



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

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

Received, 14 June 2025

Accepted, 22 October 2025

Published, 30 October 2025

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

To cite: Ekra, D.K. et al. (2025). Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, en 2022. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 203-222.

<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.14>

Research

Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, en 2022

Factors associated with COVID-19 vaccination in Côte d'Ivoire, in 2022

Daniel Kouadio Ekra^{1,2}, Nicaise Bernadin Lépri Aka^{1,3}, Alfred Douba^{1,2*}, Eric Martial Kouakou Ahoussou^{1,2}, Marie Noelle Ano^{1,2}

¹ Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire

² Institut National d'Hygiène Publique, Abidjan, Côte d'Ivoire

³ Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, Abidjan, Côte d'Ivoire

*Correspondance : email : alfreddouba1@gmail.com ; Tel : +2250103454442

RESUME

Le premier cas de COVID-19 a été notifié en Côte d'Ivoire le 11 mars 2020. L'objectif de ce travail est d'identifier les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire en 2022. Nous avons réalisé une enquête transversale incluant les personnes âgées de 12 ans et plus dans 9 districts sanitaires. Les données ont été collectées au cours d'un entretien direct. A l'aide du logiciel SPSS, une régression logistique binaire a été réalisée pour identifier les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19. La mesure d'association était l'Odds Ratio ajusté (ORaj). Au total, 3 611 personnes ont été enquêtées. La majorité des enquêtés étaient des femmes (53%) et vivaient en couple (55%). La majorité (86%) de la population enquêtée était âgée de 18 à 59 ans. Les principales sources d'information sur la COVID-19 étaient la télévision nationale publique (89,9%) et les médias sociaux (43,9%). Les facteurs associés au statut vaccinal COVID-19 étaient l'absence de vie en couple (ORaj = 1,58 ; IC : 1,37 - 1,83), l'absence d'une maladie chronique (ORaj = 1,41 ; IC : 1,12 - 1,77), le sexe (ORaj = 1,4 ; IC : 1,21 - 1,61), le niveau d'études (ORaj = 1,3 ; IC : 1,07 - 1,57), la religion (ORaj = 0,43 ; IC : 0,37 - 0,50) et l'âge (ORaj = 0,24 ; IC : 0,15 - 0,38). Les autorités sanitaires ivoiriennes devraient tenir compte de ces facteurs pour développer des stratégies de sensibilisation à la vaccination contre la COVID-19.

Mots clé : facteurs, associés, vaccination, COVID-19, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

The first case of COVID-19 was reported in Côte d'Ivoire on March 11, 2020. This study aimed to identify the factors associated with COVID-19 vaccination in Côte d'Ivoire in 2022. We conducted a cross-sectional survey including people aged 12 years and older in nine health districts. Data were collected through in-person interviews. Binary logistic regression was

performed using the SPSS software to identify the factors associated with COVID-19 vaccination. The measure of association was the adjusted odds ratio (ajOR). A total of 3,611 individuals were included in the survey. The majority of respondents were women (53%) and lived with their partners (55%). The majority (86%) of the respondents were aged between 18 and 59. The main sources of information about COVID-19 were public national television (89.9%) and social media (43.9%). The factors associated with the COVID-19 vaccination status were the absence of life as a couple (ajOR = 1.58; CI: 1.37 - 1.83), the absence of a chronic disease (ajOR = 1.41; CI: 1.12 - 1.77), sex (ajOR = 1.4; CI: 1.21 - 1.61), level of education (ajOR = 1.3; CI: 1.07 - 1.57), religion (ajOR = 0.43; CI: 0.37-0.50) and age (ajOR = 0.24; CI: 0.15-0.38). Ivorian health authorities should consider these factors when developing COVID-19 vaccination awareness strategies.

Keywords: associated, factors, vaccination, COVID-19, Côte d'Ivoire

1. Introduction

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a été notifiée la première fois en décembre 2019 dans la province de Wuhan, en Chine (Wong et al., 2021 ; Mudenda et al., 2022). Le 11 mars 2020, le Directeur Général de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) a déclaré la COVID-19 comme une pandémie (WHO, 2020). Pour réduire l'extension de la COVID-19, l'OMS a recommandé des mesures de prévention notamment le port de masque, la distanciation sociale, le lavage des mains, la désinfection et la mise en quarantaine (McAbee et al., 2021). A ces mesures s'est ajoutée la vaccination lors de l'avènement des vaccins contre la COVID-19 (OMS, 2022a ; OMS, 2022b ; OMS, 2022c ; OMS, 2022d ; OMS, 2022e). La vaccination est reconnue comme une intervention de santé publique efficace pour prévenir des maladies infectieuses (AlShurman et al., 2021 ; Acheampong et al. 2021) et comme une intervention ayant un bon rapport coût-efficacité (Acheampong et al. 2021).

Dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire, qui a notifié son premier cas de cette maladie le 11 mars 2020 (OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, 2022a), le pays a adopté un plan national de riposte. Ce plan qui visait la limitation de la propagation du Coronavirus en Côte d'Ivoire, la détection de l'infection et le traitement des malades, comportait entre autres stratégies la vaccination (Ministre du budget et du portefeuille de l'Etat de Côte d'Ivoire, 2020). Avec le développement de nouveaux vaccins, la Côte d'Ivoire a souscrit à l'initiative COVAX et a développé un « Plan National de Déploiement des vaccins et de Vaccination contre la COVID-19 » (Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, 2021). Le pays a démarré la vaccination le 1^{er} mars 2021, à Abidjan, puis l'offre de vaccination a été déployée progressivement dans l'ensemble des districts sanitaires de la Côte d'Ivoire (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, 2021). En septembre 2021, l'enquête sur l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 réalisée en Côte d'Ivoire, et ayant inclus 3 565 participants, a révélé que seulement 21% des enquêtés ont affirmé avoir été vaccinés contre la COVID-19 (Institut National d'Hygiène Publique, 2021). Cette proportion (21%) est largement inférieure à la couverture vaccinale minimale de 60% nécessaire au développement d'une immunité de groupe contre la COVID-19 dans une population (Acheampong et al. 2021 ; Omar et al. 2021 ; Avahoundje et al., 2022).

Il ressort de la littérature que l'acceptation, l'hésitation et le refus des vaccins contre la COVID-19 sont liés à des facteurs sociodémographiques, aux risques et avantages des vaccins et à la perception que l'on a des vaccins (McAbee et al., 2021 ; AlShurman et al., 2021 ; Avahoundje et al., 2022 ; Engelbrecht et al., 2022 ; Sulub et al. 2022 ; Ahiakpa et al. 2022).

Les études réalisées en Côte d'Ivoire et publiées n'ont pas porté sur les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19. Ces facteurs peuvent constituer des leviers sur lesquels les autorités sanitaires ivoiriennes pourraient agir pour accroître considérablement la couverture vaccinale. Spécifiquement, le développement de nouvelles stratégies vaccinales ou la mise en œuvre de directives de santé publique en faveur de la vaccination peut favoriser l'atteinte de la couverture minimale nécessaire au développement d'une immunité de groupe.

Ainsi, dans le but d'accroître le niveau d'immunisation des populations, il nous est paru nécessaire de réaliser la présente enquête dont l'objectif général était d'analyser les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés ;
- Identifier les sources d'information sur la COVID-19 ;
- Déterminer les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19.

La question de recherche qui a guidé ce travail est la suivante : quelles sont les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire ?

2. Matériel et méthodes

Dans cette section, nous décrivons les outils, techniques et procédures utilisées pour la collecte des données ainsi que les tests statistiques utilisées pour l'analyse de ces données.

2.1. Lieu, type, période et durée de l'enquête

L'enquête a eu lieu dans les villes d'Abidjan et de Bouaké qui sont les deux premières villes les plus peuplées du pays et qui abritent une très grande variété de population (autochtones et allochtones). Les populations d'Abidjan et de Bouaké étaient estimées respectivement à 4 707 404 (20,76%) habitants et à 542 000 (2,39%) habitants en 2022.

Il s'agit d'une enquête transversale à visée analytique. La période de l'enquête est celle allant du 1^{er} mars 2021 au 10 octobre 2022 pour couvrir la période précédant la première enquête de couverture vaccinale COVID-19 (mars à août 2021) et les 12 mois suivant cette première enquête. L'enquête, d'une durée de 2 mois, s'est déroulée du 1^{er} septembre au 31 octobre 2022. Cette durée inclut la rédaction des termes de référence de l'enquête, la production des outils de la collecte des données (note d'information, questionnaire et formulaire de consentement éclairé), la soumission du dossier de l'enquête au comité éthique, la collecte des données qui a duré 10 jours, la saisie, le traitement et l'analyse des données.

2.2. Population de l'enquête, échantillonnage et taille de l'échantillon

La population de l'enquête était constituée des personnes vaccinées ou non vaccinées contre la COVID-19.

- ✓ Critères d'inclusion :

A été inclus dans l'enquête, toute personne :

- âgée d'au moins 12 ans le 1^{er} octobre 2022 ;
- résidant en Côte d'Ivoire depuis au moins 6 mois au 1^{er} octobre 2022.

✓ Critères d'exclusion :

N'a pas été inclus dans l'enquête, toute personne :

- refusant d'y participer ;
- absente du ménage au passage des enquêteurs.

En ce qui concerne l'échantillonnage et la taille de l'échantillon, pour la ville d'Abidjan, une sélection de 6 districts sanitaires sur 10 a été faite par tirage aléatoire simple. Pour la ville de Bouaké, les 3 districts ont été enquêtés.

La formule utilisée pour le calcul de la taille de l'échantillon enquêté dans chaque district sanitaire est la suivante :

$$n = eg \times \frac{\varepsilon_{\alpha}^2}{i^2} \times p(1 - p)$$

Avec

eg : effet de grappe = 1

ε_{α} : Écart réduit de la loi normale au seuil d'erreur de $\alpha = 1,96$

i : La précision de l'estimation = 0,05

p : Le pourcentage d'acceptabilité attendue = 50%

Soit une taille de 384 personnes (vaccinées ou non vaccinées). Cette taille de l'échantillon a été arrondie à 400 personnes (40 grappes de 10 personnes) en appliquant au nombre 384 un taux de non-réponse de 4%.

L'effet grappe 1 et le taux de non-réponse de 4% ont été choisis pour réduire le coût de l'enquête. Il faut noter que l'effet grappe, habituellement fixé à 2, sert à corriger la perte de l'efficacité d'une enquête lorsque celle-ci utilise un échantillonnage en grappe au lieu d'un échantillonnage aléatoire simple.

Ainsi, la taille de l'échantillon était de 3 600 personnes à raison 400 personnes (1 personne par ménage) dans chacun des districts enquêtés (Abobo-Ouest, Adjamé-Plateau-Attécoubé, Anyama, Cocody-Bingerville, Treichville-Marcory, Yopougon-Est, Bouaké Sud, Bouaké Nord-Est et Bouaké Nord-Ouest).

Après la sélection des districts, nous avons réalisé un sondage en grappe à 2 degrés. Le premier degré a consisté en la sélection des quartiers (sur la base d'un pas de sondage et de la taille des quartiers) et le second degré a consisté la sélection des ménages. Dans chaque grappe, le premier ménage visité a été sélectionné de manière aléatoire en partant du centre géographique de la grappe. Le premier ménage fut identifié de manière aléatoire. Les ménages suivants ont été visités de proche en proche, suivant le sens des aiguilles d'une montre, jusqu'à atteindre le nombre d'enquêtés dans la grappe (10 personnes). Dans chaque ménage, la personne enquêtée était le chef de ménage. En l'absence du chef de ménage, c'est son représentant qui était enquêté. Après l'identification des lieux et de la personne à enquêter par ménage, arrive l'étape de la collecte des données qui constitue une phase importante dans la réalisation d'une enquête.

2.3. Collecte des données, variables de l'étude et analyse des données

Les données ont été collectées au cours d'un entretien direct à l'aide d'un questionnaire papier conçu à cet effet. Un pré-test du questionnaire a été réalisé avant la collecte des données. Ce pré-test a servi à estimer la durée d'un entretien, à apprécier la compréhension des questions et à apporter des corrections au questionnaire le cas échéant.

Concernant les variables, plusieurs types ont été collectés :

- Variables sociodémographiques (âge, sexe, lieu de résidence, niveau d'étude, religion, réseau sociaux) ;
- Expérience avec la COVID-19 (antécédent de la maladie, parent, membre de la famille ou ami ayant eu la maladie ou décédé de la maladie) ;
- Croyance liée à la COVID-19 (croyance à l'existence de la COVID-19, croyance au risque de contracter la COVID-19) ;
- Croyance liée à la vaccination (croyance en la vaccination comme moyen de prévention de maladie) ;
- Application des mesures de prévention (port de masque, distanciation sociale, lavage des mains à l'eau et au savon, friction des mains avec un gel hydro-alcoolique) ;
- Source d'information sur le vaccin COVID-19 (télévision, radio, presse écrite, média sociaux, journaux scientifiques, internet) ;
- Statut vaccinal COVID-19.

Ces variables ont servi de lignes directrices guidant l'analyse des données pour l'atteinte des objectifs de l'enquête. Les données ont été analysées en deux phases à l'aide du logiciel SPSS. La première a consisté à la phase descriptive au cours de laquelle les variables ont été présentées sous forme de proportion. La seconde a consisté à la phase analytique au cours de laquelle un test de Chi Carré d'indépendance (X^2) entre la variable dépendante (statut vaccinal COVID-19) et des variables indépendantes (la connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19, la connaissance d'une personne décédée de la COVID-19, le portage d'une maladie chronique, la vie en couple, le niveau d'études, la religion, l'âge et le sexe) a été réalisé. Après le test de Chi Carré d'indépendance, la recherche des facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19 a été réalisée par une régression logistique binaire. La mesure d'association calculée était l'Odds Ratio ajusté (ORaj) avec son intervalle de confiance (IC) à 95% (IC 95%) et un degré de significativité $p < 0,05$. L'Odds Ratio ajusté mesure la force de l'association entre la variable dépendante et les variables indépendantes tout en contrôlant les biais (erreurs) causés par les variables indépendantes.

2.4. Considérations éthiques et confidentialité

L'enquête a été réalisée conformément aux règles éthiques relatives aux enquêtes impliquant des êtres humains en vigueur en Côte d'Ivoire. Une autorisation du comité d'éthique a été obtenue avant la collecte des données. En plus, un consentement éclairé a été obtenu de chaque enquêté avant l'administration du questionnaire qui était anonyme. Le but de l'enquête a été expliqué à toutes les personnes sélectionnées pour y participer. L'on a précisé à chaque enquêté que sa participation était volontaire et qu'il était libre de se retirer, sans justification, de

l'enquête à tout moment, et que cela n'aurait pas de conséquences et n'affecterait pas ses responsabilités professionnelles.

L'enquête a été réalisée dans le strict respect des mesures de prévention contre la COVID-19 en vigueur en Côte d'Ivoire. Tous les enquêteurs portaient un masque homologué et observaient la distanciation sociale d'au moins 1 mètre lors de l'administration du questionnaire. Cette enquête a comporté un risque minime pour les enquêtés puisque les enquêteurs observaient les mesures de prévention de la COVID-19. Le principal avantage était indirect : les données collectées ont contribué à orienter les efforts visant à protéger la population contre la COVID-19.

En ce qui concerne la confidentialité, des informations concernant les enquêtés ont été maintenues confidentielles tout au long de l'enquête. Chaque enquêté s'est vu attribuer un numéro unique spécifique à l'étude, par l'équipe de coordination de l'enquête, qui a été utilisé pour l'identification de son questionnaire.

3. Résultats

3.1. Résultats descriptifs

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Tableau 1 : répartition des enquêtés selon le district sanitaire, Côte d'Ivoire, 2022

Région	District	Effectif	Pourcentage
Abidjan 1	Abobo Ouest	384	10,63
	Anyama	60	01,66
	Yopougon Est	430	11,91
Abidjan 2	Adjamé-Plateau-Attécoube	612	16,95
	Cocody-Bingerville	510	14,12
	Treichville-Marcory	412	11,41
Gbêkê	Bouaké Nord-Est	431	11,94
	Bouaké Nord-Ouest	350	09,69
	Bouaké Sud	422	11,69
Total		3611	100

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Au total, 3 611 personnes ont été enquêtées dans 9 districts sanitaires dont 6 à Abidjan et 3 à Bouaké.

Tableau 2 : répartition des enquêtés selon les variables sociodémographiques

Variable	Effectif	Pourcentage
Sexe		
Masculin	1692	47
Féminin	1919	53
Tranches d'âge		
12-17 ans	161	04
18-59 ans	3138	87

≥ 60 ans	312	09
Niveau d'étude		
Aucun	785	22
Primaire	866	24
Secondaire	1257	35
Supérieur	703	19
Religion		
Chrétienne	1715	48
Musulmane	1706	47
Sans religion	190	05
Vie en couple		
Oui	1981	55
Non	1630	45
Antécédent de test COVID-19 positif		
Oui	105	03
Non	3506	97
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19		
Oui	538	15
Non	3073	85
Lien avec une personne testée positive à la COVID-19		
Ami	206	38,29
Parent	174	32,34
Connaissance	136	25,28
Epoux	14	2,60
Enfant	8	1,49
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19		
Oui	259	07
Non	3352	93
Lien avec une personne décédée de la COVID-19		
Parent	93	36
Connaissance	89	34
Ami	72	28
Enfant	4	1,6
Epoux/Epouse	1	0,4
Portage d'une maladie chronique		
Oui	424	12
Non	3187	88
Type de maladie chronique		
Hypertension artérielle	229	50,0
Asthme	105	23,0
Diabète	72	15,8
Allergie	29	06,4
Bronchopneumopathie	12	02,6
Cardiopathie	07	02,0
Insuffisance rénale	01	00,2
Statut vaccinal COVID-19		
Vacciné	1781	49
Non vacciné	1830	51

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Cinquante-trois pourcent (53% ; 1919) des enquêtés étaient de sexe féminin ; 55 % (1630) vivaient en couple. Les personnes âgées de 12 à 17 ans, 18 à 59 ans et de 60 ans et plus représentaient respectivement 4% (161), 87% (3138) et 9% (312) des enquêtés. La majorité des enquêtés avait un niveau secondaire (35% ; 1257) suivi de ceux des niveaux primaire (24% ; 866), aucun (22% ; 785) et supérieur (19% ; 703). Les enquêtés étaient de religion chrétienne (48% ; 1715), musulmane (47% ; 1706) et sans religion (5% ; 190). Trois pourcent (3% ; 105) des enquêtés ont rapporté avoir reçu un diagnostic positif à la COVID-19 confirmé par un test PCR. Parmi les enquêtés, 15% (538) connaissaient une personne testée positive à la COVID-19. Les liens qui les unissaient aux personnes testées positives à la COVID-19 étaient des liens d'amitié (38% ; 206), de parenté (32,34% ; 174), de connaissance (25,28% ; 136), conjugaux (époux, épouse) (2,6% ; 14) et génitaux (enfant) (1,49% ; 8). Parmi les enquêtés, 7% (259) connaissaient une personne décédée de la COVID-19. Les liens qui les unissaient aux personnes décédées de la COVID-19 étaient des liens de parenté (36% ; 93), de connaissance (34% ; 89), d'amitié (28% ; 72), génitaux (enfant) (1,6% ; 4) et conjugaux (époux) (0,4% ; 1). Au total, 11,7% (424) des enquêtés ont déclaré avoir une maladie chronique. Les maladies chroniques déclarées par les enquêtés étaient l'hypertension artérielle (50 % ; 229), l'asthme (23 % ; 105), le diabète (15,8 % ; 72), l'allergie (6,4 % ; 29), la bronchopneumopathie (2,6 % ; 12), une cardiopathie (2 % ; 7) et une insuffisance rénale (0,2 % ; 1).

La majorité des enquêtés (94% ; 3395) a déclaré qu'un vaccin pouvait protéger contre une maladie. Environ la moitié des enquêtés (49% ; 1781) a déclaré avoir été vacciné contre la COVID-19. Parmi ceux-ci, 27% (965) ont montré la preuve de la vaccination (carte ou passe vaccinal). Le port de masque, le lavage des mains à l'eau et au savon, l'utilisation du gel hydro-alcoolique et la distanciation physique d'au moins 1 mètre étaient pratiqués par les enquêtés dans des proportions respectives de 67,3% (2431), 63,7% (2300), 61% (2202) et 16,4% (593). Après avoir examiné les caractéristiques des enquêtés, nous avons analysé leurs sources d'information sur la COVID-19, comme présenté ci-dessous.

3.1.2. Sources d'information sur la COVID-19

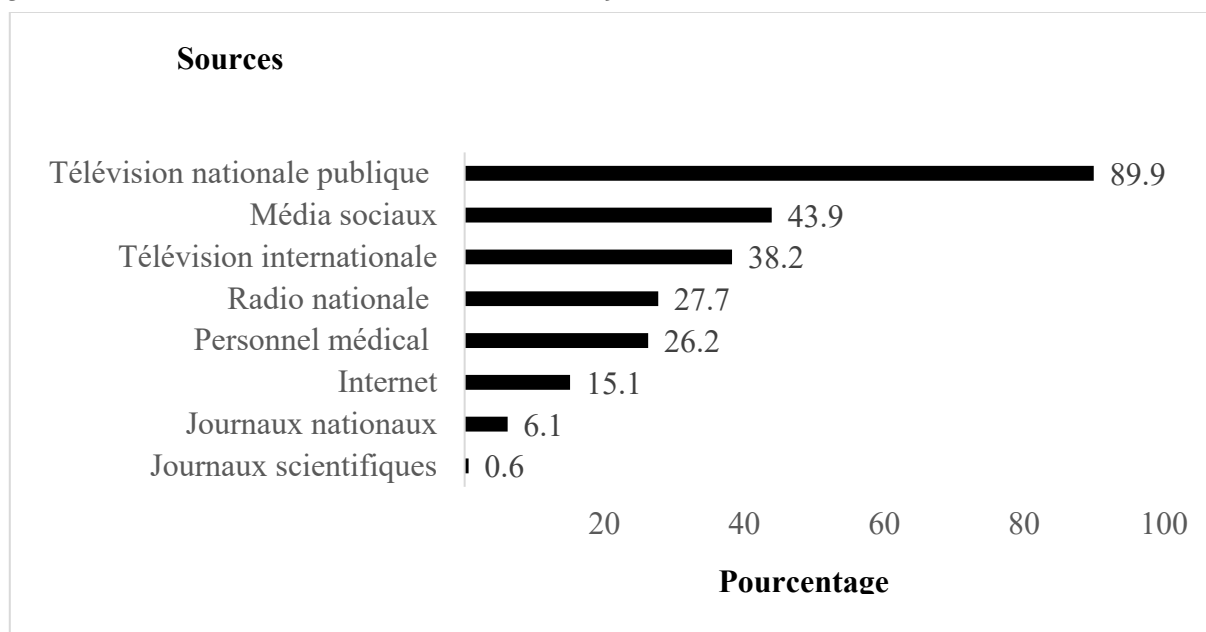


Figure 1 : répartition des enquêtés selon les sources d'information sur la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Source : conçue à partir des données de l'enquête N = 3611

Les sources d'information des enquêtés sur la COVID-19 étaient la télévision nationale publique (89,9% ; 3247), les médias sociaux (43,9% ; 1585), la télévision internationale (38,2% ; 1380), la radio nationale (27,7% ; 999), le personnel médical (26,2% ; 947), Internet (15,1% ; 544), les journaux nationaux (6,1% ; 222) et les journaux scientifiques (0,6% ; 20).

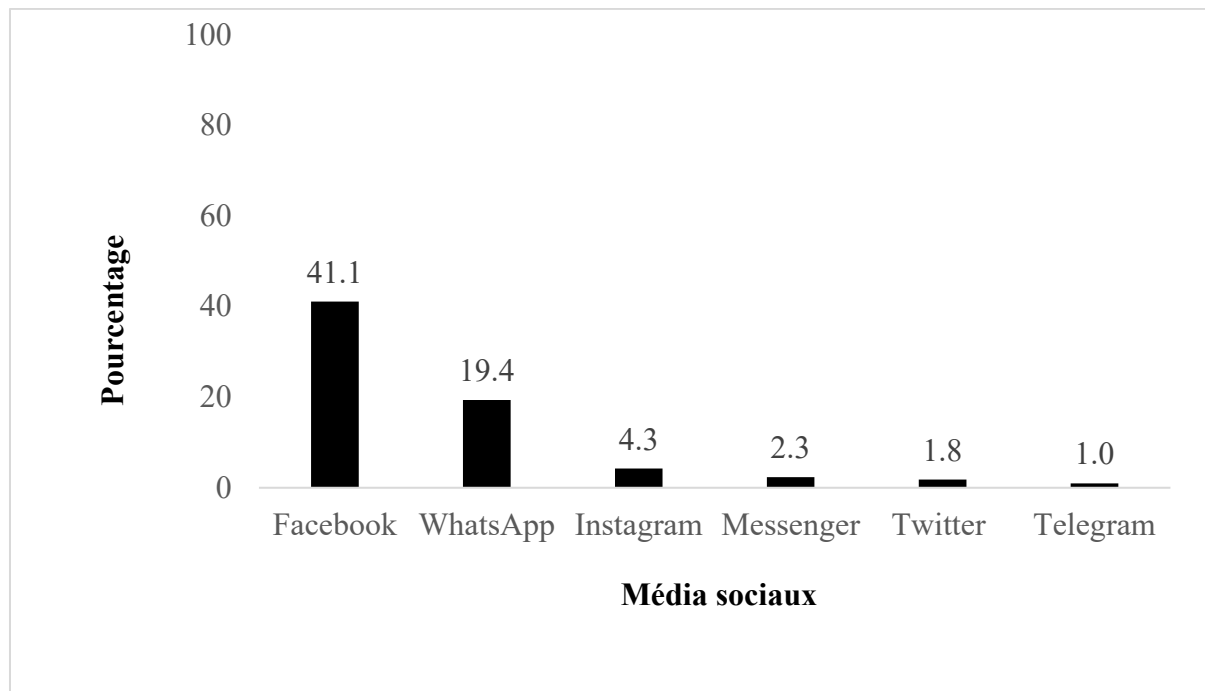


Figure 2 : répartition des enquêtés selon les médias sociaux sources d'information sur la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Source : conçue à partir des données de l'enquête N = 3611

Les médias sociaux utilisés par les enquêtés comme sources d'information sur la COVID-19 étaient Facebook (41,1% ; 1495), WhatsApp (19,4% ; 700), Instagram (4,3% ; 154), Messenger (2,3% ; 84), Twitter (1,8% ; 66) et Telegram (1% ; 35).

À la suite de la phase descriptive des résultats, dans laquelle nous avons présenté les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés et leurs sources d'information sur la COVID-19, nous arrivons à la phase analytique dans laquelle nous avons identifié les facteurs associés au statut vaccinal contre la COVID-19.

3.2. Résultats analytiques

3.2.1. Facteurs associés au statut vaccinal COVID-19

Tableau 3 : Chi carré du statut vaccinal COVID-19 selon les variables indépendantes sélectionnées, Côte d'Ivoire, 2022

Variables indépendantes	Total	Vaccination contre la COVID-19		X ²	p
		Oui N (%)	Non N (%)		

Religion					
Chrétienne		670 (39)	1045 (61)		
Musulmane	3611	1025 (60)	681 (40)	152,43	0,0001
Sans religion		86 (45)	104 (55)		
Age					
12 à 17 ans		25 (16)	136 (84)		
18 à 59 ans	3611	1538 (49)	1600 (51)	126,39	0,0001
60 ans et +		218 (70)	94 (30)		
Vie en couple					
Oui		1129 (57)	852 (43)		
Non	3611	652 (40)	978 (60)	103,28	0,0001
Niveau d'études					
Aucun		453 (58)	332 (42)		
Primaire		439 (51)	427 (49)		
Secondaire	3611	548 (44)	709 (56)	39,40	0,0001
Supérieur		341 (49)	362 (51)		
Portage d'une maladie chronique					
Oui		254 (60)	170 (40)		
Non	3611	1527 (48)	1660 (52)	21,53	0,0001
Sexe					
Masculin		900 (53)	792 (47)		
Féminin	3611	881 (46)	1038 (54)	19,07	0,0001
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19					
Oui		145 (56)	114 (44)		
Non	3611	1636 (49)	1716 (51)	4,96	0,03
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19					
Oui		289 (54)	249 (46)		
Non	3611	1492 (49)	1581 (51)	4,89	0,03

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Il y avait une relation entre le statut vaccinal contre la COVID-19 et la religion, l'âge, la vie en couple, le niveau d'études, le portage d'une maladie chronique, le sexe, la connaissance d'une personne décédée de la COVID-19 et la connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19.

Tableau 4 : Odds Ratio ajusté du statut vaccinal de la COVID-19, Côte d'Ivoire, 2022

Variables indépendantes	Vaccination contre la COVID-19		
	ORaj	IC 95%	p
Vie en couple			
Oui	1		
Non	1,58	1,37 - 1,83	0,0001***

Portage d'une maladie chronique			
Oui	1		
Non	1,41	1,12 - 1,77	0,003**
Sexe			
Masculin	1		
Féminin	1,4	1,21 - 1,61	0,0001***
Niveau d'études			
Aucun	1		
Primaire	1,18	0,96 - 1,45	0,11
Secondaire	1,30	1,07 - 1,57	0,009*
Supérieur	1,03	0,82 - 1,30	0,78
Connaissance d'une personne testée positive à la COVID-19			
Oui	1		
Non	1,22	0,98 - 1,52	0,07
Connaissance d'une personne décédée de la COVID-19			
Oui	1		
Non	1,22	0,90 - 1,64	0,19
Religion			
Chrétienne	1		
Musulmane	0,43	0,37 - 0,50	0,0001***
Sans religion	0,89	0,65 - 1,22	0,46
Age			
12 à 17 ans	1		
18 à 59 ans	0,24	0,15 - 0,38	0,0001***
60 ans et +	0,12	0,07 - 0,19	0,0001***
*p < 0,05, **p < 0,005, ***p < 0,0001			

Source : conçu à partir des données de l'enquête

Les facteurs associés au statut vaccinal COVID-19 étaient l'absence de vie en couple (ORaj = 1,58 ; IC : 1,37 - 1,83), l'absence d'une maladie chronique (ORaj = 1,41 ; IC : 1,12 - 1,77), le sexe (ORaj = 1,4 ; IC : 1,21 - 1,61), le niveau d'études (ORaj = 1,3 ; IC : 1,07 - 1,57), la religion (ORaj = 0,43 ; IC : 0,37 - 0,50) et l'âge (ORaj = 0,24 ; IC : 0,15 - 0,38).

4. Discussion

Dans cette section, nous discuterons successivement les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, leurs sources d'information sur la COVID-19 et les facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Cinquante-trois pourcent (53%) des enquêtés étaient de sexe féminin. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par l'absence, en majorité, des chefs de famille de sexe masculin

pour des raisons professionnelles lors du passage des enquêteurs dans les ménages, bien que la population soit composée en majorité d'hommes en Côte d'Ivoire (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale ; 2022).

En ce qui concerne l'âge, les personnes âgées de 18 à 59 ans représentaient 87% des enquêtés. La prédominance de cette tranche d'âge pourrait s'expliquer par l'âge de la majorité en Côte d'Ivoire qui est de 18 ans (République de Côte d'Ivoire, 2019). Une personne âgée de 18 ans au moins peut donc prendre des décisions y compris celle de fonder un ménage.

Quant à la religion, les enquêtés étaient, pour la plupart, soit de religion chrétienne (48%) soit de religion musulmane (47%). La prédominance de ces deux religions a également été mentionnée dans les résultats globaux définitifs du Recensement général de la Population et de l'Habitat réalisé en Côte d'Ivoire, en 2021 (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale ; 2022).

4.2. Sources d'information sur la COVID-19

Les sources d'information des enquêtés sur la COVID-19 étaient principalement la télévision nationale publique (89,9%), les médias sociaux (43,9%), la télévision internationale (38,2%), la radio nationale (27,7%) et le personnel médical (26,2%).

De nombreuses études portant sur les sources d'informations relatives aux vaccins contre la COVID-19 mentionnaient la télévision et les médias sociaux comme des sources fréquentes d'information (Adedeji-AdenolaI et al., 2022 ; Osur et al., 2022 ; Osuagwu et al., 2023 ; Zhou et al. 2022). Bien que les informations télévisées puissent être sélectionnées pour éviter la désinformation, les médias sociaux ne le sont généralement pas, ce qui en fait un canal privilégié pour les mouvements anti-vaccinaux propageant des informations erronées sur les vaccins COVID-19 (Terry et al., 2022). Une analyse des médias sociaux a identifié que 39% des rumeurs en ligne concernant la pandémie de COVID-19 étaient relatives aux vaccins COVID-19, avec 76% de telles rumeurs signalées comme fausses (Terry et al., 2022). Les médias sociaux influençaient la décision de se faire vacciner ou non contre la COVID-19. L'exposition, à travers les médias sociaux, à des informations motivant à la vaccination favoriseraient les personnes exposées à se faire vacciner. Par contre, la désinformation induirait l'hésitation ou le refus de la vaccination (Zhou et al. 2022). L'ampleur de la désinformation sur les vaccins contre la COVID-19 présente sur les médias sociaux peut inciter les utilisateurs à hésiter ou à refuser la vaccination car ces derniers ont tendance à privilégier les médias sociaux comme source d'information principale sur les vaccins contre la COVID-19 (Osuagwu et al., 2023 ; Dereje et al., 2022 ; Shaaban, 2022).

De septembre 2021 à septembre 2022 des campagnes de vaccination contre la COVID-19 ont eu lieu en Côte d'Ivoire ainsi que des activités de sensibilisation liées à cette vaccination (Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, 2021 ; OMS, 2022f ; OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, 2022b). Afin de contrer l'influence des médias sociaux sur la décision de vaccination contre la COVID-19, les autorités sanitaires ivoiriennes devraient intensifier la diffusion d'informations relatives à la vaccination sur les médias sociaux.

4.3. Facteurs associés à la vaccination contre la COVID-19

Notre étude révèle que les facteurs tels que le statut marital, l'absence d'une maladie chronique, le sexe, le niveau d'éducation, la religion et l'âge sont associés à la vaccination contre la COVID-19.

En ce qui concerne le statut marital, il ressort de notre étude une association entre le statut vaccinal de la COVID-19 et l'absence de vie en couple (le célibat). Ce constat est corroboré par une étude menée en Ouganda où il a été mis en évidence une association entre le statut de célibataire et l'intention de recevoir le vaccin contre la COVID-19 (Wake, 2021). L'association entre le célibat et la vaccination COVID-19 pourrait s'expliquer par deux raisons. Premièrement, pour une raison financière. En effet, le coût de la vaccination COVID-19 (26 à 75 \$US soit 14 000 à 42 000 FCFA ; 1 \$US = 560 FCA) (Reddy et al., 2021) est inférieur à celui de la prise en charge quotidienne dans une unité de soins intensifs (665 à 1172 \$US soit 372 400 à 656 320 FCFA) (Jo et al., 2021). Dans le cas de la COVID-19, la vaccination était gratuite pour la population. Ainsi, une personne célibataire, ayant une seule source de revenu, serait plus encline à se faire vacciner pour prévenir la maladie (AlBahrani, 2023) afin d'éviter les coûts de prise en charge de cette maladie. Deuxièmement, pour l'absence de soutien en cas de la maladie. En effet, la COVID-19 se manifeste par divers signes y compris la fièvre, des difficultés respiratoires et la fatigue (Chung et al., 2024 ; Chen et al. 2023). Ces signes peuvent entraîner chez le malade une incapacité à réaliser certaines activités notamment aller au travail, aller à l'hôpital et faire des activités ménagères. Ainsi, une personne célibataire, vivant seule, aurait plus tendance à prévenir la maladie par la vaccination afin d'éviter l'incapacité due à la maladie.

Quant aux maladies chroniques, les résultats de notre étude indiquaient que les individus déclarant ne pas être atteints d'une maladie chronique avaient une propension à se faire vacciner comparativement à ceux déclarant en être affectés. Les résultats de l'étude de Strupat et al. (2022), réalisée en Ethiopie, ont également révélé qu'il n'y avait pas d'association entre la présence d'une maladie chronique et la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19. Bien qu'une maladie chronique soit un facteur de risque de gravité et de décès de la COVID-19 (Chung et al., 2024), la faible tendance à se faire vacciner des personnes vivant avec une maladie chronique pourrait s'expliquer par la peur des effets indésirables. En effet, la maladie chronique étant un fardeau, les effets indésirables seraient pour ces personnes un second fardeau à éviter par le refus de la vaccination.

Concernant le sexe, notre étude ainsi qu'une étude menée en Ouganda ont rapporté que les femmes étaient plus enclines à se faire vacciner contre la COVID-19 (Wake, 2021). Par contre, d'autres auteurs ont trouvé que c'est le sexe masculin qui était associé à la volonté de se faire vacciner contre la COVID-19 (Azanaw et al, 2023 ; Gudayu et al., 2023 ; Joshi et al., 2021 ; Bono et al., 2021 ; Alemayehu et al., 2022). L'association entre le sexe et l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 est variable avec plus d'études mentionnant l'acceptabilité masculine (Bono et al., 2021). Les raisons de l'hésitation ou du refus de la vaccination contre la COVID-19 différaient selon le genre. Les résultats de cette étude indiquaient que les hommes sont plus susceptibles d'être hésitants ou de refuser la vaccination en raison de la faible efficacité présumée des vaccins. Les femmes, quant à elles, ont exprimé une certaine réticence en raison de la crainte des effets secondaires et de la propagation de rumeurs concernant la stérilité éventuelle liée aux vaccins (Bono et al., 2021).

Pour ce qui est du niveau d'étude, nos résultats montrent une association entre le niveau d'études, particulièrement le niveau secondaire, et la vaccination COVID-19. Ce résultat est en accord avec des recherches précédentes qui ont identifiées le niveau d'études comme un facteur significatif lié à l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 (Cheuyem et al., 2025 ; AlShurman et al., 2021 ; Terry, 2022 ; Joshi et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Bono et al., 2021 ; Wake, 2022). En effet, l'éducation est une puissante stratégie de diffusion d'informations relative à la santé des individus. Le niveau d'éducation favorise la compréhension générale et influence la prise de décision relative l'adoption des interventions de santé y compris la vaccination (Wake, 2021). L'augmentation des connaissances sur la COVID-19 serait donc un moyen efficace d'accroître l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 selon Bono et collaborateurs (2021).

En ce qui concerne la religion, elle était significativement associée à la vaccination contre la COVID-19 dans notre étude. Cette observation est cohérente avec les résultats d'une revue systématique menée par AlShurman et collaborateurs qui ont également rapporté une association entre la religion et la vaccination contre la COVID-19 (AlShurman et al., 2021), de même que Mboussou et collaborateurs (2022). Dans notre étude, les enquêtés de religion musulmane avaient une tendance réduite de 57% à se faire vacciner contre la COVID-19 comparativement aux chrétiens. Ce constat a aussi été fait à Douala, au Cameroun, par Fouda et collaborateurs (2023). Cette tendance réduite s'expliquerait par des rumeurs de présence de gélatine de porc dans les vaccins COVID-19, bien que la religion musulmane ne s'oppose pas la vaccination (Alsuwaidi et al., 2023). Il convient donc de souligner qu'il n'y a pas de gélatine de porc dans les vaccin COVID-19 approuvés par l'OMS (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer, Sinopharm et Sinovac) (Mardian et al., 2021).

Quant à l'âge, il était significativement associé à la vaccination contre la COVID-19 dans notre étude. En effet, les personnes âgées de 18 ans et plus avaient une tendance réduite à se faire vacciner comparativement à ceux dont l'âge variait de 12 à 17 ans. Des études antérieures avaient aussi identifié l'âge comme un facteur sociodémographique associé à l'acceptation de la vaccination contre la COVID-19 (Cheuyem et al., 2025 ; AlShurman et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Wake, 2022). Il convient de souligner que les résultats sont hétérogènes d'une étude à l'autre. En effet, si certains travaux indiquent une propension plus élevée chez les jeunes à se faire vacciner contre la COVID-19, d'autres montrent que les adultes et les personnes âgées sont plus enclins à accepter cette vaccination (AlShurman et al., 2021 ; Wake, 2021 ; Wake, 2022). Cette variabilité, selon l'âge, dans la tendance à se faire vacciner contre la COVID-19 serait la résultante de plusieurs facteurs notamment la perception de la vaccination comme un moyen de prévention de la maladie, les effets indésirables des vaccins et les rumeurs (inexistence de la maladie, inefficacité des vaccins).

Les résultats de notre étude doivent être utilisés en tenant compte des limites qu'elle comporte. Premièrement, les enquêtés étaient les chefs de ménages ou leurs représentants. Leur état vaccinal relatif à la COVID-19 peut être différent de celui des autres membres du ménage. Cette limite pourrait affecter la généralisation des résultats à l'ensemble de la population, y compris les personnes plus jeunes ou d'autres membres du ménage.

Secondairement, pour la majorité des enquêtés, le statut vaccinal était basé sur la l'auto-déclaration. La couverture vaccinale pourrait donc être surestimée si ceux qui n'ont pas montré la preuve de leur vaccination ont fait une déclaration erronée dans le sens de la surdéclaration. Troisièmement, dans chaque grappe, le premier ménage visité a été sélectionné de manière aléatoire en partant du centre géographique de la grappe. Les ménages suivants ont été visités de proche en proche, suivant le sens des aiguilles d'une montre, jusqu'à atteindre le nombre d'enquêtés dans la grappe. Cette méthode pourrait induire un biais de sélection favorisant l'inclusion des ménages localisés au centre géographique de la grappe.

4.4. Implications de santé publique :

Les implications de santé publique émanant de la présente étude sont les suivantes :

Premièrement, il est nécessaire d'adapter les messages de sensibilisation au niveau d'étude des cibles de cette sensibilisation. Deuxièmement, ce travail révèle l'importance d'impliquer les guides religieux dans la sensibilisation de la population à la vaccination contre la COVID-19. Enfin, les efforts de sensibilisation à la vaccination contre la COVID-19 doivent être orientés vers les hommes.

De manière pratique, le ministère de la santé pourrait collaborer avec d'autres ministères pour intensifier la sensibilisation à la vaccination.

- La collaboration avec le Ministère des Sports pourrait se traduire par la diffusion de messages de sensibilisation à la vaccination COVID-19 avant et pendant les événements sportifs pour une grande sensibilisation des hommes.
- Quant à la collaboration avec le Ministère de l'Éducation Nationale et le Ministère de l'Enseignement Supérieure et de la Recherche Scientifique, elle pourrait se manifester par la diffusion de messages de sensibilisation, à l'endroit des élèves et étudiants, à travers les enseignants des collèges, lycées et universités. Des affiches pourraient aussi être mises dans ces lieux.
- En ce qui concerne la coopération du Ministère des Cultes, elle pourrait se traduire par des messages transmis aux fidèles dans les lieux de cultes par les leaders religieux.
- La contribution du Ministère de la Fonction Publique pourrait se concrétisée par la présence d'affiches à l'entrée de chaque banque, pharmacie et structure publique.

5. Conclusion

L'acceptation de la vaccination étaient associée à l'absence de vie en couple, l'absence d'une maladie chronique, le sexe, le niveau d'études secondaire, la religion et l'âge. Les autorités sanitaires ivoiriennes devraient tenir compte de ces facteurs pour développer des stratégies de sensibilisation afin d'atteindre une acceptation optimale de la vaccination contre la COVID-19 par les populations. En raison du caractère dynamique de la pandémie et de l'impact potentiel des campagnes de sensibilisation et de vaccination, des recherches continues sont nécessaires pour analyser les perceptions et comportements relatifs à la vaccination contre la COVID-19. Ces recherches devraient inclure aussi bien les milieux urbains que ruraux et estimer les couvertures vaccinales sur la base des certificats de vaccination.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- Acheampong, T., Akorsikumah, A.E., Osae-Kwapong, J., Khalid, M., Appiah, A., & Amuasi, H.J., (2021). Examining vaccine hesitancy in Sub-Saharan Africa: A survey of the knowledge and attitudes among adults to receive COVID-19 vaccines in Ghana. *Vaccines*, 9(8):814. doi: 10.3390/vaccines9080814
- Adedeji-Adenola, H., Olugbake, A.O., & Adeosun, A.S., (2022). Factors influencing COVID-19 vaccine uptake among adults in Nigeria. *PLoS ONE*, 17(2):e0264371. doi: 10.1371/journal.pone.0264371
- Ahiakpa, K.J., Cosmas, T.N., Anyiam, E.F., Enalume, O.K., Lawan, I., Gabriel, B.I. & Doherty, F.V., (2022). COVID-19 vaccines uptake: Public knowledge, awareness, perception and acceptance among adult Africans. *PLoS ONE*, 17(6):e0268230. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268230>
- AlBahrani, S., AlBarrak, A., AlGubaisi, N., Alkurdi, H., Alburaiqi, D., AlGhamdi, A., & Al-Tawfid, J.A., (2023). Self-reported long COVID-19 symptoms are rare among vaccinated healthcare workers. *Journal of Infection and Public Health*, 16, 1276–1280. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2023.05.037>
- Alemayehu, A., Demissie, A., Yusuf, M., Lencha, G.A., & Oljira, L., (2022). Covid-19 vaccine acceptance and determinant factors among general public in East Africa: A systematic review and meta-analysis. *Health Serv Res Manag Epidemiol.*, 9:23333928221106269. doi: 10.1177/23333928221106269
- AlShurman, B.A., Khan, A.F., Mac, C., Majeed, M., & Butt, Z.A., (2021). What demographic, social, and contextual factors influence the intention to use COVID-19 vaccines: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(17):9342. doi: 10.3390/ijerph18179342
- Alsuwaidi, A.R., Hammadb, H.A.A.K., Elbarazi, I., & Sheek-Hussein, M., (2023). Vaccine hesitancy within the Muslim community: Islamic faith and public health perspectives. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2023, 19 (1); 2190716
- Avahoundje, M.E., Dossou, J.P., Vigan, A., Gaye, I., Agossou, C., Boyi, C., & Ridde, V., (2022). Factors associated with COVID-19 vaccine intention in Benin in 2021: A cross-sectional study. *Vaccin*, 12: 100237. doi: 10.1016/j.jvacx.2022.100237
- Azanaw, J., Endalew, M., Zenbaba, D., Abera, E., & Chattu, V.K., (2023). COVID vaccine acceptance and associated factors in African countries: A systematic review and meta-analysis. *Front. Public Health* 10:1001423. doi: 10.3389/fpubh.2022.1001423
- Bono, S.A., Villela, F.M.E., Siau, S.C., Chen, S.W., Pengpid, S., Hasan, T.M., & Colebunders, R., (2021). Factors affecting COVID-19 vaccine acceptance: An international survey among low-and middle-income countries. *Vaccines*, 9(5):515. doi: 10.3390/vaccines9050515
- Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, (2021). Vaccination contre la covid-19 : la première phase prévue du 1er au 10 mars 2021. Consulté le 22 août 2022. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=12029&d=6
- Centre d'Information et de Communication Gouvernementale, (2022). Résultats globaux définitifs du RGPH 2021 : la population vivant habituellement sur le territoire ivoirien

- se chiffre à 29 389 150 habitants. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web https://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=13769
- Chen, K.F., Feng, T.W., Wu, C.C., Yunusa, I., Liu, S.H., Yeh, C.F., & Pekosz, A., (2023). Diagnostic accuracy of clinical signs and symptoms of COVID-19: A systematic review and meta-analysis to investigate the different estimates in a different stage of the pandemic outbreak. *J Glob Health*, 13:06026. doi: 10.7189/jogh.13.06026
- Cheuyem, F.Z.L., Amani,A., Achangwa,C., Ajong, B.N., Minkandi,C.A., Zeh,M.M.M.K., & Danwang, C., (2025). COVID- 19 vaccine uptake and its determinants in Cameroon: a systematic review and meta-analysis (2021–2024). *BMC Infectious Diseases*, 25:525. <https://doi.org/10.1186/s12879-025-10946-y>
- Chung, Y.S., Lam, C.Y., Tan, P.H., Tsang, H.F., & Wong, S.C.C., (2024). Comprehensive Review of COVID-19: Epidemiology, Pathogenesis, Advancement in Diagnostic and Detection Techniques, and Post-Pandemic Treatment Strategies. *Int. J. Mol. Sci.*, 25, 8155. <https://doi.org/10.3390/ijms25158155>
- Dereje, N., Tesfaye, A., Tamene, B., Alemeshet, D., Abe, H., Tesfa, N., & Lakew, Y., (2022). COVID-19 vaccine hesitancy in Addis Ababa, Ethiopia: a mixed-method study. *BMJ Open*, 12:e052432. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052432
- Direction de Coordination du Programme Elargi de Vaccination, (2021). Plan national de déploiement des vaccins et de vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire) ; 85 p.
- Engelbrecht, M.C., Kigozi, N.G., & Heunis, J.C., (2022). Factors associated with limited vaccine literacy: lessons learnt from COVID-19. *Vaccines*, 10(6):865. doi: 10.3390/vaccines10060865
- Fouda, A.A.B., Kengne, V.F.M., Adiogo, D., & Owona Manga, L.J.O., (2023). Refus et hésitation vis-à-vis de la vaccination anti COVID-19 à Douala, Cameroun. *Pan African Medical Journal*, 48(61). 10.11604/pamj.2024.48.61.39880
- Gudayu, T.W., & Mengistie, H.T., (2023). COVID-19 vaccine acceptance in sub-Saharan African countries: A systematic review and meta-analysis. *Heliyon*, 9 (2) : e13037. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13037>
- Institut National d'Hygiène Publique, (2021). Enquête d'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19 dans la population générale en Côte d'Ivoire. Abidjan (Côte d'Ivoire) ; Rapport final, 42p
- Jo,Y., Jamieson,L., Edoka,I., Long,L., Silal,S., Pulliam, J.R.C., & Nichols, B., (2021). Cost-effectiveness of Remdesivir and Dexamethasone for COVID-19 Treatment in South Africa. *Open Forum Infect Dis*, 8(3):ofab040. doi: 10.1093/ofid/ofab040
- Joshi, A., Kaur, M., Kaur, R., Grover, A., Nash, D., & El-Mohandes, A., (2021). Predictors of COVID-19 vaccine acceptance, intention, and hesitancy: A scoping review. *Front Public Health*, 9:698111. doi: 10.3389/fpubh.2021.698111
- Mardian, Y., Shaw-Shaliba, K., Karyana, M., & Lau, C.Y., (2021). Sharia (Islamic Law) Perspectives of COVID-19 Vaccines. *Front. Trop. Dis.*, 2: 788188. doi: 10.3389/fitd.2021.788188
- Mboussou, F., Farham, B., Nsasiirwe, S., Atagbaza, A., Oyaole, D.; Atuhebwe, P.L., & Impouma, B., (2022). COVID-19 Vaccination in the WHO African Region: Progress

- Made in 2022 and Factors Associated. *Vaccines*, 11, 1010. <https://doi.org/10.3390/vaccines11051010>
- McAbee, L., Tapera, O., & Kanyangarara, M., (2021). Factors associated with COVID-19 vaccine intentions in Eastern Zimbabwe: A cross-sectional study. *Vaccines*. 2021;9(10):1109. doi: 10.3390/vaccines9101109
- Ministre du budget et du portefeuille de l'Etat de Côte d'Ivoire, (2020). Plan de riposte contre les infections respiratoires aiguës à coronavirus-Covid-19, Côte d'Ivoire. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.tralac.org/documents/resources/covid-19/countries/3806-cote-d-ivoire-covid-19-response-plan-30-march-2020-french/file.html>
- Mudenda, S., Hikaambo, N.C., Daka, V., Chileshe, M., Mfunne, L.R., Kampamba, M., & Mukosha, M., (2022). Prevalence and factors associated with COVID-19 vaccine acceptance in Zambia: a web-based cross-sectional study. *Pan Afr Med J.*, 41(112). doi: 10.11604/pamj
- Omar, I.D., & Hani, M.B., (2021). Attitudes and intentions towards COVID-19 vaccines and associated factors among Egyptian adults. *J Infect Public Health*, 14(10):1481–1488. doi: 10.1016/j.jiph.2021.06.019
- OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, (2022a). Deux ans après le premier cas de COVID-19, la Côte d'Ivoire travaille à bâtir une communauté résiliente. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/deux-ans-apres-le-premier-cas-de-covid-19-la-cote-divoire-travaille-batir-une-communaute-resiliente>
- OMS – Bureau pays de la Côte d'Ivoire, (2022b). Généraliser la vaccination contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Consulté le 31 janvier 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/generaliser-la-vaccination-contre-la-covid-19-en-cote-divoire>
- OMS, (2022a). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 inactivé, CoronaVac, développé par Sinovac. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352901/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Sinovac-CoronaVac-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022b). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Ad26.COV2.S de Janssen. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/360485/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-Ad26.COV2.S-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022c). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 inactivé BIBP développé par China National Biotec Group (CNBG), Sinopharm. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353401/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-BIBP-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022d). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 Pfizer-BioNTech, BNT162b2, en vertu du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web [RASP](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351395/WHO-2019-nCoV-</p></div><div data-bbox=)

- vaccinesSAGE-recommendation-BNT162b2-2022.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS, (2022e). Recommandations provisoires pour l'utilisation du vaccin anti-COVID-19 BBV152 COVAXIN® de Bharat Biotech. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353402/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE-recommendation-BBV152-2022.1-fre.pdf>
- OMS, (2022f). Vaccination COVID-19 : Quatre millions de personnes complètement vaccinées, un an après le lancement de la vaccination en Côte d'Ivoire. Consulté le 31 janvier 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.afro.who.int/fr/countries/cote-divoire/news/vaccination-covid-19-quatre-millions-de-personnes-completement-vaccinees-un-apres-le-lancement-de-la>
- Osuagwu, L.U., Mashige, P.K., Ovenseri-Ogbomo, G., Envuladu, A.E., Abu, K.E., Miner, A.C., & Agho, K.E., (2023). The impact of information sources on COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 23(1):38. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14972-2>
- Osur, O.J., Chengo, R., Muinga, E., Kemboi, J., Sidibe, M., & Rarieya, M., (2022). Determinants of COVID-19 vaccine behaviour intentions among the youth in Kenya: a cross-sectional study. *Arch Public Health*, 80(1):159. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00904-4>
- Reddy, K.P., Fitzmaurice, K.P., Scott, J.A., Harling, G., Lessells, R.J., Panella, C., & Siedner, M.J. (2021). Clinical outcomes and cost-effectiveness of COVID-19 vaccination in South Africa. *Nat Commun.*, 12(1):6238. doi: 10.1038/s41467-021-26557-5.
- République de Côte d'Ivoire, (2019). Loi n° 2019-572 du 26 juin 2019 relative à la minorité. JORCI n°11 du 16 juillet 2019. P 265. Consulté le 16 février 2023. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.muscop-ci.com/Document/a57fcb635e593dce068e4799b037fdcd.pdf>
- Shaaban, R., Ghazy, M.R., Elsharif, F., Ali, N., Yakoub, Y., Aly, O.M., & Kamal, A., (2022). COVID-19 vaccine acceptance among social media users: A content analysis, multi-continent study. *Int J Environ Res Public Health*, 19:5737. doi: 10.3390/ijerph19095737
- Strupat, C., Shigute, Z., Bedi, A.S., & Rieger, M., (2022). Willingness to take COVID-19 vaccination in low-income countries: Evidence from Ethiopia. *PLoS ONE*, 17(3):e0264633. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264633>
- Sulub, A.S., & Mohamed, A.M., (2022). Determinants of COVID-19 vaccine uptake and acceptability in the horn of Africa: Evidence from Somaliland. *Vaccines*, 10(7):1076. doi: 10.3390/vaccines10071076
- Terry, E., Cartledge, S., Damery, S., & Greenfeld, S., (2022). Factors associated with COVID-19 vaccine intentions during the COVID-19 pandemic; a systematic review and meta-analysis of cross-sectional studies. *BMC Public Health*, 22(1):1667. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14029-4>
- Wake, D.A., (2021). The willingness to receive COVID-19 vaccine and its associated factors: "Vaccination refusal could prolong the war of this pandemic" - A systematic review. *Risk Manag and Healthc Policy*, 14:2609-2623. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S311074>

- Wake, D.A., (2022). Healthcare workers and non healthcare workers pro-vaccination attitude and its associated factors towards COVID-19 vaccine globally: A systematic review and meta-analysis. *Interdiscip Perspect Infect Dis.*, 2443785. <https://doi.org/10.1155/2022/2443785>
- WHO, (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. Consulté le 20 janvier 2021. Récupéré à partir de l'adresse web <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wong, P.L., Alias, H., Danaee, M., Ahmed, J., Lachyan, A., Cai, Z.C., & Zhao, Q., (2021). COVID-19 vaccination intention and vaccine characteristics influencing vaccination acceptance: a global survey of 17 countries. *Infect Dis Poverty*, 10:122. doi: 10.1186/s40249-021-00900-w
- Zhou, L., Ampon-Wireko, S., Xu, X., Quansah, E.P., & Larnyo, E., (2022). Media attention and Vaccine Hesitancy: Examining the mediating effects of fear of COVID-19 and the moderating role of trust in leadership. *PLoS ONE*, 17(2):e0263610.

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

Note de l'éditeur

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