu, dans les deux phases (77,4% à la phase 1 et 76,1% à la phase 2), que tout le monde pouvait recevoir le vaccin contre la COVID-19. Cependant, environ deux tiers (64,7% à la phase 1 et 64,4% à la phase 2) 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 pour toutes les deux phases. Par ailleurs, 23,7% des enquêtés ont affirmé à la phase 1 que les personnes vivant avec les maladies chroniques ne devraient pas recevoir le vaccin contre la COVID-19, contre 14,5% à la phase 2.

*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				Ensemble			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
Qui peut recevoir le vaccin COVID-19 dès maintenant ?	Tout le monde	375	83,9%	381	83,0%	377	71,9%	369	70,2%*	752	77,4%	750	76,1%
	Je ne sais pas	17	3,8%	24	5,2%	21	4,0%	48	9,1%	38	3,9%	72	7,3%
	REFUSER			1	0,2%	2	0,4%			2	0,2%	1	0,1%
	Les personnes adultes	55	12,3%	53	11,5%	124	23,7%	109	20,7%	179	18,4%	162	16,4%
	<b>Total</b>	<b>447</b>	<b>100%</b>	<b>459</b>	<b>100%</b>	<b>524</b>	<b>100%</b>	<b>526</b>	<b>100%</b>	<b>971</b>	<b>100%</b>	<b>985</b>	<b>100%</b>
Personnes qui ne devraient pas recevoir le vaccin, selon les enquêtés	Enfants	275	61,5%	305	66,4%	353	67,4%	329	62,5%	628	64,7%	634	64,4%
	Personnes souffrant d'affections préexistantes ou de maladies chroniques	94	21,0%	80	17,4%	136	26,0%	63	12,0%	230	23,7%	143	14,5%
	Les personnes qui ont eu le COVID-19	11	2,5%	8	1,7%	22	4,2%	26	4,9%	33	3,4%	34	3,5%
	Femmes enceintes	226	50,6%	260	56,6%	251	47,9%	275	52,3%	477	49,1%	535	54,3%
	Femmes en âge de procréer	3	0,7%	12	2,6%	9	1,7%	36	6,8%	12	1,2%	48	4,9%
	Personne (tout le monde doit recevoir)	71	15,9%	52	11,3%	41	7,8%	95	18,1%	112	11,5%	147	14,9%
	Les personnes qui présentent les signes et symptômes de la COVID-19			12	2,6%			11	2,1%			23	2,3%
	Je ne sais pas	45	10,1%	43	9,4%	61	11,6%	48	9,1%	106	10,9%	91	9,2%
	REFUSER					1	0,2%	1	0,2%	1	0,1%	1	0,1%
	Les femmes qui allaitent	40	8,9%	60	13,1%*	35	6,7%	26	4,9%	75	7,7%	86	8,7%



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

AstraZeneca et Pfizer sont les principaux vaccins connus par les répondants. En effet, à la phase 1, 39,8% ont affirmé connaître le vaccin Pfizer et 36,5% pour le vaccin AstraZeneca. Cependant, l'on relève une proportion importante (48,3%) des répondants ne connaissant aucun nom de vaccin.

A la phase 2, 37,3% des enquêtés déclarent connaître le vaccin Pfizer et 27,3% le vaccin AstraZeneca.

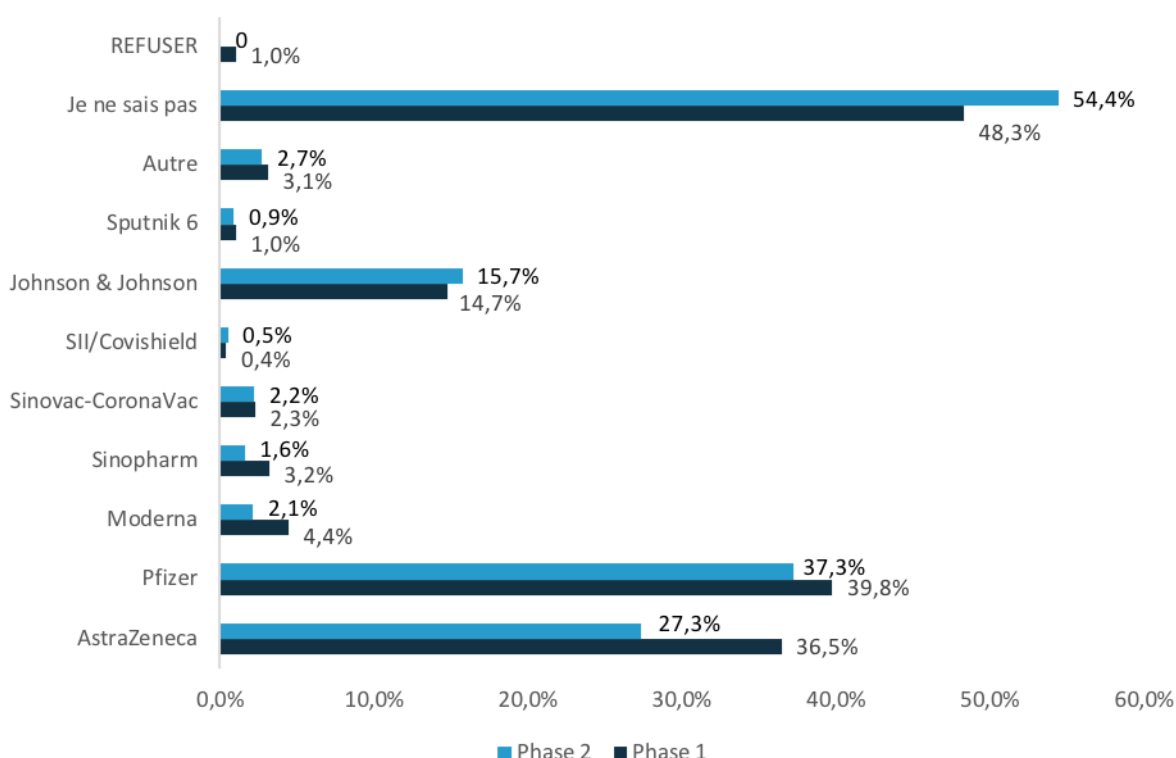


Figure 6 : Répartition des personnes enquêtées sur leurs connaissances sur les types de vaccins contre la COVID-19

■ Profil des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin

Les femmes demeurent les plus nombreuses à ne connaître aucun nom de vaccin. En effet, près de deux tiers (58,8%) des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin sont des femmes lors de la première phase. A la phase 2, les chiffres sont légèrement différents des résultats de la phase 1, avec un écart d'un (1) point de pourcentage. Dans l'ensemble, environ, 57,8% de femmes déclarent ne connaître aucun nom de vaccin.

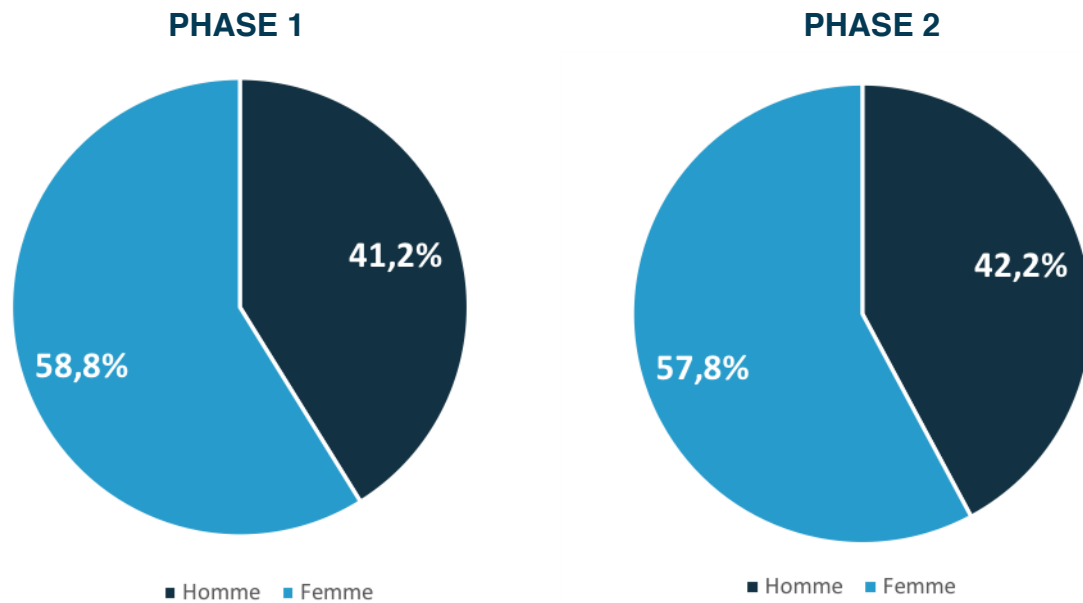


Figure 7 : Répartition des enquêtes ne connaissant aucun nom de vaccin par sexe

Au moins 50% des enquêtés des deux phases qui ne connaissent aucun nom de vaccin, ont au plus le niveau primaire. De surcroît, il est ressorti lors de la phase 1, que la proportion de personnes ne connaissant aucun nom de vaccins diminue au fur et à mesure que le niveau d'étude augmente. En effet, elle est passée à 29,4% au niveau secondaire et à 17,1% au niveau supérieur. A la phase 2, la proportion de ceux qui ne connaissent aucun nom de vaccin n'est faible qu'au niveau supérieur (13,8%).

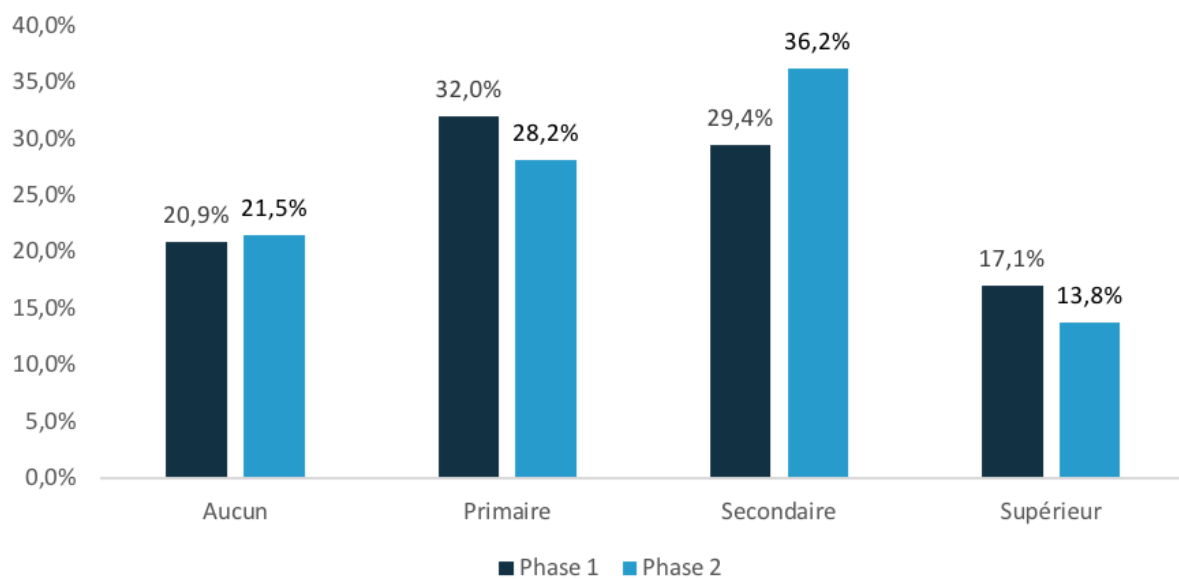


Figure 8 : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon le niveau d'étude

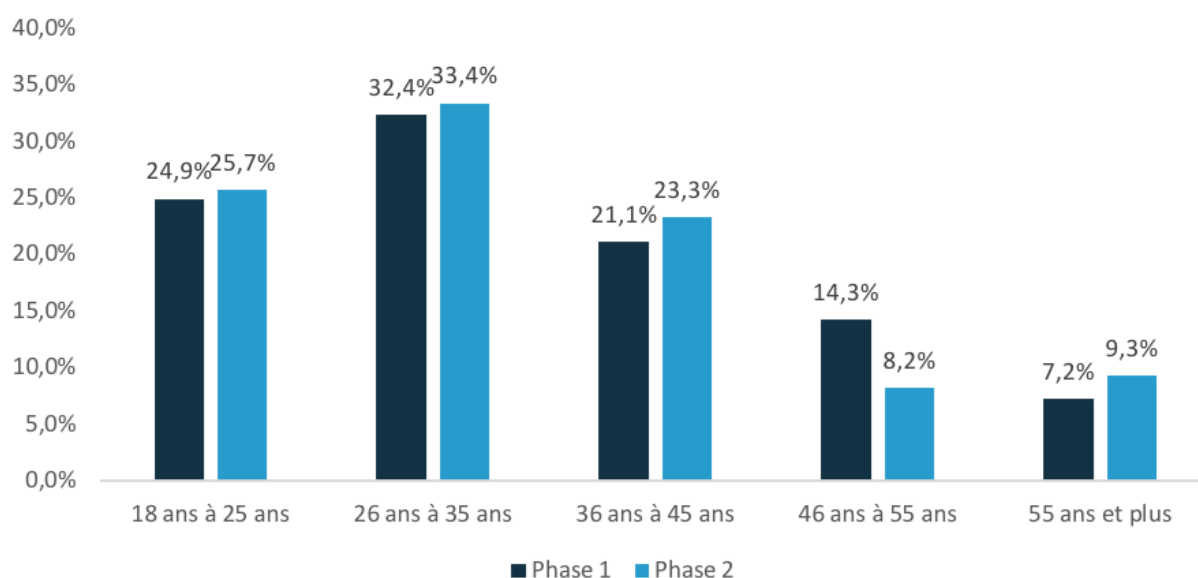


Figure 9 : Répartition des enquêtés ne connaissant aucun nom de vaccin selon la tranche d'âge

#### ■ Connaissance à l'égard des vaccins contre la COVID-19

La première phase de l'étude révèle que, 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 pour certains vaccins 2 injections pour être complètement vacciné contre la COVID-19. Cependant, 36,9% savent que le vaccin ne peut pas guérir une personne déjà malade de la COVID-19 au moment de l'acte vaccinal. Ce qui suppose que plus de 60% n'ont pas la bonne information que le vaccin ne guérit pas.

Les résultats de la seconde phase sont en phase avec ceux de la première. Plus de 75% sont d'accord sur le fait qu'il faut pour certains vaccins 2 injections pour être complètement vacciné contre la COVID-19 et 45,6% savent que le vaccin ne peut pas guérir une personne déjà malade du COVID-19 au moment de l'acte vaccinal. L'on note que près de 54% n'ont pas la bonne information que le vaccin ne guérit pas ; la différence entre les deux phases n'est pas statistiquement significative.



*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		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Pour certains vaccins COVID-19, il faut 2 injections pour être complètement vacciné	D'accord	78,3%	82,1%	63,9%	69,8%*	70,5%	75,5%
	Pas d'accord	8,1%	8,7%	13,9%	13,7%	11,2%	11,4%
	Je ne sais pas	13,2%	9,2%	21,9%*	16,5%	17,9%	13,1%
	REFUSER	0,4%		0,2%		0,3%	
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
Le vaccin contre le COVID-19 ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19	D'accord	38,7%	48,8%*	35,3%	42,8%*	36,9%	45,6%
	Pas d'accord	37,8%	31,8%	36,3%	34,4%	37,0%	33,2%
	Je ne sais pas	23,3%	19,4%	28,2%*	22,8%	26,0%	21,2%
	REFUSER	0,2%		0,2%		0,2%	
	<b>Total</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

■ **Indices 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 près de quatre personnes sur cinq interrogées ont une bonne connaissance des vaccins contre la COVID-19, 81% à la phase phase1 et 77,1% à la phase 2. La proportion de personnes ayant une bonne connaissance des vaccins dans la région sanitaire d'Abidjan 1 (83,9% à la phase 1 et 82,7% à la phase 2, avec une différence statistiquement non significative entre les phases) est relativement plus importante que celle de la région sanitaire d'Abidjan 2 (78,5% et 72,4%, avec une différence statistiquement significative entre les phases {Pvalue=0,018}). A noter que seules les différences relatives aux personnes ayant une bonne connaissance entre les phases 1 et 2 de la région d'Abidjan 2 sont significatives.



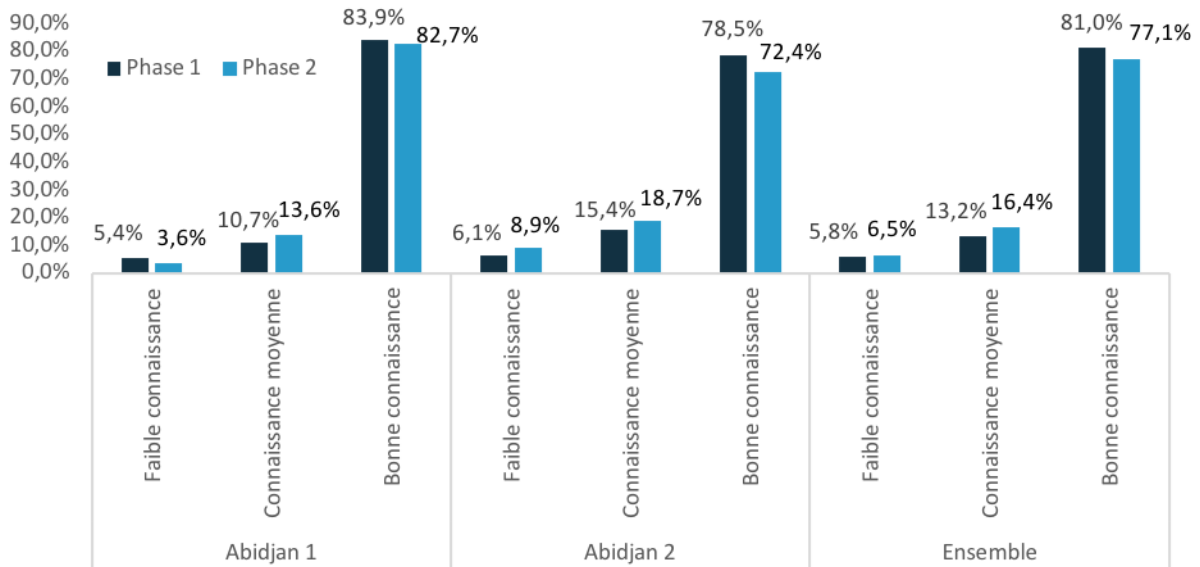


Figure 10 : Indice de connaissance par région sanitaire

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

Au regard des résultats des deux phases, l'on relève qu'au moins 83% d'hommes enquêtés ont un bon niveau de connaissance du vaccin contre la COVID-19 contre 73,6% chez les femmes enquêtées. Pour les personnes ayant une bonne pratique, la différence observées entre les deux phases n'est pas statistiquement significative.

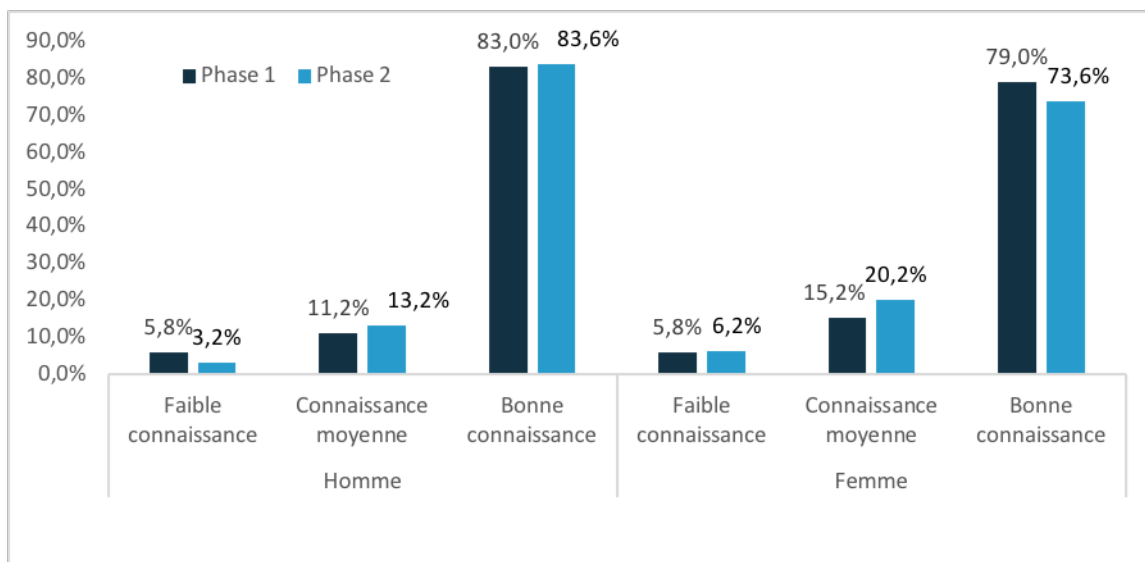


Figure 11 : Niveau de connaissance selon sexe



### □ 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, selon les résultats de la première phase. Par ailleurs, 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.

Quant à la deuxième phase, la proportion des personnes ayant un score de connaissance élevé sur les vaccins est passée de 74,6% chez les enquêtés de 18 à 25 ans à 81% chez ceux de 55 ans et plus. La proportion des enquêtés de 36 à 45 ans ayant une bonne connaissance des vaccins est également plus importante que celle des 18 à 25 ans. Comparant les résultats des phases, les différences sont statistiquement non-significatives.

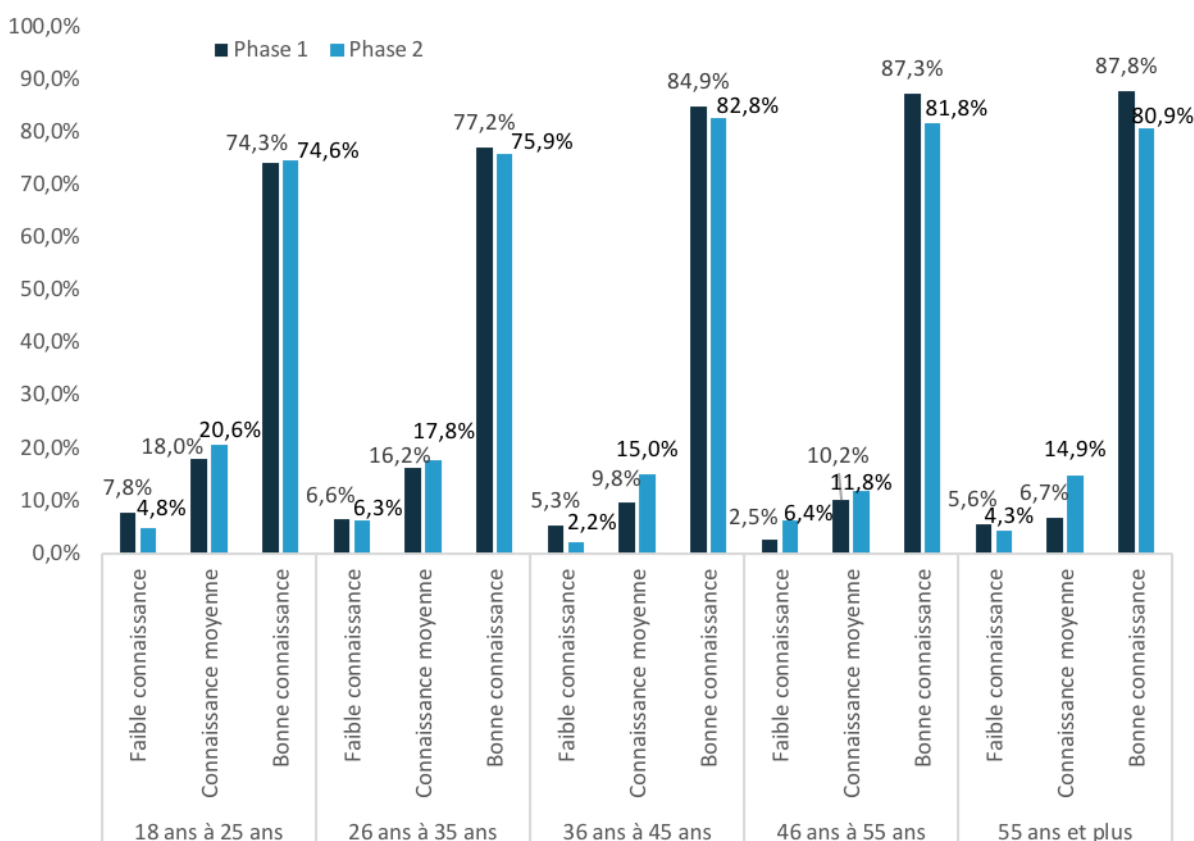


Figure 12 : Niveau de connaissance selon l'âge

### □ Connaissances générales sur les vaccins contre la COVID-19 selon le niveau d'instruction

Le score de connaissance des vaccins contre la COVID-19 est plus élevé chez les



enquêtés de niveau supérieur quelques soit les phases de l'étude. Aussi, pour les enquêtés de niveau supérieur, la proportion des enquêtés ayant une bonne connaissance des vaccins est de 85% lors de la phase 2 contre 87,2% à la phase 1. Cette différence n'est pas statistiquement significative.

Lors de la phase 2, la proportion des personnes ayant une bonne connaissance des vaccins est de 74,2% contre 75,7% de la phase 1 chez les personnes n'ayant aucun niveau d'instruction, avec une différence statistiquement non significative.

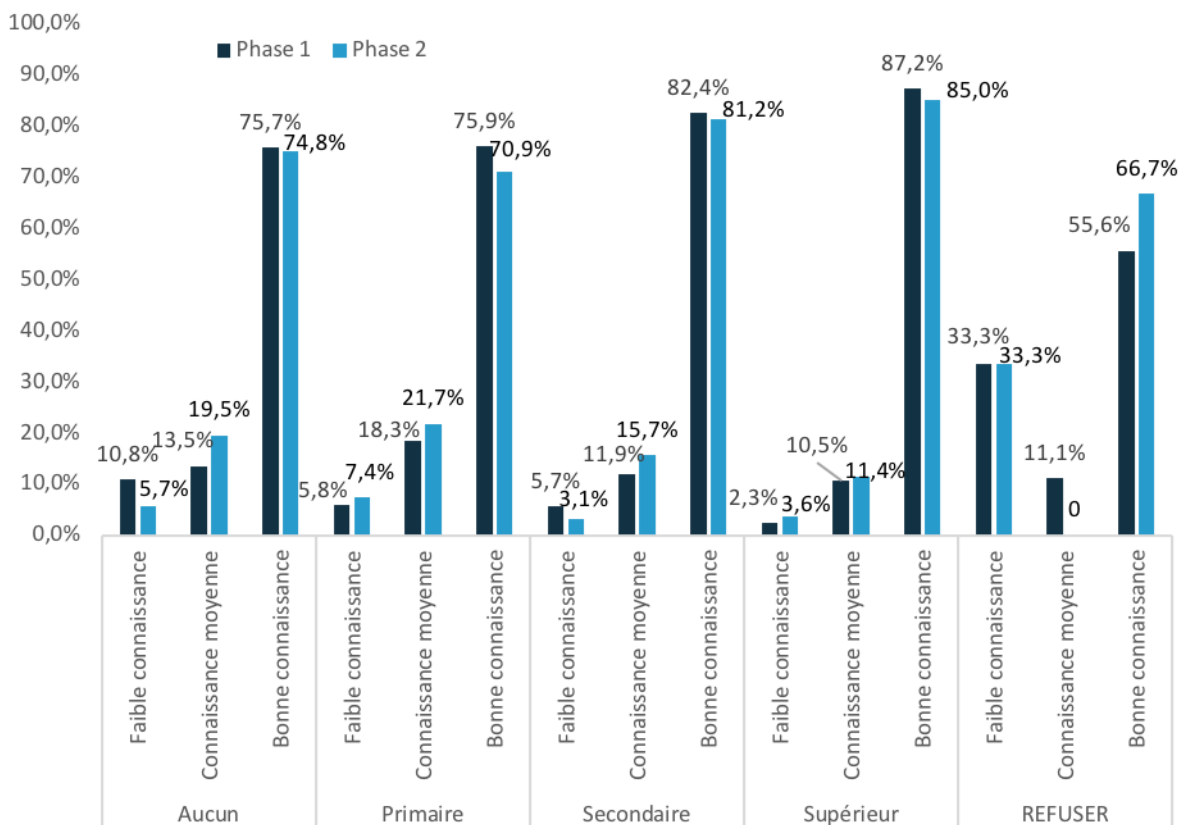


Figure 13 : Niveau de connaissance selon l'instruction

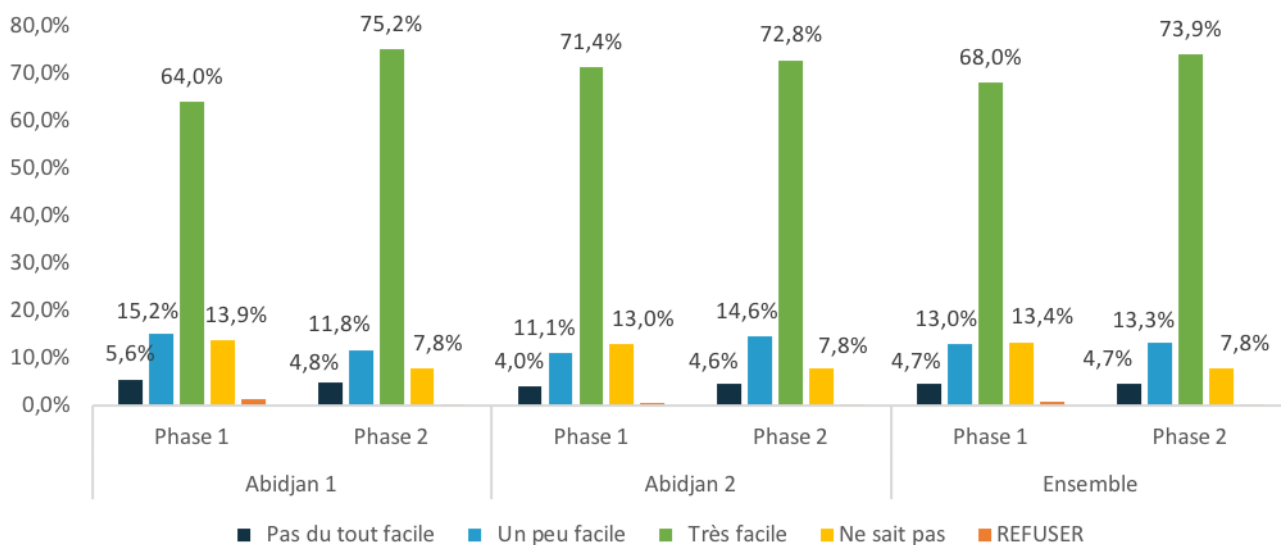
#### 4.5 Accessibilité du vaccin

##### ■ Perception de l'accessibilité du vaccin

Comparativement à la première phase, les personnes enquêtées dans la région d'Abidjan 1 pendant la deuxième phase trouvent l'accès au vaccin très facile (73,9% pour la phase 2 contre 68% pour la phase 1). Le test de comparaison de proportion révèle que cet écart est statistiquement significatif au seuil de 5% (P-value test de proportion=0,00).

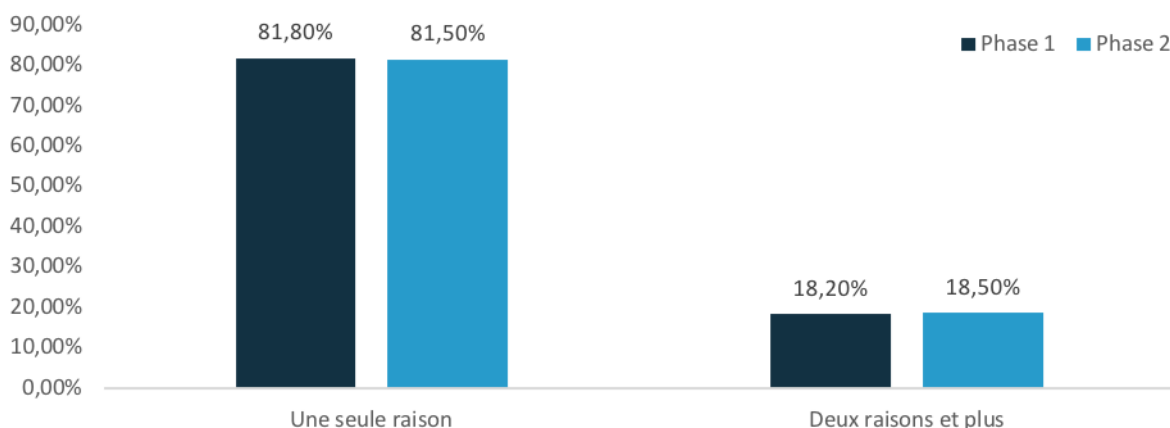


Hormis cet aspect, il n'existe pas de changement dans les perceptions exprimées par les enquêtés sur l'accessibilité du vaccin entre la phase 1 et la phase 2.



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

Pour les deux phases de l'étude, Plus de 81% des répondants ont évoqué une seule raison de l'accès difficile au vaccin pour soutenir leur point de vue tandis que Moins de 19% (18,20% en Phase 1 et 18,50% en phase 2 avec une différence non significative) ont évoqué deux raisons et plus pour soutenir l'accès difficile au vaccin. La situation des raisons de l'accès difficile au vaccin est argumentée plus bas.



*Figure 15: Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon le nombre de raisons avancées*



Les principales raisons évoquées par les répondants trouvant l'accès au vaccin difficile sont détaillées dans Figure 16 ; il s'agit du temps d'attente, dans les centres de vaccination, les horaires d'ouverture et l'éloignement des centres de vaccination.

Durant cette deuxième phase, 16,9% des enquêtés trouvant l'accès pas du tout facile ont affirmé que le lieu de vaccination est éloigné contre 7,9% pour la phase 1. Cette différence reste statistiquement significative au seuil de 5% (P-value =0,001).

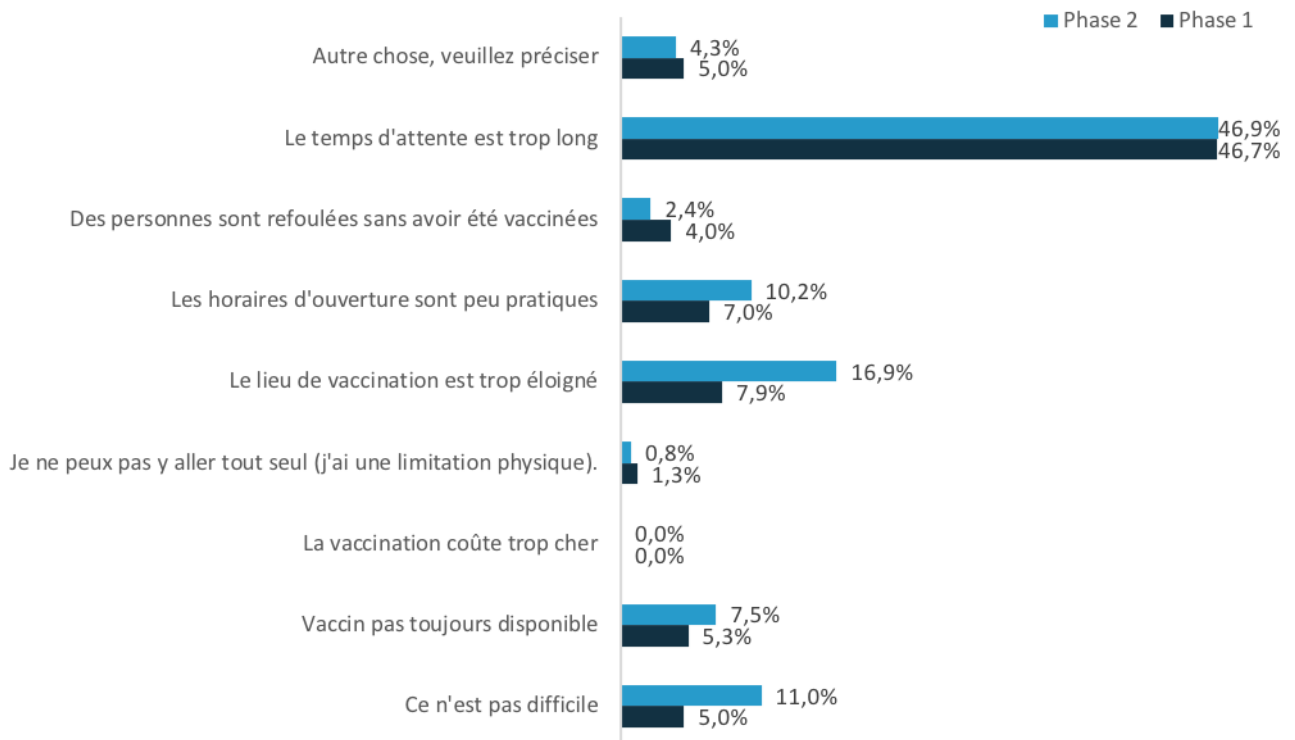


Figure 16: Répartition des personnes trouvant l'accès au vaccin difficile selon les raisons évoquées

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

Comparativement à la première phase, les personnes enquêtées dans la région sanitaire d'Abidjan 1 pendant la deuxième phase ont affirmé avoir complètement confiance aux prestataires de santé (76,7% pour la phase 2 contre 66,4% pour la phase 1). Le test de comparaison de proportion révèle que cet écart est statistiquement significatif au seuil de 5% (P-value test de proportion=0,01). Pour ce qui est de la région sanitaire d'Abidjan 2, il n'existe pas de changement significatif entre les réponses enregistrées d'une phase à une autre.

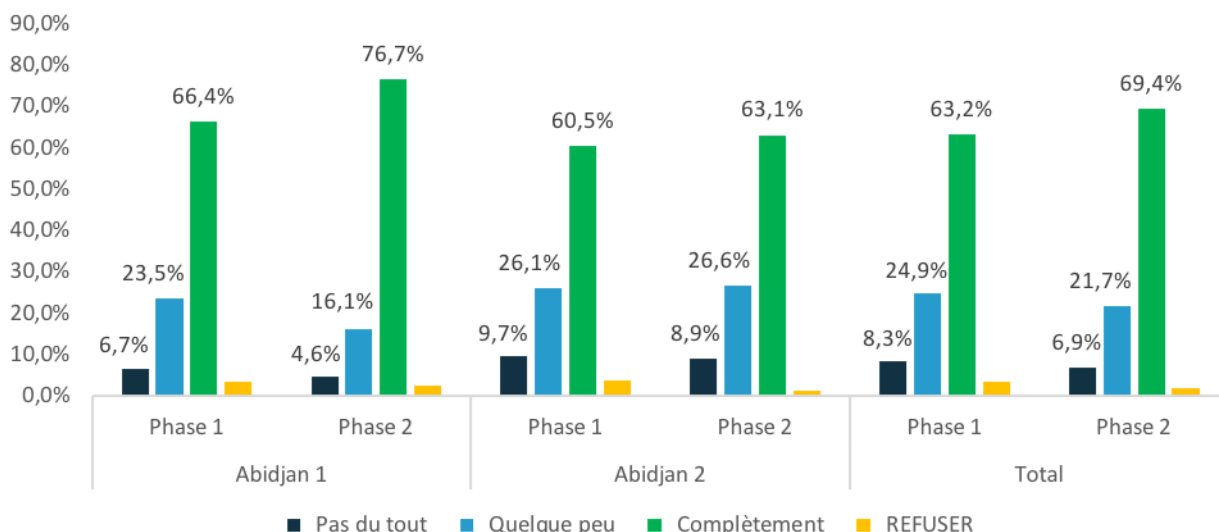


Figure 17: Répartition des personnes ayant confiance aux prestations en charge de la vaccination contre la COVID-19

#### 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 l'échantillon d'étude de la phase 1, plus du tiers (35,9%) des enquêtés ont reçu au moins une dose de 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% (P-value = 0,004). En outre, entre la phase 1 et la phase 2, nous constatons une hausse significative (P-value=0,000) de la proportion des personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19. Pour preuve, à la phase 2, 44% des enquêtés ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 contre environ 36% à la phase 1.

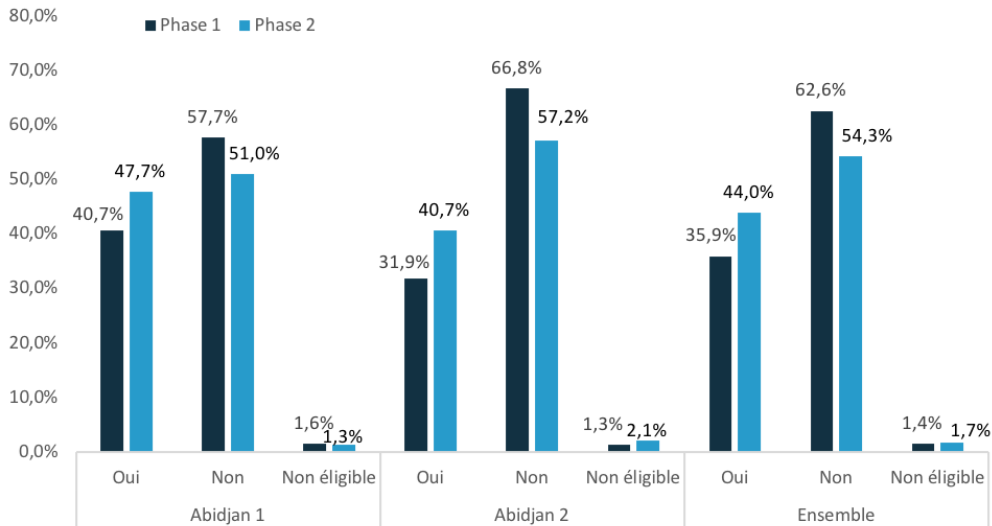


Figure 18 : Répartition des personnes enquêtées vaccinées contre la COVID19 par région sanitaire

#### Type de vaccins reçus par les personnes vaccinées

La majorité des personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin, a été vaccinée avec les vaccins Pfizer (45%) et AstraZeneca (26,6%), à la phase 1. De même à la phase 2, 44,3% des vaccinés ont reçu le vaccin Pfizer et 14,5% ont reçu le vaccin AstraZeneca. La baisse de la proportion de personnes ayant reçu le vaccin AstraZeneca de la phase 1 à la phase 2 est significative au seuil de 5% avec P-value=0,000.

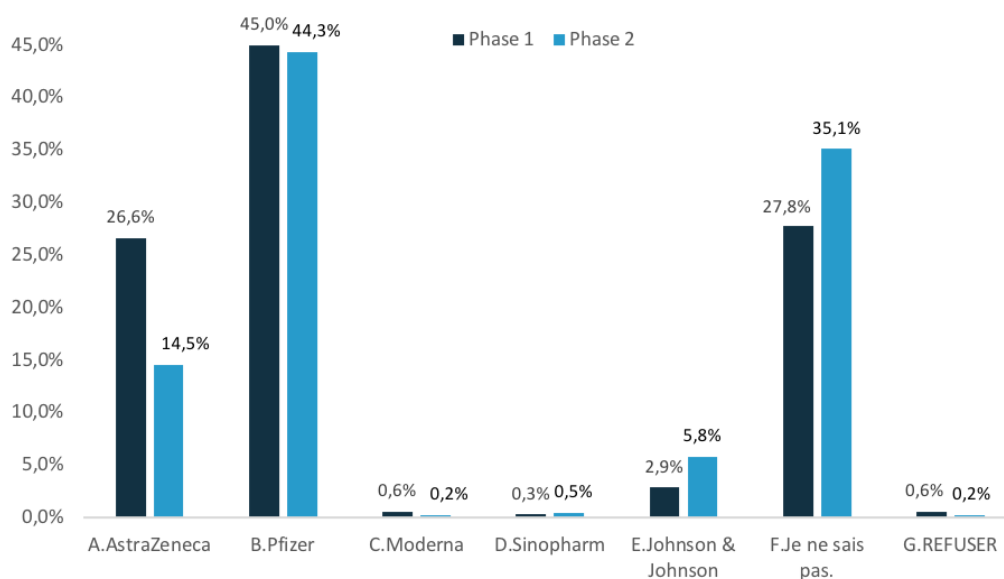


Figure 19 : Répartition des personnes enquêtées vaccinées ayant connaissance du nom du vaccin reçu



■ **Nombre de dose reçue par les personnes vaccinées**

Selon les résultats de la phase 1 l'étude, 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 la faire.

Cependant il existe une différence significative (P-value=0,009) entre la phase 1 et 2 relativement aux proportions des personnes ayant reçues au moins une dose. En effet, les résultats de la phase 2 montrent que plus de 67% des personnes ayant été vaccinées, ont reçu deux doses de vaccins contre 32,8% qui n'ont reçu qu'une seule dose. Par ailleurs, parmi celles ayant reçu une seule dose, 84,6% ont l'intention de faire la deuxième dose tandis que 7,7% ont affirmé ne pas avoir l'intention de la faire.

*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.*

Nombre de doses/ intention		Régions sanitaires											
		Abidjan 1				Abidjan 2				Ensemble			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
Combien de doses avez-vous reçu ?	Une	74	40,7%	87	39,7%	72	43,1%*	55	25,7%	146	41,8%	142	32,8%
	Deux	108	59,3%	132	60,3%	95	56,9%	159	74,3%*	203	58,2%	291	67,2%
	<b>Total</b>	<b>182</b>	<b>100,0%</b>	<b>219</b>	<b>100,0%</b>	<b>167</b>	<b>100,0%</b>	<b>214</b>	<b>100,0%</b>	<b>349</b>	<b>100,0%</b>	<b>433</b>	<b>100,0%</b>
Avez-vous l'intention de faire une deuxième	Oui	62	87,3%	59	81,9%	50	76,9%	40	88,9%	112	82,4%	99	84,6%
	Non	6	8,5%	6	8,3%	3	4,6%	3	6,7%	9	6,6%	9	7,7%
	Ne sais pas	2	2,8%	7	9,7%	3	4,6%	1	2,2%	5	3,7%	8	6,8%
	REFUSER	1	1,4%			9	13,8%	1	2,2%	10	7,4%	1	0,9%
	<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>100,0%</b>	<b>456</b>	<b>100,0%</b>	<b>521</b>	<b>100,0%</b>	<b>518</b>	<b>100,0%</b>	<b>967</b>	<b>100,0%</b>	<b>974</b>	<b>100,0%</b>

■ **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 enquêtés n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose. Environ 37,5% des enquêtés à la première phase contre 72,2% à la deuxième affirment qu'ils n'ont pas l'intention de recevoir une deuxième dose du fait des effets secondaires de la première dose. Cette différence reste significative au seuil de 5% (P-value=0,026). La deuxième raison évoquée par les enquêtés pour justifier le refus de la deuxième dose du vaccin contre la covid 19 est liée à la désapprobation des proches (11,1%) pour la deuxième phase.



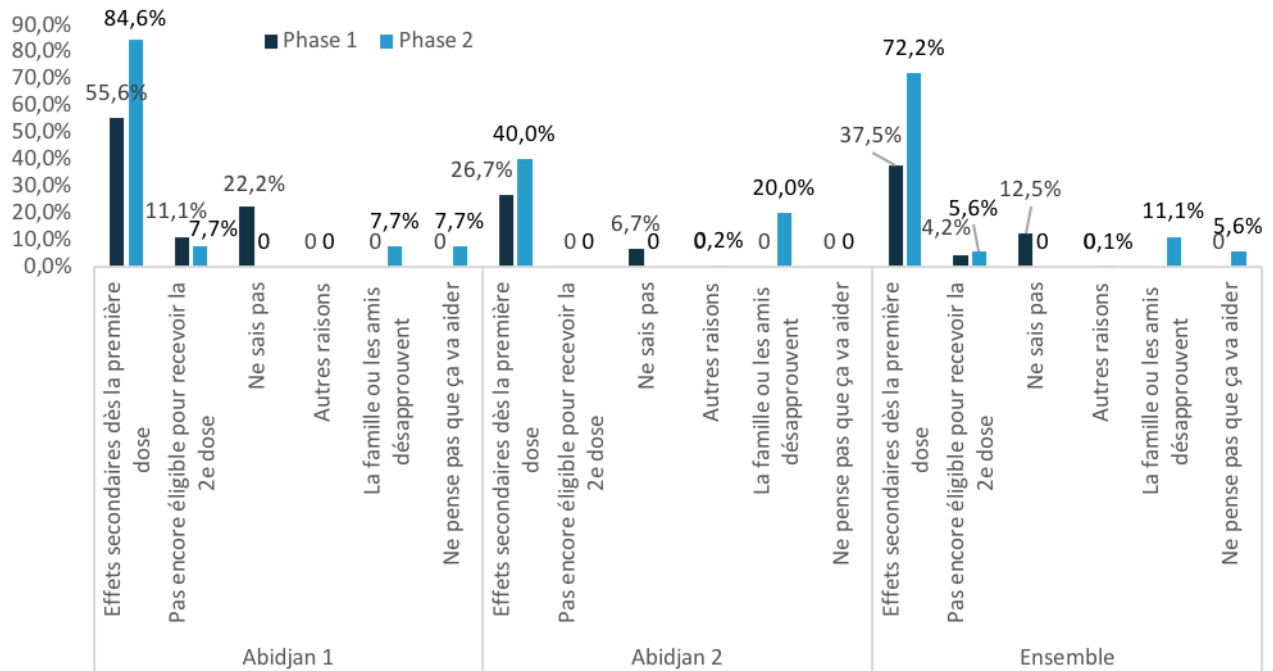


Figure 20 : Répartition des personnes n'ayant pas l'intention de faire la deuxième dose selon les raisons évoquées

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

##### ■ Intention des personnes non-vaccinées

A la phase 1, 62,6% des enquêtés n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19 et 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.

A la phase 2, 54,3% des enquêtés n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19 et 61% d'entre eux ont l'intention de se faire vacciner tandis que 28,4% ont affirmé n'avoir pas l'intention de le faire. Cependant il n'existe aucune différence significative entre les résultats des deux phases de l'étude.



## Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à la vaccination contre la COVID-19 (VAGUE 2)

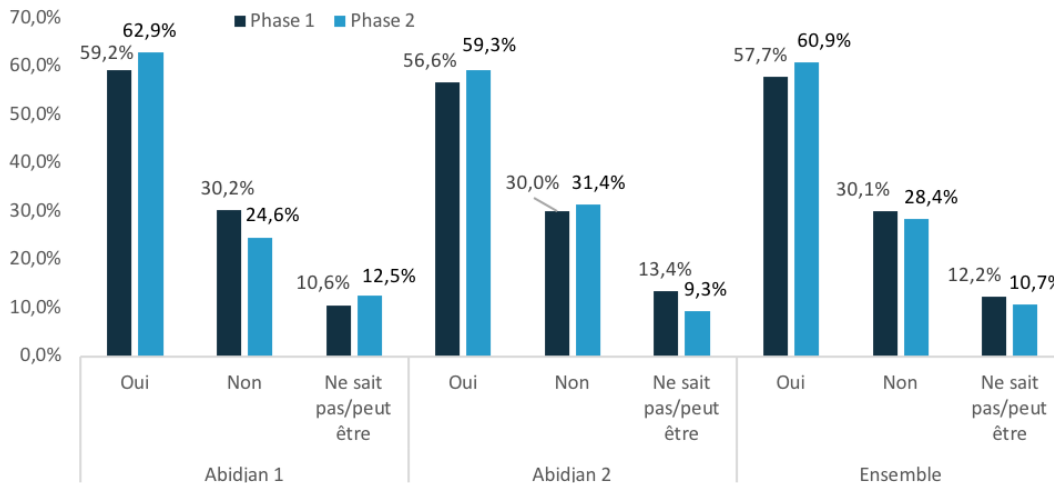


Figure 21 : Répartition des personnes non vaccinées selon leur intention de se vacciner

### ■ 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 évoquent les effets indésirables comme la première raison de leur refus (37,5%) suivie des rumeurs et fausses informations (32,9%). D'autres enquêtés ont soutenu que les vaccins n'étaient pas sûrs (31,6% pour la phase 1 ; 24,1% pour la phase 2) et qu'ils n'avaient pas confiance au gouvernement et aux fournisseurs de vaccins (27,4% pour la phase 1 ; 14,4% pour la phase 2).

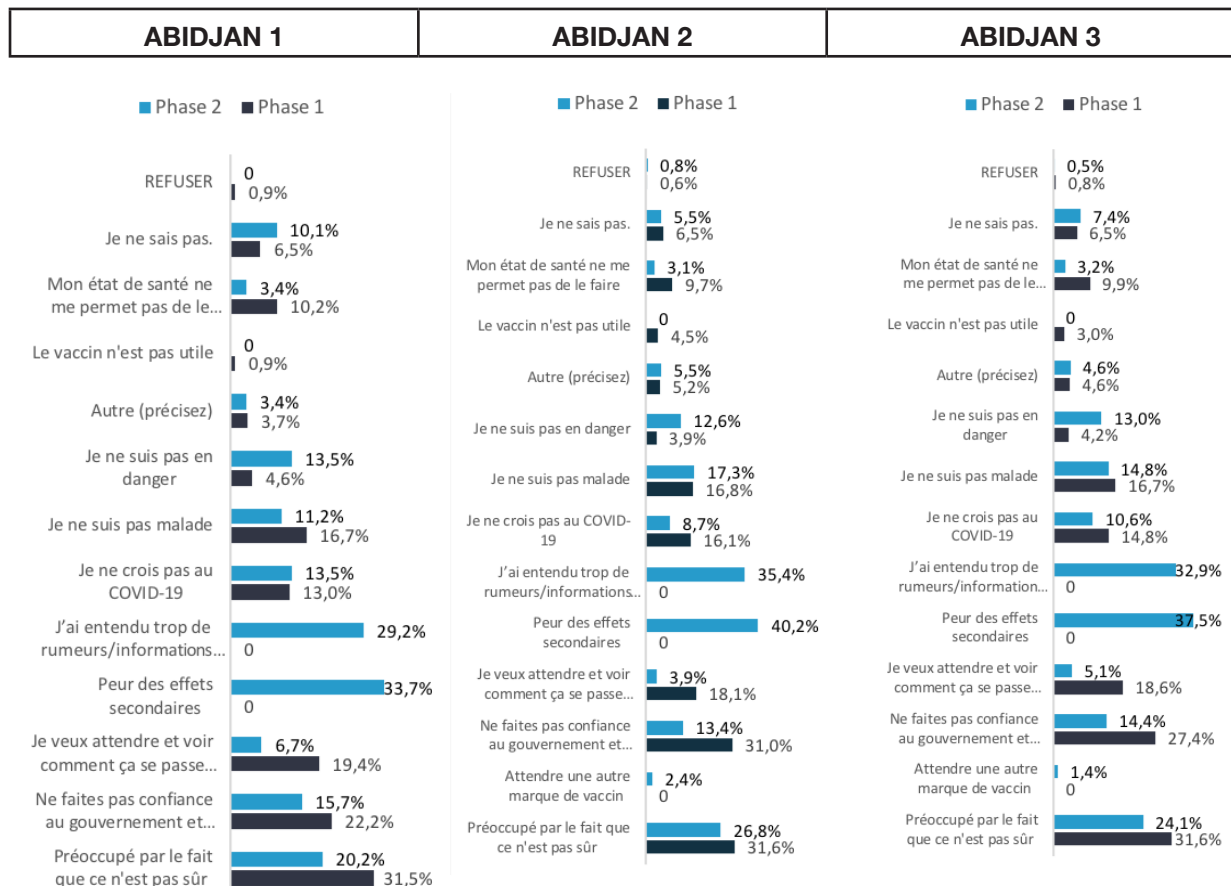


Figure 22 : Répartition des enquêtés non-vaccinés n'ayant pas l'intention de se faire vacciner selon les raisons évoquées



## 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, aussi bien à la phase 1 qu'à la phase 2. Aussi les conjoints (10,4%) influencent la décision de se faire vacciner contre la COVID-19.

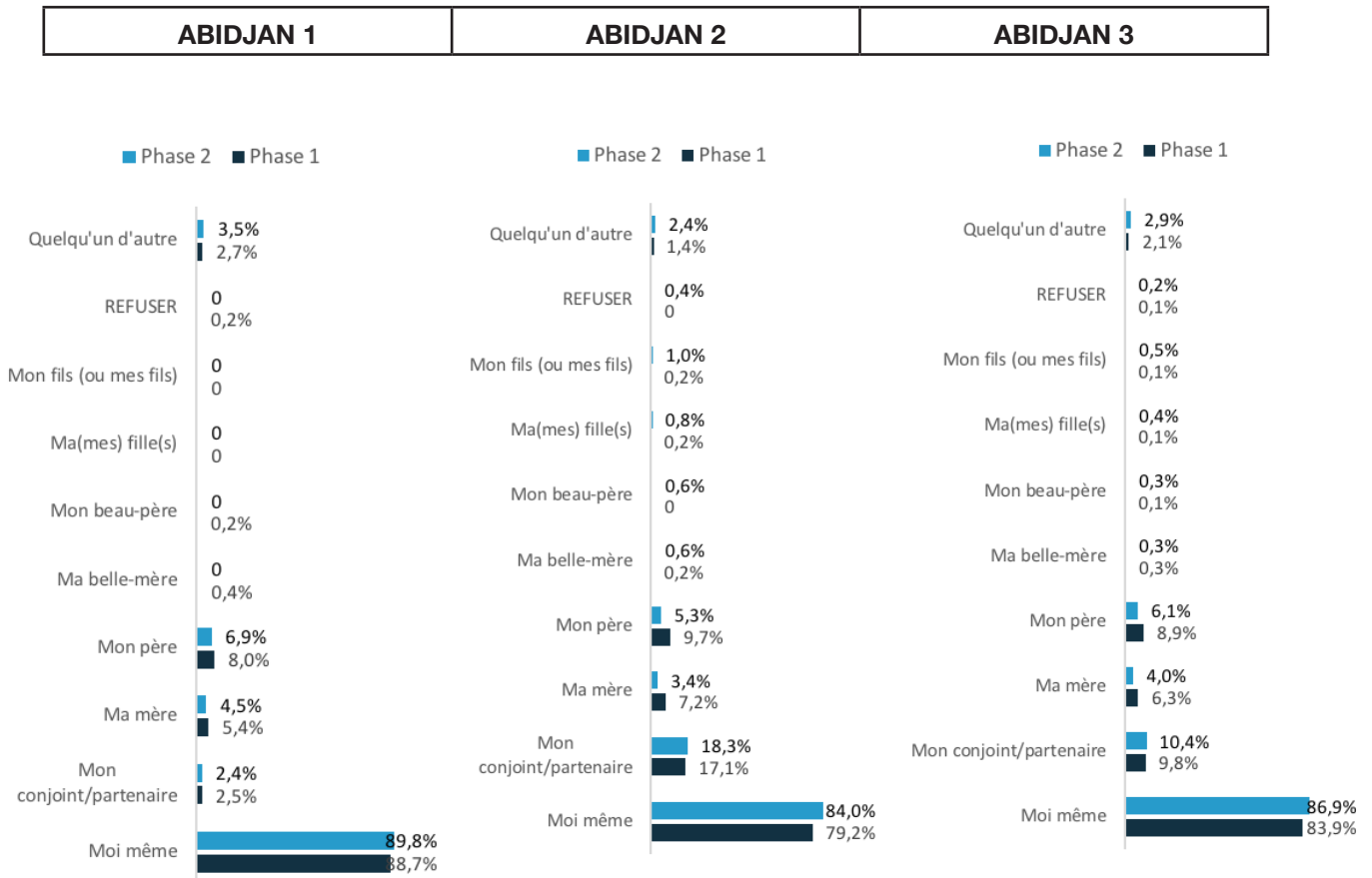


Figure 23 : Répartition des ménages enquêtés selon l'autonomie de décision des personnes enquêtées

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

Pour les deux phases, près de 70% des enquêtés préfèrent recevoir le vaccin dans les établissements sanitaires. A défaut des établissements sanitaires, ils sont au moins 26% à privilégier les centres d'accueil COVID-19. Cependant une augmentation significative ( $P$ -value=0,000) de la proportion des personnes qui préfèrent se faire vacciner au centre communautaire, salle de réunion ou magasin local, est observée de la phase 1 (6,7%) à la phase 2 (14,8%) de l'étude.

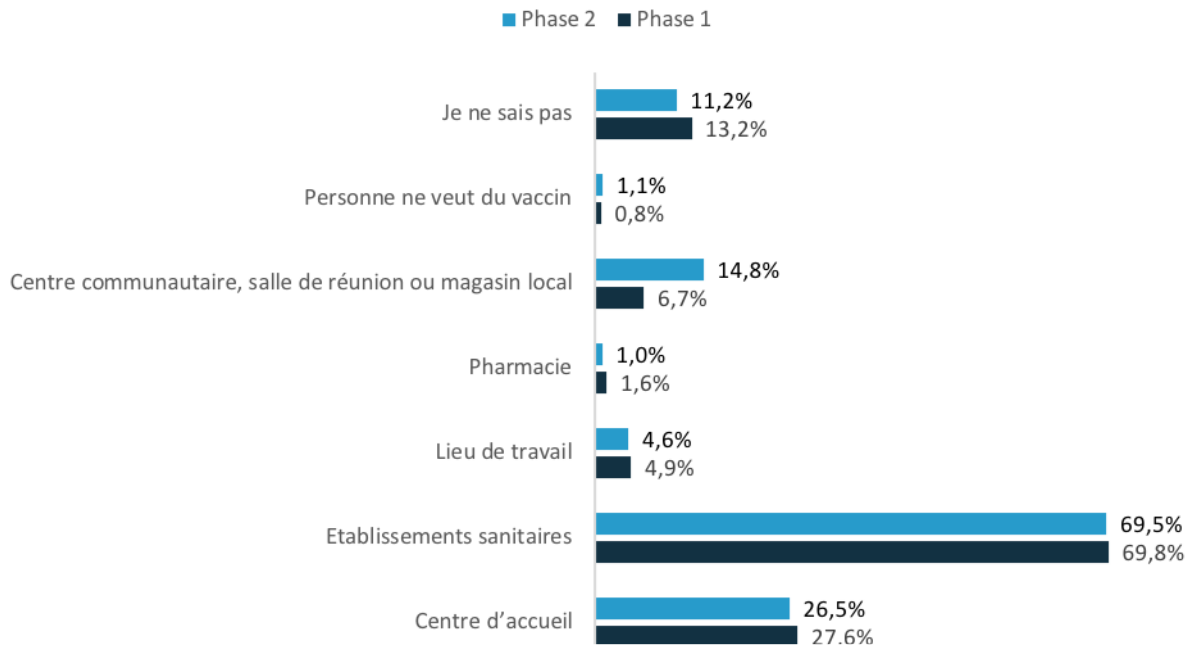


Figure 24 : Répartition des enquêtés selon les types de site préférés pour la vaccination

#### Type de vaccin préféré par les enquêtés

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

Les résultats de la phase 2 sont légèrement différents. En effet, plus 50% des enquêtés préfèrent le Pfizer, 38,5% le Johnson & Johnson et 9,2% l'AstraZeneca. De la phase 1 à la phase 2, les différences sont significatives entre les résultats relatifs aux vaccins Pfizer (P-value=0,009) et Johnson & Johnson (P-value=0,001).

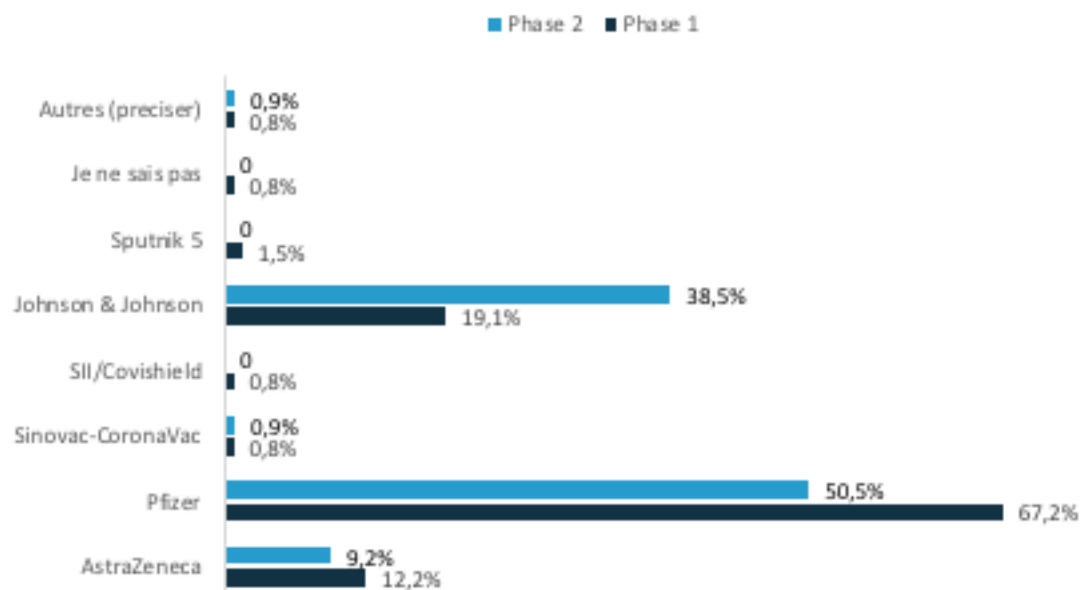


Figure 25 : Répartition des enquêtés par préférence de vaccin



Les raisons qui justifient la préférence du vaccin Pfizer sont que les répondants le trouvent plus efficace (36,6% lors de la phase 1 et 29,4% lors de phase 2), plus sûr (38,2% lors de la phase 1 et 40,4% à la phase 2) et ayant moins d'effets secondaires (33,6% à la phase 1 et 26,6% lors de la phase2). Il existe une différence significative entre les résultats de la phase 1 (16, 8%) et ceux de la phase 2 (35,8%) pour les personnes préférant recevoir une seule dose de vaccin.

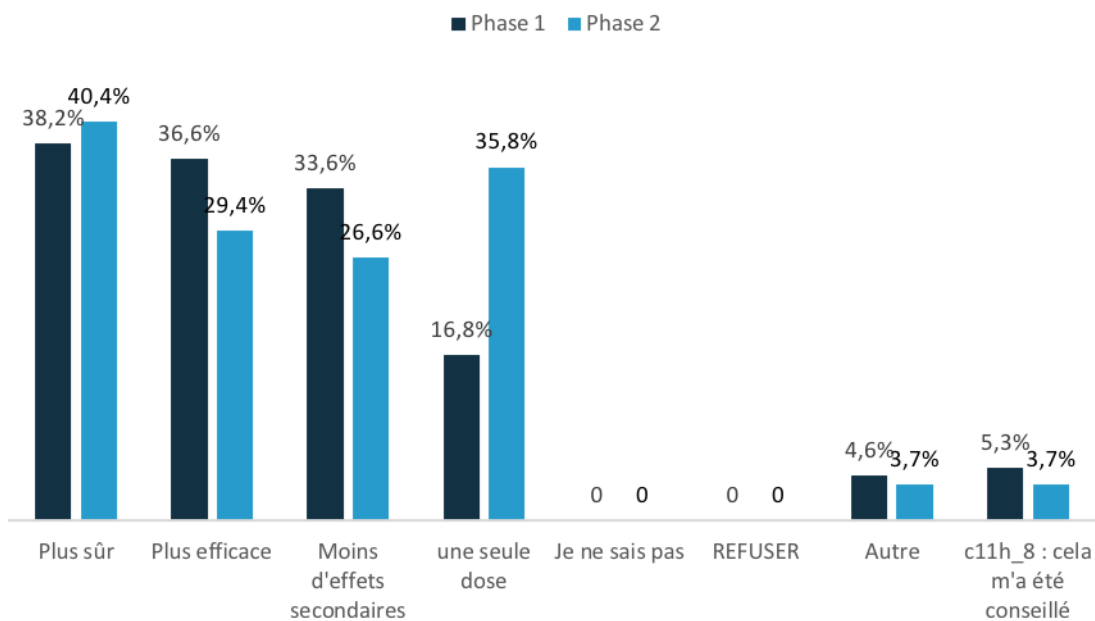


Figure 26 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence pour un type de vaccin

Les enquêtés ont affirmé préférer le plus le vaccin Pfizer en raison de la perception qu'il a moins d'effets secondaires (42% lors de phase 1 et 41,8% lors de la phase 2), est beaucoup plus efficace (39,8% lors de la phase 1 et 34,5% lors de la phase 2), en plus est beaucoup plus sûr (35,2% lors de la phase 1 et 40% lors de la phase 2). Ceux qui ont une forte préférence pour AstraZeneca trouvent ce vaccin plus sûr (56,3% lors de la phase 1 et 70% lors de phase 2). Par ailleurs, la plupart des enquêtés qui ont porté leur préférence sur le vaccin Johnson & Johnson l'ont fait pour la dose unique de ce vaccin (84% lors de la phase 1 et 90,5% lors de la phase 2).

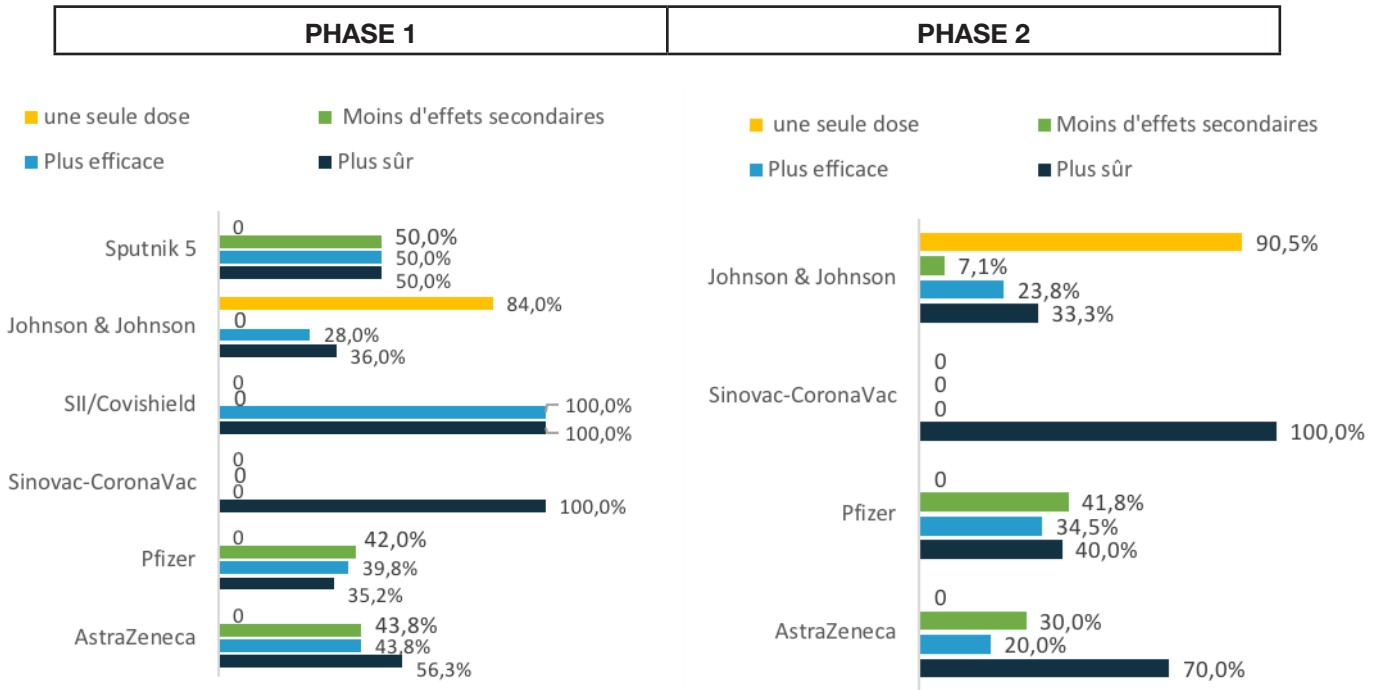


Figure 27 : Répartition des enquêtés selon les raisons de leur préférence par type de vaccin

### 4.9 Fausses informations entendues sur le vaccin

Dans le cadre de la première phase, 50,9% des enquêtés 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. 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, à 53,5% chez les personnes de niveau secondaire et à 54% chez les personnes de niveau supérieur.

Dans le cadre de la deuxième étude, 48,7% des enquêtés ont affirmé avoir entendu des fausses informations sur le vaccin. Il ressort également que les personnes plus instruites sont plus exposées aux fausses informations que les personnes n'ayant aucun niveau d'étude mais ce constat n'est pas confirmé statistiquement au seuil de 5%. Plus le niveau d'étude augmente, plus la proportion de personnes exposées aux fausses informations augmente. 41% de personnes n'ayant aucun niveau d'étude ont affirmé avoir entendu des fausses informations sur le vaccin contre la COVID-19, cette proportion passe à 49,6% chez les personnes de niveau primaire, à 50,4% chez les personnes de niveau secondaire et à 50,2% chez les personnes de niveau supérieur.



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

		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Avez-vous entendu quelque chose dernièrement à propos du vaccin COVID-19 ?	Oui	53,5%	51,6%	48,3%	46,2%	50,7%	48,7%
	Non	42,5%	44,9%	44,3%	50,6%*	43,5%	47,9%
	Ne sait pas/ peut être	3,1%	3,5%	7,3%*	3,2%	5,4%	3,4%
	REFUSER	0,9%		0,2%		0,5%	

Tableau 11 : Répartition des enquêtés ayant entendu des informations négatives sur le vaccin par niveau d'instruction

		Niveau d'instruction									
		Aucun		Primaire		Secondaire		Supérieur		REFUSER	
		Phase 1 (N=141)	Phase 2 (N=156)	Phase 1 (N=218)	Phase 2 (N=224)	Phase 1 (N=342)	Phase 2 (N=385)	Phase 1 (N=263)	Phase 2 (N=217)	Phase 1 (N=7)	Phase 2 (N=3)
Avez-vous entendu quelque chose dernièrement à propos du vaccin COVID-19 ?	Oui	43,3%	41,0%	48,2%	49,6%	53,5%	50,4%	54,0%	50,2%	14,3%	66,7%
	Non	51,1%	57,1%	44,5%	48,2%	42,4%	44,7%	39,2%	47,0%	71,4%	33,3%
	Ne sait pas/ peut être	5,7%	1,9%	6,0%*	2,2%	4,1%	4,9%	6,1%	2,8%	14,3%	
	REFUSER			1,4%				0,8%			

Dans ces deux études, 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% à la phase 1 et 53,1% à la phase 2), il peut provoquer l'infertilité ou des problèmes de santé de la reproduction (33,5% à la phase 1 et 36,9% à la phase 2), les vaccins sont faux/ne fonctionnent pas (33,5% à la phase 1 et 37,5% à la phase 2), les vaccins ne protègent pas contre la COVID-19 (15,5% à la phase 1 et 30,6% à la phase 2). A noter que les différences observées entre les deux phases de l'étude ne sont pas statistiquement significatives. Par ailleurs, une augmentation significative (P-value=0,000), est observée de la phase 1 (15,4%) à la phase 2 (30,6%) en ce qui concerne les personnes évoquant que le vaccin ne contribue pas à protéger de la COVID-19. Par contre une baisse significative (P-value=0,042) s'observe entre les personnes qui affirment qu'à partir du vaccin il est possible d'implanter une puce ou permettre au gouvernement de suivre la personne entre la phase 1 (18,1%) et la phase 2 (13,3%).



*Tableau 12 : Répartition des enquêtés selon les fausses informations entendues sur le vaccin*

	Régions sanitaires											
	Abidjan 1				Abidjan 2				Ensemble			
	Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1	Phase 2		
Il ne contribue pas à vous protéger du COVID	44	18,4%	75		32	12,6%	72	29,6%*	76	15,4%	147	30,6%
Il peut vous guérir si vous avez le COVID	13	5,4%	10	4,2%	4	1,6%	21	8,6%*	17	3,5%	31	6,5%
Il peut provoquer l'infertilité ou des problèmes de santé reproductive	80	33,5%	84	35,4%	85	33,6%	93	38,3%	165	33,5%	177	36,9%
Il peut vous implanter une puce/ permettre au gouvernement de vous suivre	51		25	10,5%	38	15,0%	39	16,0%	89	18,1%	64	13,3%
C'est pour nous tuer/réduire la population	134	56,1%	134	56,5%	129	51,0%	121	49,8%	263	53,5%	255	53,1%
C'est la marque de la bête (ou autre objection religieuse)	13	5,4%	9	3,8%	15	5,9%	15	6,2%	28	5,7%	24	5,0%
Il peut vous infecter avec le COVID ou un autre virus comme le VIH ou Ebola	30	12,6%	32	13,5%	31	12,3%	40	16,5%	61	12,4%	72	15,0%
Les vaccins sont faux/ne fonctionnent pas	70	29,3%	102		95	37,5%	78	32,1%	165	33,5%	180	37,5%
N'a rien entendu					2	0,8%			2	0,4%		
Je ne sais pas	1	0,4%	3	1,3%	1	0,4%			2	0,4%	3	0,6%
Autre	12	5,0%	6	2,5%	8	3,2%	11	4,5%	20	4,1%	17	3,5%

## ■ Attitude générale des enquêtés

### □ Attitude à l'égard du vaccin

Entre les deux phases de l'étude, il y a eu certains changements significatifs des attitudes à l'égard du vaccin

- Dans la région d'Abidjan 2, 69,8% des personnes enquêtées pour la phase 2 ont affirmé qu'il faut deux (02) doses pour être complètement vacciné alors que ce pourcentage s'élève à 63,9% pour la phase 1 (P-value=0,044) ;
- Les enquêtés de la région sanitaire d'Abidjan 1 pour la phase 2 ont affirmé à 78,6% que le vaccin en Côte d'Ivoire est sûr contre phase 70,5% lors de la phase 1 (P-value value=0,005). Aussi, 71,5% des enquêtés de la région sanitaire d'Abidjan 2 pour la phase 2 ont affirmé que le vaccin qui existe en Côte d'Ivoire est sûr contre 63,5% pour la phase 1 (P-value=0,006) ;
- Lors de la phase 2, 64,8% des enquêtés de la région d'Abidjan 2 phase ont affirmé que le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave due à la COVID-19. Ce pourcentage est supérieur à celui de la phase 1 qui est de 54,0% phase (P-value=0,000) ;





- Dans la région sanitaire d'Abidjan 1, pour la phase 2 les personnes enquêtées ont répondu à 53,6% que le vaccin contre la COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus à la COVID-19 contre 62,0% pour la phase 1 (P-value=0,011). Par contre, dans la région sanitaire d'Abidjan 2, 49,2% des enquêtés pour la phase 2 ont affirmé que le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus à la COVID-19 contre 40,6% des enquêtés pour la phase 1 (P-value=0,005) ;
- La perception négative des personnes enquêtées vis-à-vis des autorités est en baisse de la phase 1 à la phase 2. Ainsi, 29,7% des enquêtées de la région sanitaire d'Abidjan 2 pour la phase 2 ont affirmé que les autorités ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19 contre 40,5% pour la phase 1 (P-value=0,000) ;

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

Caractéristiques		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Il faut 2 injections pour être complètement vacciné	D'accord	78,3%	82,1%	63,9%	69,8%	70,5%	75,5%
	Pas d'accord	8,1%	8,7%	13,9%	13,7%	11,2%	11,4%
	Je ne sais pas	13,2%	9,2%	21,9%	16,5%	17,9%	13,1%
	REFUSER	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%
Ici en Côte d'Ivoire, est sûr.	D'accord	70,5%	78,6%*	63,5%	71,5%*	66,7%	74,8%
	Pas d'accord	11,2%*	7,4%	17,7%*	15,0%	14,7%	11,5%
	Je ne sais pas	17,9%	13,9%	18,1%	13,5%	18,0%	13,7%
	REFUSER	0,4%	0,0%	0,6%	0,0%	0,5%	0,0%
Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir une maladie grave due au COVID-19	D'accord	69,4%	74,9%	54,0%	64,8%*	61,1%	69,5%
	Pas d'accord	15,4%	11,3%	26,7%*	21,3%	21,5%	16,6%
	Je ne sais pas	15,0%	13,7%	18,9%*	13,9%	17,1%	13,8%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%
Le vaccin contre le COVID-19 est efficace pour prévenir les décès dus au COVID-19.	D'accord	62,0%*	53,6%	40,6%	49,2%*	50,5%	51,3%
	Pas d'accord	23,3%	26,6%	38,2%	33,1%	31,3%	30,1%
	Je ne sais pas	14,8%	19,8%*	20,6%	17,7%	17,9%	18,7%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%	0,0%
Les remèdes locaux sont plus efficaces pour prévenir le COVID-19 que le vaccin.	D'accord	14,5%	14,8%	24,6%	20,9%	20,0%	18,1%
	Pas d'accord	69,4%	64,1%	56,1%	55,9%	62,2%	59,7%
	Je ne sais pas	16,1%	21,1%	18,7%	23,2%	17,5%	22,2%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%	0,0%
Le vaccin contre le COVID-19 ne peut pas guérir une personne qui est actuellement malade du COVID-19.	D'accord	38,7%	48,8%*	35,3%	42,8%*	36,9%	45,6%
	Pas d'accord	37,8%	31,8%	36,3%	34,4%	37,0%	33,2%
	Je ne sais pas	23,3%	19,4%	28,2%*	22,8%	26,0%	21,2%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%



## Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à la vaccination contre la COVID-19 (VAGUE 2)

Caractéristiques		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Si je veux obtenir le vaccin COVID-19, je sais comment l'obtenir.	D'accord	90,2%	96,3%*	94,1%	93,0%	92,3%	94,5%
	Pas d'accord	2,5%	1,3%	1,5%	2,9%	2,0%	2,1%
	Je ne sais pas	4,0%	2,4%	3,8%	4,2%	3,9%	3,4%
	REFUSER	3,4%	0,0%	0,6%	0,0%	1,9%	0,0%
Les gens comme vous reçoivent le vaccin COVID-19.	D'accord	91,5%	92,8%	88,2%	90,5%	89,7%	91,6%
	Pas d'accord	4,7%	4,1%	8,2%	6,1%	6,6%	5,2%
	Je ne sais pas	3,6%	3,1%	3,6%	3,4%	3,6%	3,2%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
Les personnes qui sont importantes pour vous pensent que vous devriez recevoir le vaccin COVID-19.	D'accord	79,0%	84,1%*	76,5%	82,7%*	77,7%	83,4%
	Pas d'accord	15,4%	11,1%	18,7%	14,3%	17,2%	12,8%
	Je ne sais pas	5,6%	4,8%	4,6%	3,0%	5,0%	3,9%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Les autorités ont caché au public des informations importantes sur le déploiement du vaccin COVID-19.	D'accord	33,8%	30,9%	40,5%*	29,7%	37,4%	30,3%
	Pas d'accord	44,3%	48,6%	37,2%	45,2%*	40,5%	46,8%
	Je ne sais pas	21,0%	20,5%	21,8%	25,1%	21,4%	22,9%
	REFUSER	0,9%	0,0%	0,6%	0,0%	0,7%	0,0%
Vous préférez recevoir le vaccin COVID-19 que de courir le risque de tomber malade à cause du COVID-19."	D'accord	74,9%	80,2%	65,1%	72,6%*	69,6%	76,1%
	Pas d'accord	16,3%	13,7%	27,5%*	21,9%	22,3%	18,1%
	Je ne sais pas	8,5%	5,7%	7,4%	5,3%	7,9%	5,5%
	REFUSER	0,2%	0,4%	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%
Le vaccin COVID-19 peut avoir des effets secondaires qui vous rendent malade.	D'accord	77,2%	76,3%	71,8%	65,8%	74,3%	70,7%
	Pas d'accord	15,4%	17,0%	18,1%	23,6%	16,9%	20,5%
	Je ne sais pas	7,2%	6,8%	9,9%	10,6%	8,7%	8,8%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%
"Vous êtes prêt à affronter les symptômes de la grippe afin d'être protégé de la maladie grave du COVID-19."	D'accord	49,9%	45,1%	43,3%	53,0%*	46,3%	49,3%
	Pas d'accord	37,8%	43,1%	41,8%	40,1%	40,0%	41,5%
	Je ne sais pas	11,2%	11,8%	14,3%*	6,5%	12,9%	8,9%
	REFUSER	1,1%	0,0%	0,6%	0,4%	0,8%	0,2%
Les autorités ivoiriennes ont fait un bon travail de communication avec le public sur le vaccin COVID-19	D'accord	68,9%	74,9%*	63,7%	78,1%*	66,1%	76,6%
	Pas d'accord	25,5%	20,7%	30,5%*	18,6%	28,2%	19,6%
	Je ne sais pas	5,1%	4,4%	5,5%*	3,0%	5,4%	3,7%
	REFUSER	0,4%	0,0%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%
Les vaccins COVID sont sans risque majeur pour les femmes enceintes.	D'accord	Na	16,3%	Na	10,8%	Na	13,4%
	Pas d'accord	Na	66,9%	Na	72,4%	Na	69,8%
	Je ne sais pas	Na	16,8%	Na	16,7%	Na	16,8%
	REFUSER	Na	0,0%	Na	0,0%	Na	0,0%
Les vaccins COVID sont sans risque majeur pour les adolescents (moins de 18ans).	D'accord	Na	16,8%	Na	20,7%	Na	18,9%
	Pas d'accord	Na	66,7%	Na	65,8%	Na	66,2%
	Je ne sais pas	Na	16,6%	Na	13,5%	Na	14,9%
	REFUSER	Na	0,0%	Na	0,0%	Na	0,0%
Je me sens responsable de me faire vacciner pour me protéger et protéger les autres de la COVID-19.	D'accord	Na	88,0%	Na	86,9%	Na	87,4%
	Pas d'accord	Na	6,8%	Na	9,5%	Na	8,2%
	Je ne sais pas	Na	5,0%	Na	3,4%	Na	4,2%
	REFUSER	Na	0,2%	Na	0,2%	Na	0,2%



□ Attitude à l'égard de la COVID-19

Entre les deux phases de l'étude, il y a eu certains changements significatifs des attitudes à l'égard de la COVID-19. En effet, les personnes enquêtées sont moins nombreuses à affirmer pendant la deuxième phase que la maladie de COVID la Covid-19 est une maladie très grave contrairement à la première phase. En effet,

- 55,9% des enquêtés de la région sanitaire d'Abidjan 1 pour la phase 2 considèrent la COVID-19 comme une maladie grave contre 68,7% pour la phase 1 (P-value=0,000) ;
- 58,3% des enquêtées de la région sanitaire d'Abidjan 1 pour la phase 2 ont affirmé que si un membre de leur famille a la COVID-19, ça serait pour eux probablement une maladie grave contre 69,3% pour la phase 1 (P-value=0,000). Aussi, 45,4% des enquêtées de la région sanitaire d'Abidjan 2 pour la phase 2 ont affirmé que si un membre de leur famille a la COVID-19, ça serait pour eux probablement une maladie grave contre 56,7% pour la phase 1 (P-value=0,000).

Tableau 14: Répartition des enquêtés selon leurs attitudes à l'égard de la COVID-19

Caractéristiques		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
Le COVID-19 existe en Côte d'Ivoire.	D'accord	78,3%	81,3%	83,1%	86,7%	80,9%	84,2%
	Pas d'accord	10,7%	8,7%	10,0%	9,4%	10,3%	9,1%
	Je ne sais pas	10,9%	10,0%	6,5%	3,9%	8,5%	6,7%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%	0,0%
Il est probable que je puisse avoir du COVID-19.	D'accord	77,2%	76,7%	65,0%	69,3%	70,6%	72,7%
	Pas d'accord	15,4%	17,2%	27,8%	23,9%	22,1%	20,8%
	Je ne sais pas	7,4%	5,9%	7,2%	6,7%	7,3%	6,3%
	REFUSER	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
"si vous avez le COVID-19, pour vous ça serait probablement une maladie grave."	D'accord	68,7%*	55,9%	51,1%	47,6%	59,2%	51,4%
	Pas d'accord	23,7%	36,1%*	39,6%	42,4%	32,3%	39,5%
	Je ne sais pas	7,4%	7,6%	9,1%	9,8%	8,3%	8,8%
	REFUSER	0,2%	0,4%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
Il est probable qu'un membre de votre famille puisse avoir le COVID-19.	D'accord	77,6%	76,5%	70,2%	70,2%	73,6%	73,1%
	Pas d'accord	16,7%	17,4%	23,5%	22,2%	20,4%	20,0%
	Je ne sais pas	5,7%	5,7%	6,1%	7,4%	5,9%	6,6%
	REFUSER	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%
"Si quelqu'un de votre famille avait le COVID-19, ce serait probablement une maladie grave"	D'accord	69,3%*	58,3%	56,7%*	45,4%	62,5%	51,3%
	Pas d'accord	23,0%	31,7%*	33,5%	40,4%*	28,7%	36,4%
	Je ne sais pas	7,6%	10,0%	9,6%	13,9%	8,7%	12,1%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%



## Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à la vaccination contre la COVID-19 (VAGUE 2)

Caractéristiques		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
"Vous connaissez personnellement quelqu'un qui a eu le COVID-19."	D'accord	14,8%	20,9%*	29,3%	25,7%	22,6%	23,5%
	Pas d'accord	68,0%	62,8%	63,1%	68,9%*	65,4%	66,1%
	Je ne sais pas	17,0%	16,3%	7,6%	5,4%	11,9%	10,4%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
" Vous connaissez personnellement quelqu'un qui a été hospitalisé avec le COVID-19."	D'accord	10,4%	15,4%*	20,4%	17,6%	15,8%	16,6%
	Pas d'accord	72,6%	67,4%	71,7%	75,6%	72,1%	71,8%
	Je ne sais pas	17,0%	17,2%	8,0%	6,7%	12,1%	11,5%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
"Je me sens responsable de suivre les mesures de barrière pour protéger les autres de COVID-19."	D'accord	Na	93,3%	Na	94,8%	Na	94,1%
	Pas d'accord	Na	4,3%	Na	4,3%	Na	4,3%
	Je ne sais pas	Na	2,2%	Na	0,9%	Na	1,5%
	REFUSER	Na	0,2%	Na	0,0%	Na	0,1%

### □ 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 23,4% des personnes enquêtées de la phase 2 ont des attitudes positives (score compris entre 80 et 100%) contre 23,6% pour la phase 1. Cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil de 5%. Par ailleurs, la proportion des participants ayant un score d'attitude moyen est plus importante pendant la phase 2 (43,4%) que pour la phase 1 (36,6%) (P-value=0,002).

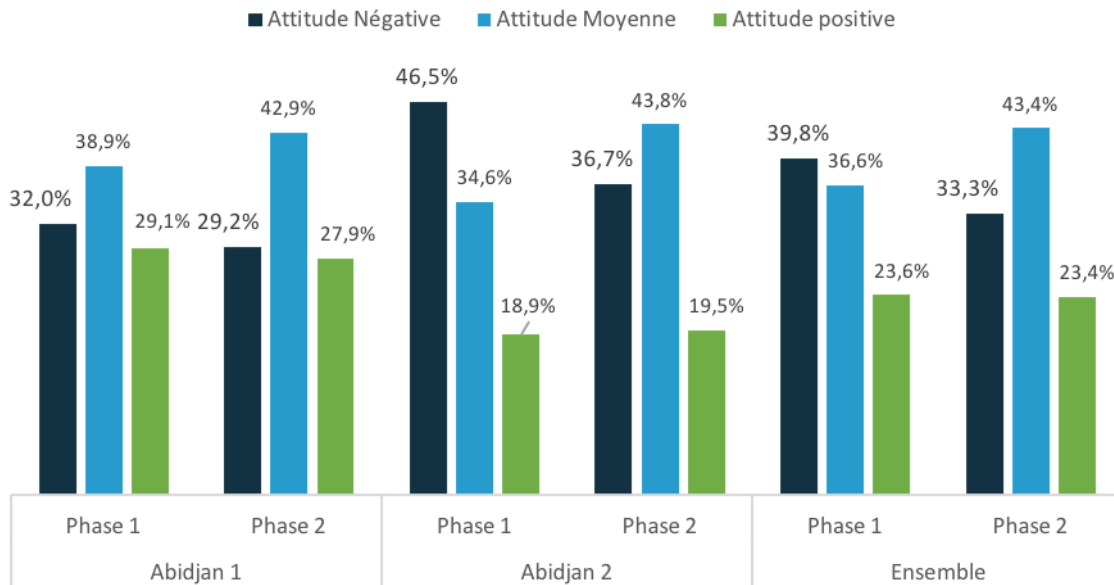


Figure 28: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par région sanitaire selon les phases.

#### Attitudes des enquêtés selon le sexe

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, l'indice des attitudes a augmenté de 8,6 points de pourcentage entre les deux phases de l'étude. En effet, la proportion des hommes ayant une attitude jugée moyenne est passée de 35,2% pour la phase 1 à 43,8% pour la phase 2. Cette différence est statistiquement significative (P-value=0,005). Par ailleurs, chez les femmes, on observe la même tendance. La proportion de femmes ayant une attitude moyenne est passée de 38% lors de la phase 1 à 44,6% lors de la phase 2 (P-value=0,034). Il faut également signaler que pour chaque groupe cible, les proportions

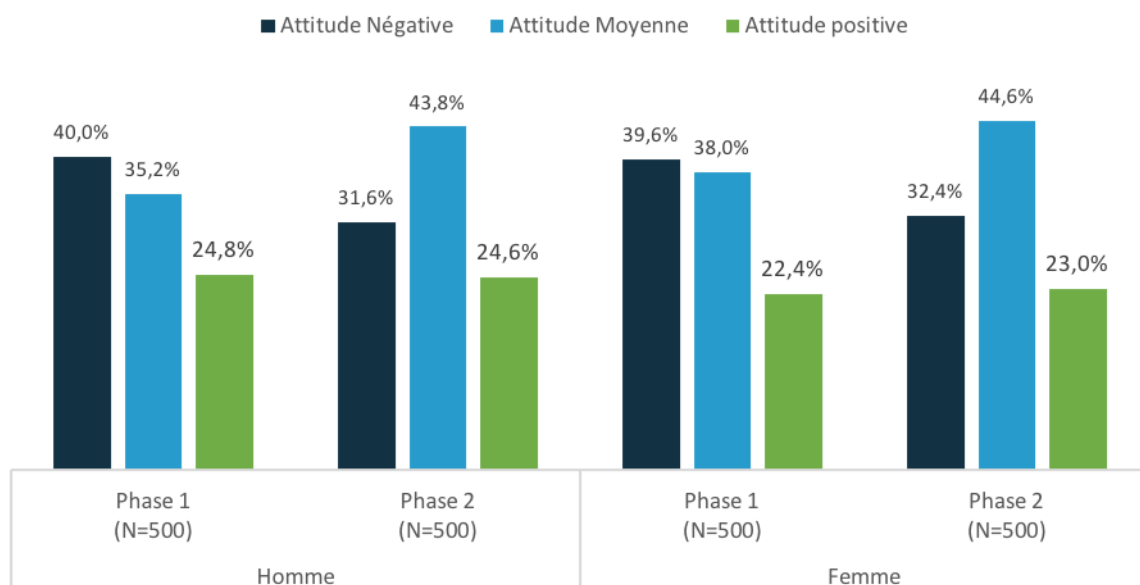


Figure 29: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par le sexe selon les phases



#### Attitudes des enquêtés selon l'âge

Les personnes de 18 à 25 ans représentent le groupe de personnes dans lequel une différence significative en termes d'attitude a été observée entre les deux phases de l'étude. Pour preuve, la proportion de personnes de 18 à 25 ans ayant une attitude moyenne est passée de 33,5% pour la phase 1 à 43,5% pour la phase 2. Cette différence est statistiquement significative (P-value=0,036). Également, la proportion de personnes de ce même groupe d'âge ayant des attitudes « positives » s'est accrue légèrement.

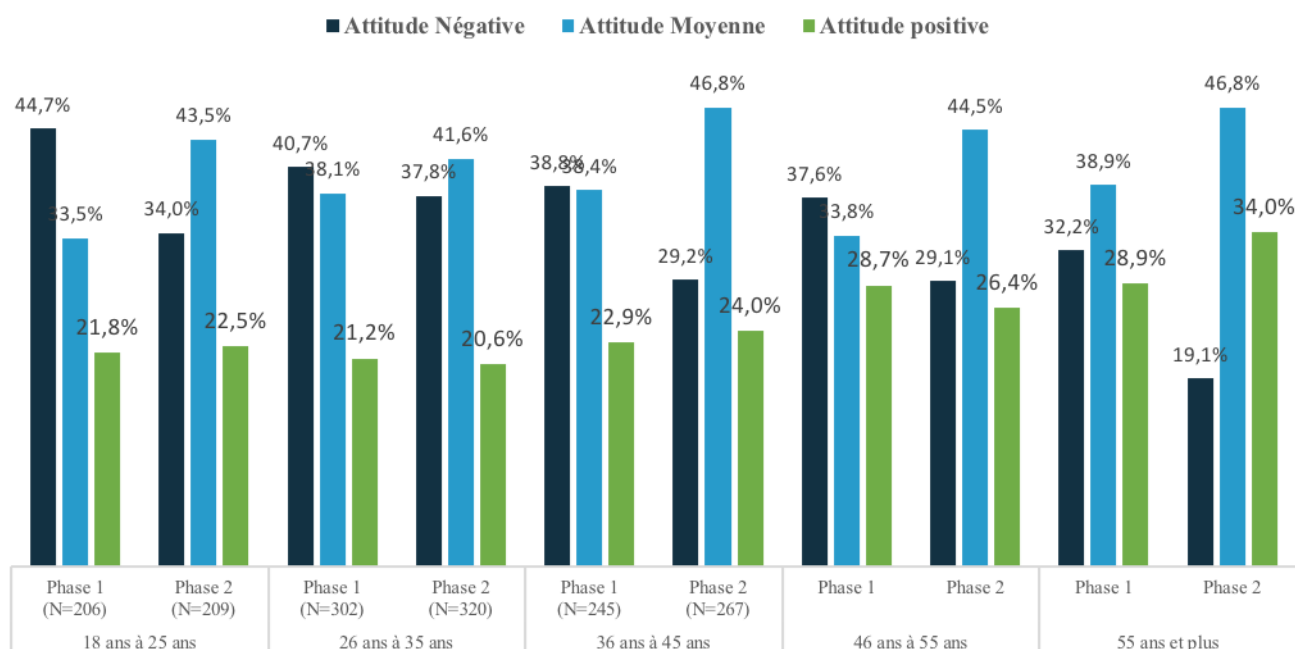


Figure 30: Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par tranche d'âge selon les phases

#### Attitudes des enquêtés selon le niveau d'étude

Les personnes enquêtées de niveau secondaire constituent le niveau d'étude dans lequel une différence significative en termes d'attitude a été observée entre deux phases de l'étude. Pour preuve, la proportion de personnes de niveau secondaire ayant une attitude moyenne est passée de 32,9% pour la phase 1 à 45,1% pour la phase 2. Cette différence est statistiquement significative (P-value=0,001).

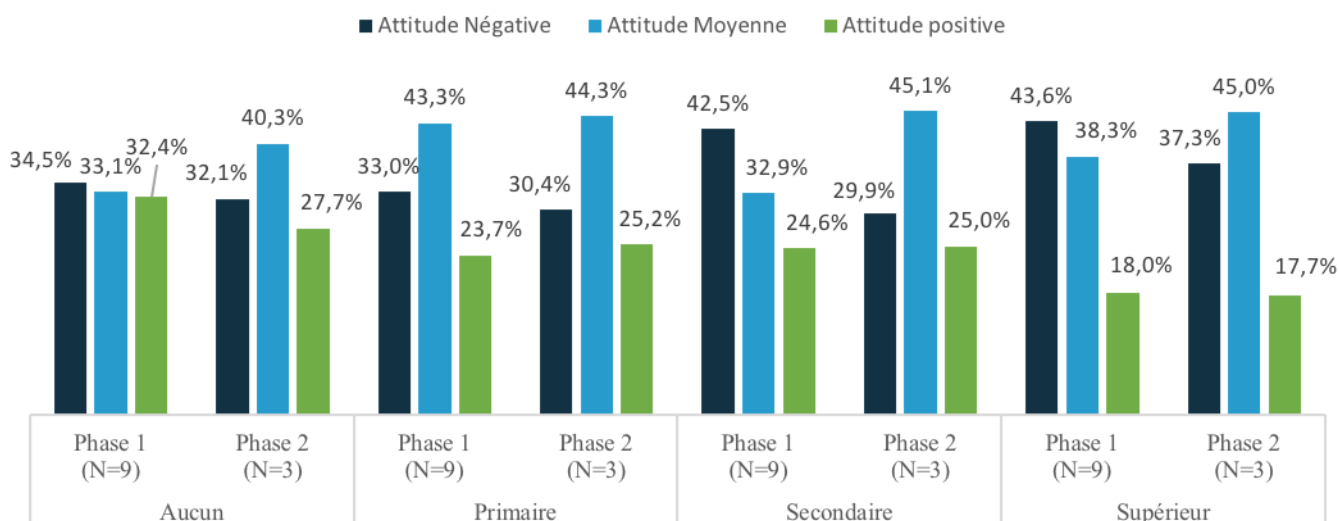


Figure 31 : Attitudes des enquêtés à l'égard des vaccins par niveau d'instruction selon les phases

## 4.11 Pratiques relative à la COVID-19

### ■ Pratique générale des enquêtés

En termes de pratiques en matière de prévention contre la COVID-19, entre les deux phases de l'étude (phase 1 et 2), sur toutes les pratiques, il ressort que les proportions des répondants ayant cité de bonnes pratiques sont plus élevées pour la phase 2 que pour la phase 1.

Tableau 15: Répartition des enquêtés par leurs pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 selon les phases

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
Continuer votre vie comme vous l'avez toujours fait	Oui	75,2%	79,1%	49,3%	70,0%*	61,2%	74,2%
	Non	24,8%	20,9%	50,4%*	30,0%	38,6%	25,8%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%
Se laver les mains avec du savon/un désinfectant plus souvent	Oui	96,7%	95,4%	95,4%	93,0%	96,0%	94,1%
	Non	3,3%	4,6%	4,4%	7,0%	3,9%	5,9%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%



## Enquête sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques liées à la vaccination contre la COVID-19 (VAGUE 2)

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=460)	Phase 2 (N=460)	Phase 1 (N=540)	Phase 2 (N=540)	Phase 1 (N=1000)	Phase 2 (N=1000)
Gardez une distance d'un mètre avec les autres	Oui	59,8%	53,7%	36,7%	42,6%*	47,3%	47,7%
	Non	40,2%	46,3%	63,1%	57,4%	52,6%	52,3%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Porter un masque facial en public	Oui	93,5%	91,3%	85,9%	85,4%	89,4%	88,1%
	Non	6,5%	8,7%	13,9%	14,6%	10,5%	11,9%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
Évitez les déplacements non essentiels	Oui	65,7%	71,5%	57,8%	64,3%*	61,4%	67,6%
	Non	34,3%	28,5%	41,9%*	35,7%	38,4%	32,4%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%
Évitez les grandes foules	Oui	64,8%	65,0%	55,2%	59,4%	59,6%	62,0%
	Non	35,2%	35,0%	44,6%	40,6%	40,3%	38,0%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%

Pour toutes les deux phases, près de la moitié des enquêtés pense qu'il faut régulièrement mettre en pratique (toujours ou fréquemment) la plupart des mesures barrières, excepté la distanciation physique (à peine 47% pour les deux phases).

Rubriques/Fréquences		Régions sanitaires											
		Abidjan 1				Abidjan 2				Total			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
A quelle fréquence vous nettoyez-vous les mains avec du savon ou du gel	Toujours	154	34,6%	152	34,6%	207	40,2%	252	50,2%*	361	37,6%	404	42,9%
	Fréquemment	171	38,4%*	130	29,6%	197	38,3%*	142	28,3%	368	38,3%	272	28,9%
	Parfois	120	27,0%	157	35,8%	108	21,0%	106	21,1%	228	23,8%	263	27,9%
	Jamais	0	0,0%	0	0,0%	1	0,2%	2	0,4%	1	0,1%	2	0,2%
	Ne sait pas/incertain	0	0,0%	0	0,0%	2	0,4%	0	0,0%	2	0,2%	0	0,0%
	Total	445	100,0%	439	100,0%	515	100,0%	502	100,0%	960	100,0%	941	100,0%
A quelle fréquence gardez-vous une distance de 1m ?	Toujours	21	7,6%	25	10,1%	32	16,2%	27	11,7%	53	11,2%	52	10,9%
	Fréquemment	92	33,5%*	61	24,7%	72	36,4%	77	33,5%	164	34,7%	138	28,9%
	Parfois	161	58,5%	142	57,5%	92	46,5%	121	52,6%	253	53,5%	263	55,1%
	Jamais	0	0,0%	9	3,6%	1	0,5%	4	1,7%	1	0,2%	13	2,7%
	Ne sait pas/incertain	1	0,4%	10	4,0%*	1	0,5%	1	0,4%	2	0,4%	11	2,3%
	Total	275	100,0%	247	100,0%	198	100,0%	230	100,0%	473	100,0%	477	100,0%
A quelle fréquence portez-vous un masque facial ?	Toujours	88	20,5%	77	18,3%	120	25,9%*	74	16,1%	208	23,3%	151	17,1%
	Fréquemment	160	37,2%	138	32,9%	190	40,9%	218	47,3%	350	39,1%	356	40,4%
	Parfois	181	42,1%	205	48,8%*	154	33,2%	169	36,7%	335	37,5%	374	42,5%
	Jamais	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	0	0,0%
	Total	430	100,0%	420	100,0%	464	100,0%	461	100,0%	894	100,0%	881	100,0%





Rubriques/Fréquences		Régions sanitaires											
		Abidjan 1				Abidjan 2				Total			
		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2		Phase 1		Phase 2	
		Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)	Eff	(%)
A quelle fréquence évitez-vous les déplacements non essentiels ?	Toujours	80	26,5%	76	23,1%	73	23,4%	98	28,2%	153	24,9%	174	25,7%
	Fréquemment	99	32,8%	92	28,0%	97	31,1%	137	39,5%*	196	31,9%	229	33,9%
	Parfois	120	39,7%	141	42,9%	138	44,2%*	110	31,7%	258	42,0%	251	37,1%
	Jamais	3	1,0%	8	2,4%	3	1,0%	1	0,3%	6	1,0%	9	1,3%
	Ne sait pas/ incertain	0	0,0%	12	3,6%	1	0,3%	1	0,3%	1	0,2%	13	1,9%
	Total	302	100,0%	329	100,0%	312	100,0%	347	100,0%	614	100,0%	676	100,0%
A quelle fréquence évitez-vous les grandes foules ?	Toujours	68	22,8%	50	16,7%	66	22,1%	85	26,5%	134	22,5%	135	21,8%
	Fréquemment	103	34,6%	88	29,4%	105	35,2%	137	42,7%	208	34,9%	225	36,3%
	Parfois	124	41,6%	141	47,2%	126	42,3%*	97	30,2%	250	41,9%	238	38,4%
	Jamais	3	1,0%	10	3,3%	1	0,3%	2	0,6%	4	0,7%	12	1,9%
	Ne sait pas/ incertain	0	0,0%	10	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	10	1,6%
	Total	298	100,0%	299	100,0%	298	100,0%	321	100,0%	596	100,0%	620	100,0%

## ■ Pratique des enquêtés

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

Les résultats de la première enquête indiquent que moins de la moitié (44,1%) des enquêtés ont une meilleure pratique en matière de prévention contre la COVID-19 tandis que plus de la moitié (51,5%) des enquêtés de la phase 2 ont une meilleure pratique. Cette différence reste statiquement significative au seuil de 5% avec p-value=0,001.

Pendant la phase 2, la proportion des enquêtés de la région sanitaire d'Abidjan 2 ayant de meilleures pratiques en matière de prévention contre la COVID-19 (45,8%) est significativement plus importante que celle des enquêtés de la même région sanitaire pendant la phase 1 (33%) (P-value=0,000).

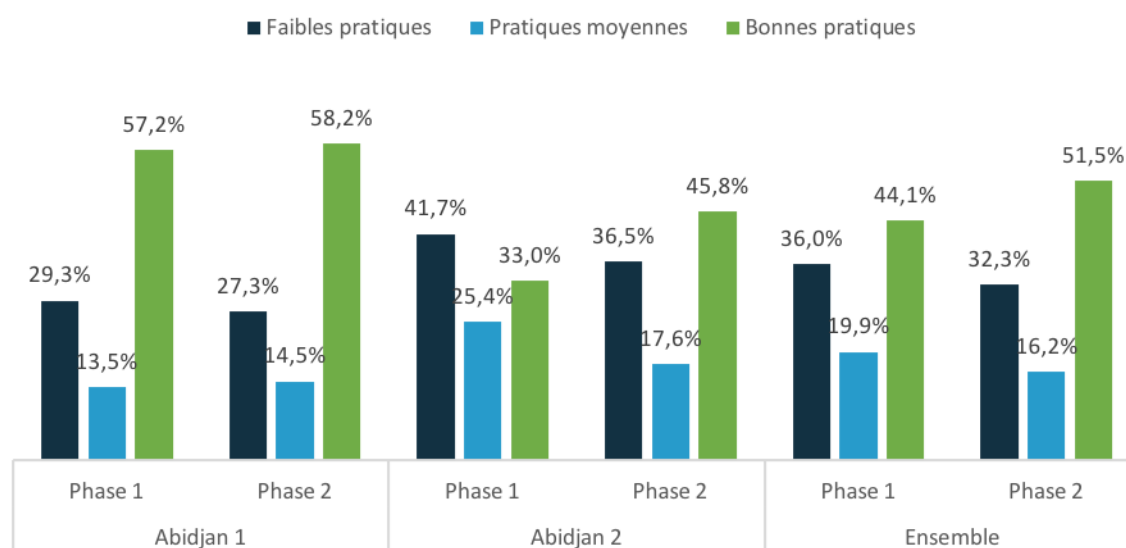


Figure 32: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon la région sanitaire



### □ 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 ; P-value=0,365). La proportion des enquêtés ayant de bonnes pratiques est la même quel que soit le sexe. Les résultats de la phase 2 révèlent que plus de la moitié des enquêtés ont une bonne pratique en matière de prévention contre la COVID-19, pour les deux sexes. Par contre à la phase 1, ils étaient à peine 44% des femmes et 45% des hommes à observer de bonnes pratiques en matière de prévention contre la COVID-19.

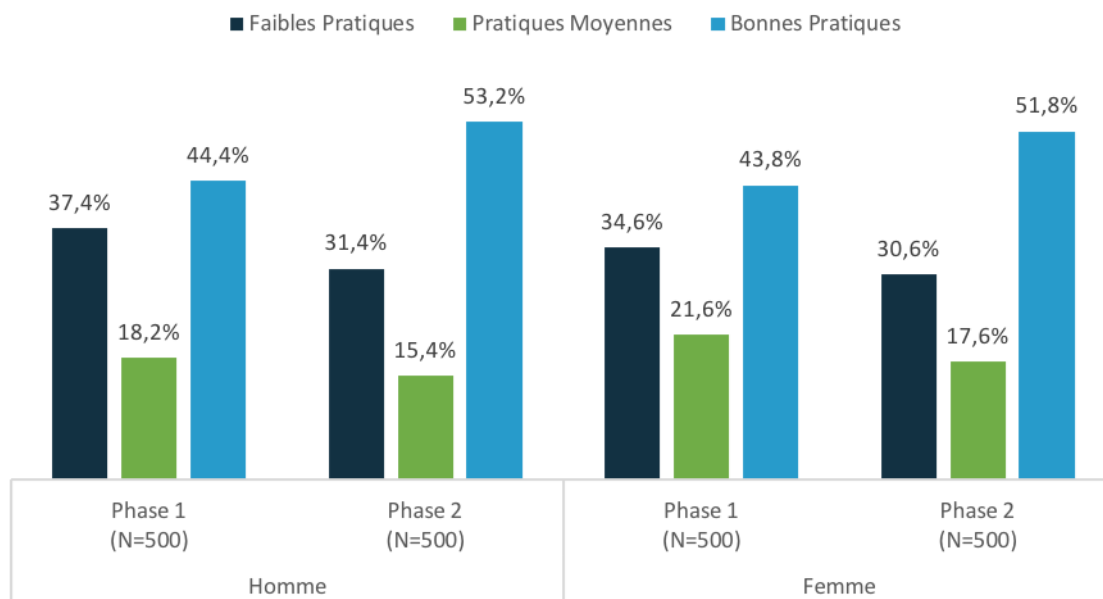


Figure 33: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 par sexe selon les phases

### □ Pratiques des enquêtés selon l'âge

En suivant les deux phases d'études, les personnes en âge avancé sont les plus prudentes vis-à-vis de la COVID-19 et observent donc des bonnes pratiques préventives pour se protéger du virus (pvalue=0,036). En effet, la proportion des personnes ayant un score de pratique élevé est beaucoup plus importante chez les personnes ayant un âge élevé.

A la phase 2 de l'étude, elle est passée de 48,3% chez les enquêtés de 18 à 25 ans à 66% 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 (P-value=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 ( $P$ -value=0,000). Les bonnes pratiques en matière de prévention face à la COVID-19 augmentent avec l'âge.

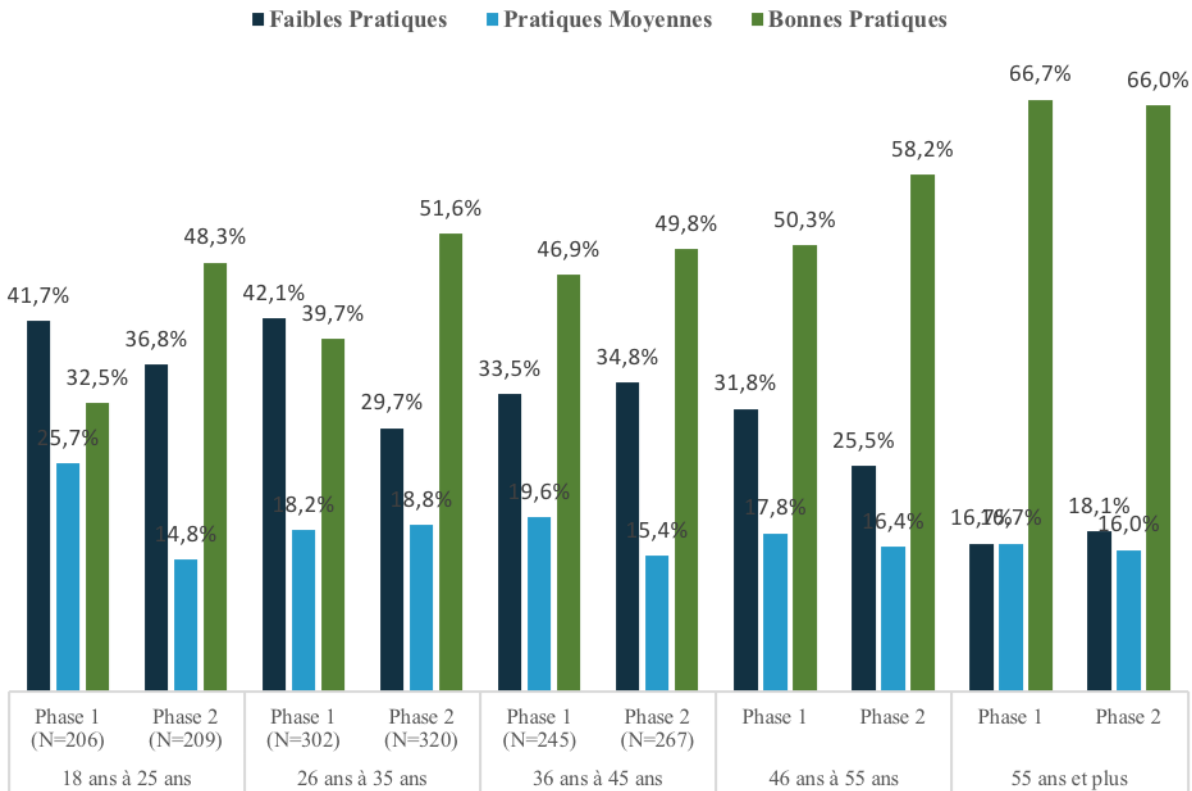


Figure 34: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 selon l'âge

□ Pratiques des enquêtés selon le niveau d'instruction

A la phase 2, la proportion des enquêtés de niveau d'étude supérieur ayant de bonnes pratiques (58,2%) est relativement plus élevée que la proportion des enquêtés du même niveau d'étude (37,8%) de la phase 1. Cet écart reste très significatif au seuil de 5% ( $P$ -value=0,000)

Cependant, 50,3% des enquêtés de la phase 2 n'ayant aucun niveau d'instruction ont une bonne pratique en matière de prévention contre la COVID-19, contre 37,8% chez les enquêtés de même niveau d'étude de la phase 1. Soit un écart significatif ( $P$ -value=0,028) de 12,5 points de pourcentage entre les résultats de la phase 1 et à la phase 2.

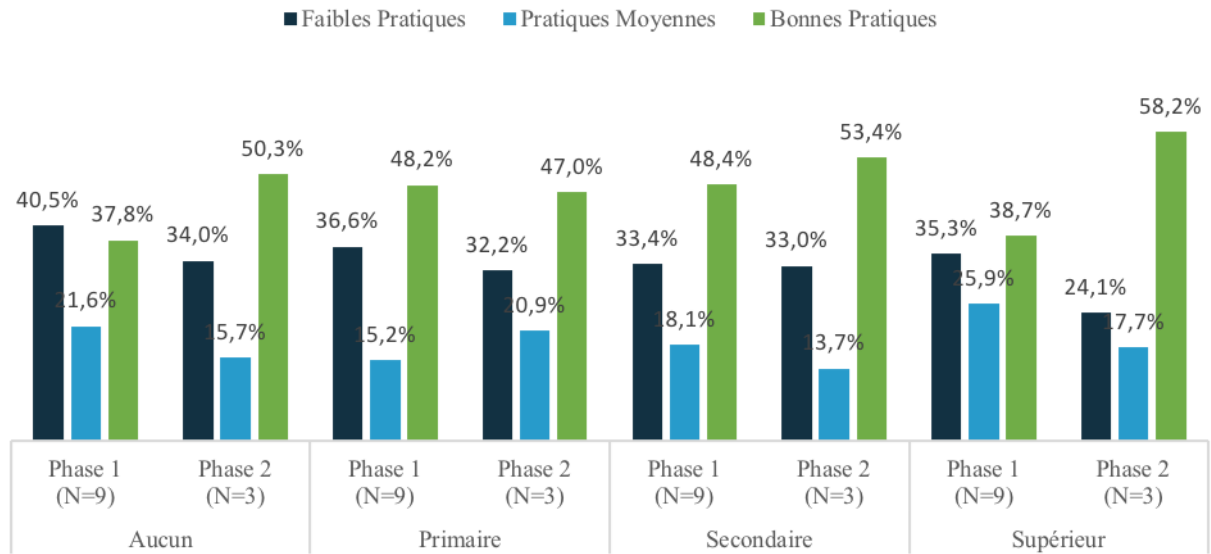


Figure 35: Pratiques des enquêtés en matière de prévention contre la COVID-19 par niveau d'instruction selon les phases

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

Selon les résultats des deux phases de l'étude, plus de 92,3% des répondants ont affirmé savoir comment obtenir le vaccin s'ils le voulaient et plus de 89% ont affirmé être d'accord que les gens comme eux reçoivent le vaccin antivaccin contre la COVID-19. Également, plus de 77% soutiennent que les personnes qui sont importantes pour eux pensent qu'ils devraient recevoir le vaccin contre la COVID-19. Cependant les résultats de la phase 2 restent légèrement au-dessus de ceux de la phase 1.

Tableau 17: Répartition des enquêtés selon les normes sociales et l'auto-efficacité à l'égard de la vaccination contre la COVID-19

Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Si je veux obtenir le vaccin COVID-19, je sais comment l'obtenir.	D'accord	90,2%	96,3%	94,1%	93,0%	92,3%	94,5%
	Pas d'accord	2,5%	1,3%	1,5%	2,9%	2,0%	2,1%
	Je ne sais pas	4,0%	2,4%	3,8%	4,2%	3,9%	3,4%
	REFUSER	3,4%	0,0%	0,6%	0,0%	1,9%	0,0%
Les gens comme vous reçoivent le vaccin COVID-19.	D'accord	91,5%	92,8%	88,2%	90,5%	89,7%	91,6%
	Pas d'accord	4,7%	4,1%	8,2%	6,1%	6,6%	5,2%
	Je ne sais pas	3,6%	3,1%	3,6%	3,4%	3,6%	3,2%
	REFUSER	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%



Caractéristiques		Régions sanitaires					
		Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble	
		Phase 1 (N=447)	Phase 2 (N=459)	Phase 1 (N=524)	Phase 2 (N=526)	Phase 1 (N=971)	Phase 2 (N=985)
Les personnes qui sont importantes pour vous pensent que vous devriez recevoir le vaccin COVID-19.	D'accord	79,0%	84,1%	76,5%	82,7%	77,7%	83,4%
	Pas d'accord	15,4%	11,1%	18,7%	14,3%	17,2%	12,8%
	Je ne sais pas	5,6%	4,8%	4,6%	3,0%	5,0%	3,9%
	REFUSER	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%

## 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 sur les deux phases. En effet, 49% des répondants de la phase 1 et 63,8% des répondants de la phase 2 ont affirmé n'avoir rien vu ou entendu sur la COVID-19 au cours des 30 derniers jours. La différence observée entre les résultats des deux phases est statistiquement significative au seuil de 5% (P<sub>value</sub>=0,000).

Par ailleurs, lors de la phase 1, 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. Ces indicateurs ont significativement baissé à la phase 2 ; ainsi, 18,3% des personnes enquêtées ont affirmé avoir entendu des informations de promotion sur la vaccination, 10,3% des informations sur les symptômes de la maladie et 10,8% des informations sur le mode de propagation de cette maladie.

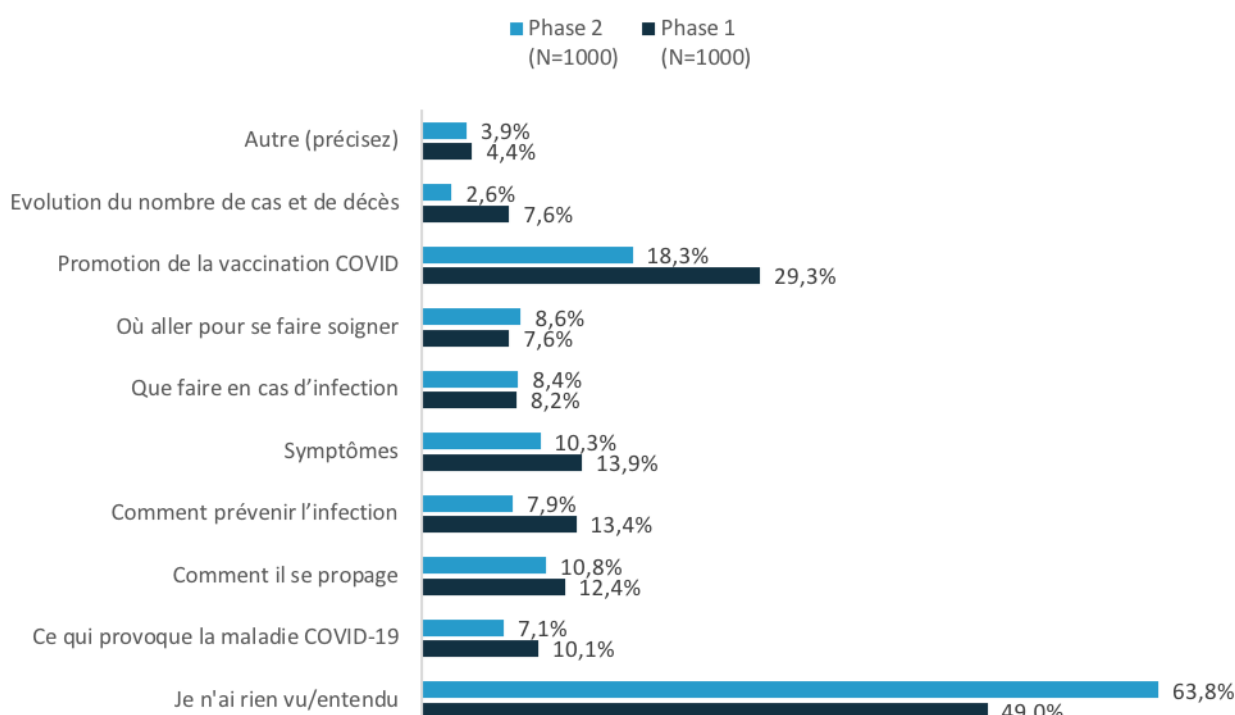


Figure 36: Répartition des enquêtés selon les informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours selon les phases



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

Plus de la moitié (52%) des enquêtés de la phase 1 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. Ce chiffre est passé à 28,2% à la phase 2 (différence statistiquement significative, Pvalue=0,001) ; Cependant, la majorité des enquêtés ayant été exposés aux informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours disent avoir entendus/vus ces informations moins de 10 fois.

*Tableau 18: Répartition des enquêtés selon leur fréquence d'exposition aux informations relatives à la COVID-19 par région sanitaire et par phase*

Rubriques	Régions sanitaires						
	Abidjan 1		Abidjan 2		Ensemble		
	Phase 1 (N=252)	Phase 2 (N=193)	Phase 1 (N=258)	Phase 2 (N=169)	Phase 1 (N=510)	Phase 2 (N=362)	
Fréquences d'exposition aux informations relatives à la COVID-19 au cours des 30 derniers jours	1-5 fois	14,7%	26,4%*	20,2%	24,3%	17,5%	25,4%
	5 à 10 fois	14,7%	25,9%*	20,2%	32,5%*	17,5%	29,0%
	Plus de 10 fois	57,9%*	26,4%	46,1%*	30,2%	52,0%	28,2%
	Il varie selon le	10,7%	12,4%	8,5%	7,7%	9,6%	10,2%
	Je ne sais pas	1,2%	8,8%*	5,0%	5,3%	3,1%	7,2%
	REFUSER	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%

■ **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, à la phase 1. Ainsi, à la phase 1, plus de 80% des enquêtés souhaitent recevoir les informations via ce canal d'information. Les réseaux sociaux viennent en seconde 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).

A la phase 2, les tendances sont similaires avec des chiffres légèrement différents. 80,7% des enquêtés souhaitent recevoir les informations via la télévision nationale la télévision nationale (contre 84% à la phase 1). Les réseaux sociaux suivent avec 42,3%.

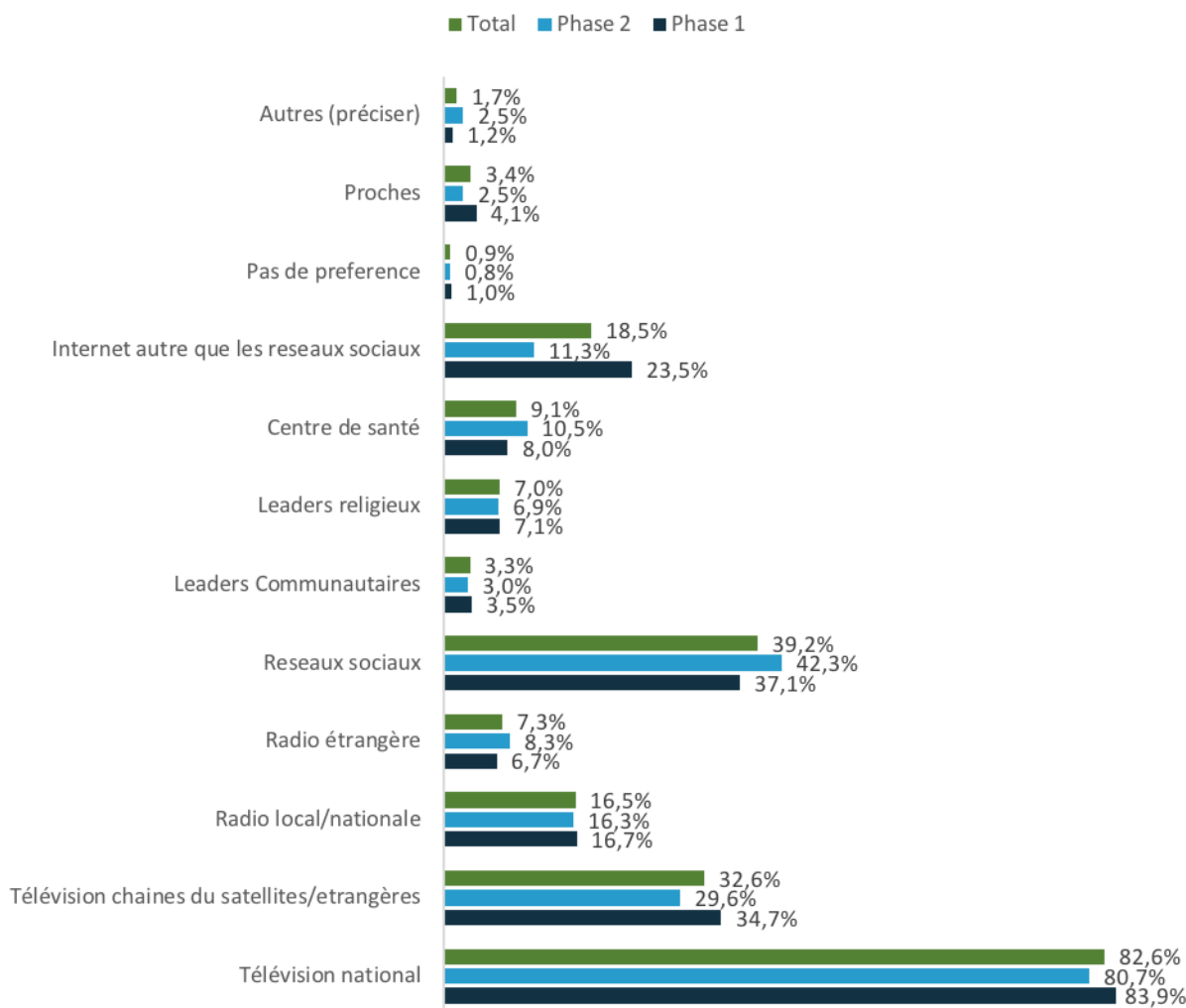


Figure 37: Répartition des enquêtés selon le canal souhaité pour recevoir les informations sur la COVID-19 par phase de collecte

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

Cette section identifie les déterminants sociodémographiques 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 vacciner/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 dichotomique de type « oui / non », ou « vrai / faux », en fonction de variables explicatives qui elles peuvent être qualitatives (catégorique) et quantitatives (numérique).. 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).

Tout comme la phase 1 de l'étude où cinq facteurs explicatifs avaient été identifiés :

- Niveau d'étude ;
- Confiance aux prestataires de soins ;
- Attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19 ;
- Âge, et ;
- Pratiques en matière de prévention, contre la COVID-19

Pour cette seconde phase, cinq facteurs se sont révélés comme facteurs explicatifs de la vaccination contre la COVID-19. Il s'agit de quatre facteurs du modèle de la phase 1 auxquels s'est ajoutée « la connaissance du vaccin » pourtant non significative lors de la phase 1. Toutefois, la variable « pratique en matière de prévention » ne s'est plus avérée significative. Les odds ratios observées sur ces facteurs explicatifs restent globalement constantes entre les deux phases.

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

Vaccination au schéma complet	Odds Ratio Phase 1	Odds Ratio Phase 2
<b>Région sanitaire (Abidjan 1)</b>		
Abidjan 2	0,86	1,24
<b>Tranche d'âge (18 ans à 25 ans)</b>		
26 ans à 35 ans	1,85***	2,05***
36 ans à 45 ans	2,88***	4,02***
46 ans à 55 ans	3,16***	3,77***
55 ans et plus	6,7***	5,49***
<b>Sexe (Homme)</b>		
Femme	0,72	0,76
<b>Niveau d'instruction (Aucun niveau)</b>		
Primaire	0,66***	0,77
Secondaire	0,41***	0,52***
Supérieur	0,47***	0,73
REFUSER	2,42	2,44
<b>Antécédent médical (Oui)</b>		
Non	1,36	0,74
<b>Infection à la COVID - 19 ou connaissance de personne infectée (Oui)</b>		
Non	0,45	0,40
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,34	0,20





Vaccination au schéma complet	Odds Ratio Phase 1	Odds Ratio Phase 2
<b>Confiance aux prestataires de santé (Pas du tout)</b>		
Quelque peu	4,99***	3,13***
Complètement	7,22***	4,71***
<b>Connaissance du vaccin (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	3,32	2,60
Entre 80 et 100%	4,46	5,10***
<b>Attitude à l'égard des vaccins COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	2,39***	4,30***
Entre 80 et 100%	2,62***	5,42***
<b>Pratique en matière de prévention contre la COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	1,14	0,90
Entre 80 et 100%	1,63***	0,91
_cons	0,01	0***

\*\*\* Significatif au seuil de 5%

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

Tout comme la phase 1 de l'étude où trois facteurs explicatifs avaient été identifiés :

- Niveau d'étude,
- Confiance aux prestataires de soins, et
- Attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19),

Pour cette phase 2, quatre facteurs se sont révélés comme facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. Il s'agit des trois facteurs du modèle 2 de la phase 1 auxquels s'est ajoutée la variable « antécédent médical » pourtant non significatif à la phase 1. Les odds ratios observées sur ces facteurs explicatifs restent globalement constantes entre les deux phases.

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

Vaccination au schéma complet	Odds Ratio Phase 1	Odds Ratio Phase 2
<b>Région sanitaire (Abidjan 1)</b>		
Abidjan 2	1,15	1,12
<b>Tranche d'âge (18 ans à 25 ans)</b>		
26 ans à 35 ans	0,97	0,89
36 ans à 45 ans	0,83	1,02
46 ans à 55 ans	1,5	0,87
55 ans et plus	1,36	0,59



Vaccination au schéma complet	Odds Ratio Phase 1	Odds Ratio Phase 2
<b>Sexe (Homme)</b>		
Femme	0,72	0,76
<b>Niveau d'instruction (Aucun niveau)</b>		
Primaire	0,66***	0,77
Secondaire	0,41***	0,52***
Supérieur	0,47***	0,73
REFUSER	2,42	2,44
<b>Antécédent médical (Oui)</b>		
Non	1,36	0,74
<b>Infection à la COVID - 19 ou connaissance de personne infectée (Oui)</b>		
Non	0,45	0,40
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,34	0,20
<b>Confiance aux prestataires de santé (Pas du tout)</b>		
Quelque peu	4,99***	3,13***
Complètement	7,22***	4,71***
<b>Connaissance du vaccin (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	3,32	2,60
Entre 80 et 100%	4,46	5,10***
<b>Attitude à l'égard des vaccins COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	2,39***	4,30***
Entre 80 et 100%	2,62***	5,42***
<b>Pratique en matière de prévention contre la COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	1,14	0,90
Entre 80 et 100%	1,63***	0,91
<b>_cons</b>	<b>0,01</b>	<b>0***</b>

\*\*\* Significatif au seuil de 5%

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

Tout comme la phase 1 de l'étude où trois facteurs explicatifs avaient été identifiés :

- Niveau d'étude,
- Confiance aux prestataires de soins, et
- Attitudes à l'égard des vaccins contre la COVID-19),

Pour cette phase 2, quatre facteurs se sont révélés comme facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19. Il s'agit des trois facteurs du modèle



2 de la phase 1 auxquels s'est ajoutée la variable « antécédent médical » pourtant non significatif à la phase 1. Les odds ratios observées sur ces facteurs explicatifs restent globalement constantes entre les deux phases.

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

Vaccination au schéma complet	Odds Ratio Phase 1	Odds Ratio Phase 2
<b>Région sanitaire (Abidjan 1)</b>		
Abidjan 2	1,15	1,12
<b>Tranche d'âge (18 ans à 25 ans)</b>		
26 ans à 35 ans	0,97	0,89
36 ans à 45 ans	0,83	1,02
46 ans à 55 ans	1,5	0,87
55 ans et plus	1,36	0,59
<b>Sexe (Homme)</b>		
Femme	0,9	1,03
<b>Niveau d'instruction (Aucun niveau)</b>		
Primaire	1,03	1,36
Secondaire	0,53***	0,65
Supérieur	0,42***	0,44***
REFUSER	0,48	1
<b>Antécédent médical (Oui)</b>		
Non	0,49	0,78
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,58	0,27
<b>Infection à la COVID-19 ou connaissance de personne infectée (Oui)</b>		
Non	0,49	0,78
Je ne sais pas/ Pas sûr	0,58	0,27
<b>Confiance aux prestataires de santé (Pas du tout)</b>		
Quelque peu	2,46***	1,46
Complètement	4,89***	2,33***
<b>Connaissance du vaccin (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	0,91	0,78
Entre 80 et 100%	1,32	0,94
<b>Attitude à l'égard des vaccins COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	7,64***	8,03***
Entre 80 et 100%	9,6***	10,73***
<b>Pratique en matière de prévention contre la COVID - 19 (Moins de 60%)</b>		
Entre 60 et 80%	1,57	0,76
Entre 80 et 100%	1,13	1,23
_cons	0,35	0,33

\*\*\* Significatif au seuil de 5%



## DISCUSSION DES RÉSULTATS

Au niveau des connaissances, les résultats, de cette phase 2 de l'étude CAP, confirment que la quasi-totalité des personnes enquêtées ont affirmé avoir eu connaissance de l'existence d'un vaccin contre la COVID-19, ce vaccin est facile d'accès et gratuit.

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 (médias, réseaux sociaux, hotline, campagnes et caravanes de sensibilisation, rencontres d'information avec les leaders communautaires, religieux, élus locaux et les autorités administratives etc.).

L'étude de la phase 2 confirme que le niveau de connaissance augmente avec 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 anti- COVID-19, les phases 1 et 2 révèlent qu'environ deux tiers (2/3) des enquêtés ont confiance aux prestataires en charge de la vaccination et que la confiance aux prestataires est un facteur influençant la vaccination et l'intention de se faire vacciner. 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, les deux phases de l'étude CAP révèlent que 36% à 44% des enquêtés ont reçu au moins une dose d'un vaccin contre la COVID-19. Plus de la moitié (58% à la phase 1 contre 67% à la phase 2) d'entre eux, ont reçu deux doses de vaccins. Parmi ceux ayant reçu une seule dose, plus de 80% ont l'intention de faire une deuxième dose. La peur des effets indésirables constituait la principale raison exprimée par ceux n'ayant pas l'intention de faire une deuxième dose, résultats confirmés par les résultats de la phase 2.

Plus de moitié des enquêtés (entre 56% et 63%) n'ont reçu aucune dose de vaccin contre la COVID-19 ; entre 58% et 61% d'entre eux avaient l'intention de se faire vacciner. 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 la désinformation. Celles-ci 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 (entre 49% et 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-19 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],

Selon les résultats des deux phases de l'étude CAP, plus le niveau d'instruction est élevé moins les attitudes à l'égard de la COVID-19 sont bonnes et plus l'exposition aux fausses informations. 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 hydroalcoolique (entre 94% et 96%) ; (ii) porter un masque facial en public (entre 88% et 89,4%) ; (iii) limiter les déplacements non essentiels et les rassemblements de foules (entre 60% et 62%). 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 (entre 81% et 84%) suivi par des réseaux sociaux (entre 37% et 42%). 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 des phases 1 et 2 de l'étude CAP, portant sur les facteurs influençant la vaccination chez les enquêtés déjà vaccinés ou les facteurs explicatifs de l'intention de se faire vacciner, six (06) facteurs sont susceptibles de les expliquer : l'âge, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes connaissances, 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

Tout comme la phase 1, la phase 2 de 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 deuxième phase de l'étude CAP 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 et d'apprécier les progrès réalisés depuis la phase 1.

La phase 2 de l'étude révèle que les caractéristiques sociodémographiques de la population n'ont pas significativement variées.

Au niveau des connaissances, les résultats de cette phase confirment un très bon niveau de connaissance, de l'existence, de la disponibilité et de la gratuité du vaccin, ainsi qu'un bon niveau de connaissance des cibles à faire vacciner et de l'existence des différents sites de vaccination contre la COVID-19. La phase 2 atteste que le niveau de connaissance augmente avec le niveau d'instruction des personnes enquêtées.

Au niveau des attitudes à l'égard du vaccin contre la COVID-19, la phase 2 révèle un niveau d'acceptation du vaccin en progression. Ainsi 35,9% lors de la Phase1 contre 44% de la population enquêtée à la phase 2 a déjà reçu au moins une dose du vaccin ; parmi ceux-ci 58,2% lors de la phase1 contre 67% lors de la phase2 ont déjà reçu une 2ème dose. La phase 2 de l'enquête confirme que plus de quatre cinquièmes (4/5) des personnes ayant reçu une 1ère dose, ont l'intention de faire une 2ème dose du vaccin. Toutefois, la peur d'éventuels des effets indésirables du vaccin constitue l'un des obstacles à l'acceptation de la 2ème dose. De même, les individus n'ayant pas encore reçu de vaccin, ont l'intention de se faire vacciner 57,7% lors de la phase 1 contre 61% lors de la phase 2.

En outre, 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, le manque de confiance aux autorités sanitaires et politiques restent des obstacles importants à la vaccination. Tous ces arguments sont confirmés par les résultats de la phase 2. 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, la phase 2 de l'étude confirme 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 la probabilité de se faire vacciner est liée à l'âge des individus, la confiance aux prestataires de santé en charge de la vaccination, les bonnes connaissances et les bonnes attitudes à l'égard des vaccins. Cependant, plus le niveau d'instruction est élevé, moins l'individu est susceptible de se faire vacciner.

Au regard de ces résultats et en vue d'actualiser la stratégie de communication pour une meilleure acceptation des vaccins contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, il convient de formuler à l'endroit des acteurs intervenant dans la prévention et la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire les recommandations suivantes :

- o Vulgariser les connaissances de base sur les vaccins contre la COVID-19 notamment le 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
- o 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 ;
- o 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 ;
- o Apporter des réponses systématiques aux rumeurs collectées via le système de veille digital à travers les canaux de communication les plus utilisés : télévision nationale et étrangère, réseaux sociaux, radios et engagements communautaires etc. ;
- o Promouvoir le rapport bénéfice-risque du vaccin pour chaque individu et pour la communauté ;
- o 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 comorbidité) ;
- o Partager des informations clés et cela de façon régulière sur le processus de prise en charge de MANifestations Post vaccinales Indésirables (MAPI) et y apporter des réponses appropriées.
- o Orienter davantage les messages stratégiques d'information et de sensibilisation afin d'augmenter la confiance dans les partenaires de santé qui administrent les vaccins et améliorer l'adoption du vaccin :
  - l'efficacité du vaccin à prévenir les cas graves de maladies liées à la COVID-19 ;
  - les décès dus au COVID-19, le fait que le vaccin ne peut pas guérir une personne déjà malade du COVID-19, et la gestion des effets secondaires du vaccin.





## 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  $\Pi_i^*$ . Cette variable inobservable est décrite par un modèle linéaire standard donnée par :

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

où le vecteur de paramètres  $\beta$  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  $\epsilon_i$ , 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  $\Pi_0$ . 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  $y_i$  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 :

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

L'objectif principal de ce travail est alors d'estimer le vecteur  $\beta$  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  $\Pi_i^* - \Pi_0$  où  $\Pi_0$  est le seuil de profit à partir duquel l'adulte choisit de se faire vacciner ou a l'intention de se faire vacciner.

Ainsi

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



où  $\Phi$  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  $\Phi$  est la fonction densité de la loi choisie.  $\Phi$  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 Brendt Hall-Hall-Haussman 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.

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