

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE

Union – Discipline - Travail



**GESTION DE L'INFORMATION ET
ÉDUCATION POUR LA SANTÉ EN
PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE DE TYPE
COVID-19 EN CÔTE D'IVOIRE**

**GESTION DE L'INFORMATION ET
ÉDUCATION POUR LA SANTE EN
PÉRIODE DE CRISE SANITAIRE DE TYPE
COVID-19 EN COTE D'IVOIRE**

Rapport final de la recherche

Chercheur principal :

KONE Hugues, Professeur Titulaire

Coordonnateur des opérations :

BOGUI Maomra Jean-Jacques, Maître de Conférences

Mars 2022

Membres de l'équipe de recherche

- DRAME Abibata, Maître de Conférences, spécialiste de la communication pour le changement social et comportemental, responsable du pôle Éducation pour la santé
- GOA Kacou, Maître de Conférences, spécialiste de la communication de crise, responsable du pôle Gestion de l'information
- ATCHOUA N'guessan Julien, Professeur Titulaire, spécialiste de la communication politique
- DOUA Edmond, Maître de Conférences, spécialiste de la communication politique et des organisations
- KONE Bassémory, Maître de Conférences, spécialiste de la communication pour le changement social et comportemental
- BAMBA Sidiki, Maître-assistant, spécialiste de la communication politique, média et manipulation
- KADJA Pascal, Maître-assistant, spécialiste de la communication pour le développement et évaluation
- TOURE Amidou, Assistant, spécialiste en analyse du discours
- ALOKO-N'GUESSAN K. Joel-Henri, Assistant, spécialiste en communication pour la santé
- COULIBALY Nanga Désiré, Assistant, spécialiste en communication pour la santé

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	4
REMERCIEMENTS	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	10
LISTE DES TABLEAUX.....	11
LISTE DES GRAPHIQUES.....	11
LISTE DES FIGURES, CARTES ET IMAGES	13
LISTE DES ANNEXES	14
INTRODUCTION GÉNÉRALE	15
CHAPITRE I : FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA	
RECHERCHE	17
1.1. Contexte de l'étude	17
1.2. De la problématique aux hypothèses de recherche.....	20
1.3. Le cadre théorique et conceptuel de la recherche.....	23
1.4. Méthodologie de la recherche.....	32
1.5. Difficultés et limites de l'étude	41
CHAPITRE II : LA RIPOSTE NATIONALE SANITAIRE A LA COVID-19 : DISPOSITIF	
GÉNÉRAL ET COMMUNICATION	43
2.1. Le dispositif d'ensemble de la riposte	43
2.2. La communication dans la riposte sanitaire	49
2.3. La coordination des actions de riposte.....	52
CHAPITRE III : ANALYSE DES SUPPORTS ET MESSAGES DE COMMUNICATION	
LIÉE À LA COVID-19	56
3.1. Les communiqués du Conseil National de Sécurité et les communiqués de presse dans le façonnement des normes sociales dans la crise sanitaire de la COVID-19 au niveau national.....	56
3.2. Analyse des déclarations des organisations religieuses et des alertes-infos	58
3.3. Analyse sémiologique des affiches de campagne de sensibilisation	62
3.3. Analyse sémiologique de vidéos d'éducation pour la santé.....	65
3.4. La mobilisation sociale et communautaire des structures publiques et privées.....	68
3.5. L'infospectacle : une ritualisation de la crise	68

CHAPITRE IV : RÉACTIONS DE LA POPULATION FACE AUX ACTIONS DE COMMUNICATION PUBLIQUE	70
4.1. Connaissances liées à la maladie	70
4.2. Canaux d'information sur la maladie.....	75
4.3. Efficacité de la communication sur la COVID-19	76
4.4. Le respect des mesures barrières comme changement de comportement	82
4.5. Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage	104
4.6. Fréquentation des centres de dépistage	109
4.6. Opinions sur la communication publique.....	115
4.8. Circulation des rumeurs sur la maladie	121
4.9. Croyance aux rumeurs.....	125
4.10. Solutions africaines, entre rumeurs, croyances et réalité.....	132
CHAPITRE V : LA GESTION DE LA COMMUNICATION A L'ÉPREUVE DE LA VACCINATION.....	137
5.1. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaire	137
5.2. Les résultats de l'enquête rapide par interception	143
CHAPITRE VI : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE	151
6.1. Synthèse des résultats.....	151
6.2. Vérification des hypothèses de départ	156
6.3. Théorisation des résultats : « le modèle <i>glolocal</i> de la communication ».....	159
6.4. Enjeux et perspectives de la communication en période de crises sanitaires de type COVID-19.....	161
CHAPITRE VII : PROPOSITIONS ET PISTES POUR L'ACTION.....	164
7.1. Mise en place d'une communication stratégique	164
7.2. Pour une plus grande pertinence des supports de communication	168
7.3. Mise en place d'un observatoire de la communication de crise sanitaire	169
CONCLUSION GÉNÉRALE	172
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	173
ANNEXES.....	177

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été possible grâce à des institutions et à des personnes ressources qu'il importe de remercier.

L'équipe de recherche adresse en premier lieu ses vifs remerciements au FONSTI (Fonds pour la Sciences, la Technologie et l'Innovation) qui a accepté de financer les activités du projet de recherche.

Elle remercie ensuite les structures suivantes et les responsables qui ont fourni des informations précieuses dans le cadre de la collecte des données effectuée :

- le Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP) ;
- le Ministère de la Communication et des Médias (MCM) ;
- le Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité (MIS) ;
- le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales (SMIT) du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ;
- la Radio-Télévision Ivoirienne (RTI) ;
- le Centre d'Information et de Communication Gouvernementale (CICG) ;
- les centrales syndicales Union générale des travailleurs de Côte d'Ivoire (UGTCI) et Dignité ;
- le Patronat ivoirien (CGECI) ;
- le Programme Breakthrough *Action* financé par l'USAID et exécuté par le Centre des programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (JHU/CCP, Côte d'Ivoire) ;
- l'Archidiocèse d'Abidjan ;
- le Conseil des imams et des affaires islamiques de Côte d'Ivoire (COSIM) ;
- Médecins humanistes Côte d'Ivoire ;
- la Croix Rouge ;
- l'Union des radios de proximité de Côte d'Ivoire (URPCI) ;
- la Nouvelle chaîne ivoirienne (NCI) ;
- Abidjan.net.

Les remerciements de l'équipe de recherche vont également aux personnes résidant dans les communes de Bingerville, Cocody, Marcory, Port-Bouët et Yopougon du District autonome d'Abidjan qui ont contribué à la réalisation de cette étude à travers leur participation aux opérations de collecte des données.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La COVID-19, apparue en décembre 2019, est rapidement devenue une pandémie dévastatrice, aussi bien en termes de nombre de personnes contaminées qu'en termes de personnes hospitalisées pour des cas graves et de décès : en effet, déjà en mai 2020, on dénombrait dans le monde 5 millions de cas confirmés et près de 350 000 décès. Le 11 mars 2020, la Côte d'Ivoire enregistrait son premier cas confirmé de personne atteinte de COVID-19. Dès lors, plusieurs actions ont alors été entreprises par le gouvernement ivoirien, parmi lesquelles : (i) la mise en place d'un comité de crise ; (ii) la sensibilisation sur les mesures préventives ; (iii) l'élaboration d'un plan d'urgence de riposte ; (iv) la détection systématique des cas suspects chez les voyageurs en provenance des pays touchés par la pandémie ; (v) la mise en quarantaine ou le confinement ; (vi) la prise en charge des cas confirmés.

Cette crise née de l'apparition de ce coronavirus est devenue une donnée à forte potentialité médiatique dans tous les pays. Conséquence : la communication autour de cette crise sanitaire est aussi devenue virale et a pris un caractère de communication de crise planétaire et internationale, d'une part, mais aussi de communication de crise nationale, d'autre part. En outre, chaque pays a cherché à mettre en place une réponse adéquate à cette pandémie à l'intérieur de ses frontières. Ces réponses nationales comprennent plusieurs approches : (i) l'approche biomédicale liée à la prise en charge, au traitement des malades, à la recherche de protocole unanime de traitement contre ce virus et dans certains cas de vaccins ; (ii) la mise en place et le renforcement des structures d'accueil et des laboratoires ainsi que du personnel ; (iii) l'approche de la gestion de l'information, de l'éducation et de la communication en période de crise, avec l'organisation de la sensibilisation des populations sur le coronavirus et ses conséquences.

Compte tenu des nombreuses incommunications significatives issues de cette troisième approche pourtant cruciale dans la réponse adéquate contre la COVID-19, une étude sur la communication de crise liée à la lutte contre le coronavirus en Côte d'Ivoire s'impose. Aussi, cette étude pose-t-elle la problématique de la communication dans la crise sanitaire de la COVID-19 en Côte d'Ivoire. La gestion de l'information dans la crise du coronavirus (COVID-19) en Côte d'Ivoire est-elle à la hauteur de la complexité de cette crise ? L'objectif général du projet est de contribuer à l'amélioration de la communication pour la santé en période de crise sanitaire de type COVID-19.

Cette étude repose sur un ensemble de théorie. Il s'agit ici de composer avec la théorie de l'agir communicationnel (Habermas 1987) impliquant les dispositions d'analyse des fonctions et des effets des communications sur l'actualité de la COVID-19 portant sur le prototype du fonctionnalisme médiatique de Dwight Harold Lasswell (1946). L'analyse et l'interprétation des messages et actions en matière de communication, d'une part, et l'évaluation des situations d'entropie communicationnelle, d'autre part, sont nécessaires dans la recension des informations, des résultats et des conclusions. En plus des théories de la communication de crise s'ajoutent celles relatives à la communication pour le changement social et comportemental (CCSC). Le modèle socio-écologique combine des différentes perspectives théoriques et change notre pensée à un ensemble de facteurs plus holistique et inclusif. En ce qui concerne la théorie de la participation, la participation active des gens est reconnue aujourd'hui comme une condition essentielle au processus de développement.

Cette recherche a été réalisée à partir des approches méthodologiques qualitatives et quantitatives dans cinq communes (Bingerville, Cocody, Marcory, Port-Bouët et Yopougon) du district d'Abidjan. Dans le cadre des enquêtes qualitatives, 40 personnes ont été interrogées lors des focus group et 19 personnes ressources issues de structures étatiques et non étatiques. En outre, l'observation directe a été exploitée dans le cadre de cette enquête. Nous avons également réalisé une enquête par interception en deux vagues de soixante personnes chacune, essentiellement portée sur la vaccination. Par ailleurs, nous avons constitué un corpus de 200 documents. Lequel corpus a fait l'objet d'une analyse de discours et sémiologique. L'enquête quantitative a été faite à partir d'un échantillon de 942 personnes. Cette enquête a permis d'obtenir et d'observer un ensemble factuel de gestion de la crise par les autorités ivoiriennes.

Organisation de la riposte nationale

L'objectif principal du plan de communication était d'informer les populations sur la maladie et les mobiliser pour le respect des mesures barrières. Certaines structures ont piloté ce plan de communication (MSHP, MCM, MIS, SMIT), d'autres ont été des acteurs importants dans son application (RTI et CICG). Des structures non étatiques ont tiré leurs stratégies de communication et de sensibilisation des recommandations de l'État et de ses partenaires. Néanmoins chaque application dépend également des facteurs internes à chaque structure. Premièrement, la riposte a été fondée sur une stratégie de communication qui se décline en trois axes : La coordination de la communication gouvernementale sur la pandémie ; La communication en vue du changement de comportement des populations ; La communication sur l'engagement communautaire. Deuxièmement, il a fallu une coordination des actions de riposte. Tous les interviewés s'accordent pour décrier le manque de coordination dans les actions de communication au début de la pandémie. Selon eux la situation a connu une nette amélioration par la suite. Le Centre d'information et de communication gouvernementale (CICG) est l'une des structures stratégiques de l'État de Côte d'Ivoire qui, dans le cadre de la lutte contre la pandémie à coronavirus, a mis en place des points focaux d'information sur l'ensemble du territoire. Troisièmement, le dispositif de riposte a progressivement été renforcé avec de nombreuses mesures visant à respecter les mesures barrières, puis de nombreux centres de dépistage, et nombreux vaccins et centres de vaccination. Tout ceci reposant sur une communication multidimensionnelle et multipartite.

Analyse des supports et messages de communication liée à la COVID-19

La crise de la COVID-19 a donné lieu à plusieurs discours, notamment ceux des citoyens ordinaires aux médecins en passant par les journalistes, les experts et les politiques. On remarque, subséquemment, que les discours des personnes ordinaires entrent en concurrence avec les discours des spécialistes de la maladie et le discours officiel des autorités sanitaires. Ces productions discursives remettent en cause la réalité de cette pandémie qui, au travers de leurs propos, est une sorte d'invention, à leurs yeux, de l'Occident. C'est dans cette optique que le gouvernement, pour présenter la réalité des choses, produit des communiqués pour informer, démentir, sensibiliser et éduquer les citoyens ivoiriens. Certaines périodes ont marqué l'évolution de ces discours. Il s'agit de la période ante-confinement, la période du confinement et la période post-confinement. Pour lutter contre cette

pandémie, une stratégie d'éducation pour la santé a été mise en place. D'une part, nous analysons certaines affiches et spots publicitaires réalisés à cet effet par les pouvoirs publics et des structures privées. D'autre part, nous analysons les rumeurs qui ont circulé tout au long de cette crise.

Réactions des populations face aux actions entreprises par l'État

L'étude quantitative a permis d'évaluer les connaissances, les perceptions et les pratiques liées à la maladie portant sur les canaux d'information, le respect des mesures barrières, la fréquentation des centres de dépistage, la communication publique, la circulation de la rumeur, les solutions africaines et la vaccination. Les principales caractéristiques des populations qui ont été mise en évidence sont le lieu d'habitation, le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'instruction, la catégorie socio professionnelle, l'obédience politique et l'obédience religieuse. Globalement, la COVID-19 est bien connue des populations. Par contre sur le mode de contamination, il existe des disparités. S'agissant des canaux d'information sur la maladie, deux canaux se démarquent, principalement la télévision et accessoirement les réseaux sociaux. Il ressort des données de l'enquête que les populations connaissent bien les mesures barrières mais elles ont du mal à les respecter, surtout la distanciation sociale, rester à la maison et le port du masque. La fréquentation des centres de dépistage n'a pas connu de succès auprès des populations. La communication publique sur la pandémie a été diversement appréciée selon les communes de notre enquête avec Cocody et Yopougon qui sont plus critiques. Concernant la circulation des rumeurs sur la maladie, la commune de Yopougon se démarque largement et les supports de ces rumeurs ont été la radio, les journaux papiers, les réseaux sociaux numériques et la communication interpersonnelle. L'enquête révèle que chaque commune de l'étude a une solution africaine propre : Yopougon (jaune amer, feuille de neem), Cocody (Chloroquine, COVID-organic), Marcory (Basilic), Port-Bouët (Djeka) et Bingerville (Basilic). En ce qui concerne la vaccination, on note que même si son existence est largement connue des populations, celles-ci ne sont pas disposées à se faire vacciner au début de l'opération de la campagne en raison de nombreux rumeurs qui circulaient. Cette situation a connu une nette amélioration dans le temps avec le changement de stratégie de la part des pouvoirs publics.

Communication stratégique

Afin que les messages et supports conçus pour les groupes cibles prioritaires puissent produire leurs effets et favoriser le changement de comportement souhaité à savoir : la réalisation du test de dépistage COVID-19 et la vaccination contre la COVID-19. Il faut que l'environnement, parallèlement, évolue favorablement par rapport à l'image même de la maladie. Sur la base de cette étude, nous proposons de cibler les cibles prioritaires, nous identifions leurs problèmes spécifiques et les barrières qui posent obstacles à la mise en œuvre de la stratégie et nous proposons des réponses possibles. À l'issue de cette étude, nous proposons le modèle *glocal* de la communication en pareille situation de crise. Devant le déploiement croissant de la société de l'information, la communication publique s'affirme aujourd'hui comme une nécessité incontournable des institutions et États démocratiques. De ce point de vue, elle s'apparente, non à un simple outil technique de mise en forme des politiques publiques, mais à une démarche globale inscrite dans l'exercice même de la gouvernance publique.

SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AIMAS	Agence Ivoirienne de Marketing Social
CICG	Centre Ivoirien de Communication Gouvernementale
CCSC	Communication pour le Changement Social et Comportemental
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNS	Conseil National de Sécurité
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
CGECI	Comité de Gestion des Entreprises de Côte d'Ivoire
COSIM	Conseil Supérieur des Imams
DCPEV	Directeur-Coordonnateur du Programme Élargi de Vaccination
Ddl	Degré de liberté
DGS	Directeur Général de la Santé
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INJS	Institut National de la Jeunesse et des Sports
JHU	Johns Hopkins University
LSCAC	Laboratoire des Sciences de la Communication, des Arts et de la Culture
OBC	Organisation à Base Communautaire
OSC	Organisation de la Société Civile
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
NCI	Nouvelle Chaine Ivoirienne
MCM	Ministère de la Communication et des Médias
MIS	Ministère de l'Intérieur et de la Sécurité
SMIT	Service des Maladies Infectieuses et Tropicales
MSHP	Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique
MUGEFCI	Mutuelle Générale des Fonctionnaires de Côte d'Ivoire
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
RTI	Radiodiffusion Télévision Ivoirienne
UGTCI	Union Générale des Travailleurs de Côte d'Ivoire
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture
URPCI	Union des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire
USAID	Agence des États-Unis pour le Développement
UVICOCI	Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Quelques données sur l'évolution de la COVID-19 en Côte d'Ivoire.....	20
Tableau 2 : Présentation des hypothèses, variables et indicateurs de l'étude.....	23
Tableau 3 : Structures interrogées.....	34
Tableau 4 : Nombre de répondants par commune.....	40
Tableau 5 : Canaux d'information sur la COVID-19.....	75
Tableau 6 : Appréciation de l'efficacité des mesures barrières.....	97
Tableau 7 : Croyances et rumeurs illustratives sur la COVID-19 de mars à août 2021	122
Tableau 8 : Sources fréquentes de rumeurs.....	124
Tableau 9 : Présentation des principales solutions africaines.....	132
Tableau 10 : Enquête par interception, première vague.....	146
Tableau 11 : Enquête par interception, deuxième vague.....	148
Tableau 12 : Synthèse des attitudes et pratiques selon les cibles prioritaires.....	165
Tableau 13 : Présentation des cibles prioritaires, des problèmes, des barrières et des réponses.....	167
Tableau 14 : Présentation des cibles, canaux et supports de communication.....	168

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : Connaissance de la maladie par sexe.....	70
Graphique 2 : Connaissance de la maladie selon la tranche d'âge.....	71
Graphique 3 : Niveau de connaissance de la maladie selon le niveau d'instruction.....	72
Graphique 4 : Connaissance de la maladie selon le lieu de résidence.....	73
Graphique 5 : Connaissance des modes de contamination de la maladie selon les communes	74
Graphique 6 : Opinion sur la communication publique sur la COVID-19.....	76
Graphique 7 : Sources d'informations de confiance sur la COVID-19.....	76
Graphique 8 : Jugement des informations sur la COVID-19 issues des réseaux sociaux.....	77
Graphique 9 : Canaux d'information sur la maladie selon le lieu d'habitation.....	77
Graphique 10 : Canaux d'information selon le sexe.....	78
Graphique 11 : Canaux d'information selon la tranche d'âge.....	79
Graphique 12 : Canaux d'information selon le niveau d'instruction.....	80
Graphique 13 : Canaux d'information selon la catégorie socio-professionnelle.....	81
Graphique 14 : Lieux de résidence et respect des mesures barrières.....	82
Graphique 15 : Répartition par sexe et respect des mesures barrières.....	84
Graphique 16 : Le respect des mesures barrières et la tranche d'âge.....	85
Graphique 17 : Niveau d'étude de la population et respect des mesures barrières.....	86

Graphique 18 : Le respect des mesures barrières et la catégorie socio professionnelle.....	87
Graphique 19 : Taux de respect des mesures barrières selon l'obédience politique.....	88
Graphique 20 : Taux de respect des mesures barrières selon l'obédience religieuse.....	88
Graphique 21 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le lieu d'habitation.....	89
Graphique 22 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le sexe.....	92
Graphique 23 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon la tranche d'âge.....	94
Graphique 24 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le niveau d'instruction.....	95
Graphique 25 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon la catégorie socio-professionnelle.....	96
Graphique 26 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par lieu d'habitation.....	98
Graphique 27 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par sexe.....	99
Graphique 28 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par tranche d'âge.....	100
Graphique 29 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par catégorie socio-professionnelle.....	102
Graphique 30 : Appréciation de la facilité d'application des mesures barrières selon l'obédience religieuse.....	102
Graphique 31 : Facilité d'application des mesures barrières selon l'obédience politique.....	103
Graphique 32 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et tranche d'âge.....	104
Graphique 33 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et sexe.....	105
Graphique 34 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et lieu de résidence.....	106
Graphique 35 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et niveau d'étude.....	107
Graphique 36 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et obédience politique.....	108
Graphique 37 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et opinion religieuse.....	109
Graphique 38 : Fréquentation de centre de dépistage selon le lieu d'habitation.....	110
Graphique 39 : Nombre de personnes ayant fréquenté un centre de dépistage selon le sexe.....	111
Graphique 40 : Personnes ayant fréquenté un centre de dépistage selon la tranche d'âge.....	112
Graphique 41 : Personnes ayant visité un centre de dépistage selon le niveau d'instruction.....	113
Graphique 42 : Fréquentation de centre de dépistage selon la catégorie socio-professionnelle.....	114
Graphique 43 : Opinion sur la communication publique selon le lieu d'habitation.....	115
Graphique 44 : Opinion sur la communication publique selon le sexe.....	116
Graphique 45 : Opinion sur la communication publique par tranche d'âge.....	117
Graphique 46 : Opinion sur la communication publique par niveau d'instruction.....	118
Graphique 47 : Opinion sur la communication publique par catégorie socio-professionnelle.....	119
Graphique 48 : Appréciation de la communication publique selon l'obédience religieuse.....	120
Graphique 49 : Appréciation de la communication publique selon l'obédience politique.....	121

Graphique 50 : Opinions sur certaines rumeurs relatives à la COVID-19.....	124
Graphique 51 : Croyance aux rumeurs selon la tranche d'âge.....	126
Graphique 52 : Croyance aux rumeurs selon le sexe.....	127
Graphique 53 : Croyance aux rumeurs selon le lieu de résidence.....	128
Graphique 54 : Croyance aux rumeurs selon le niveau d'étude.....	129
Graphique 55 : Croyance aux rumeurs selon l'obédience politique.....	130
Graphique 56 : Croyance aux rumeurs selon l'obédience religieuse.....	131
Graphique 57 : Solutions africaines selon le lieu d'habitation.....	132
Graphique 58 : Solutions africaines selon le sexe.....	133
Graphique 59 : Solutions africaines selon la tranche d'âge.....	134
Graphique 60 : Solutions africaines selon le niveau d'instruction.....	135
Graphique 61 : Solutions africaines selon la catégorie socio-professionnelle.....	136
Graphique 62 : connaissance de l'existence du vaccin.....	137
Graphique 63 : Niveau de confiance au vaccin.....	138
Graphique 64 : Personnes prêts à se faire vacciner.....	138
Graphique 65 : Avis sur le fait d'être prêt à se faire vacciner selon le lieu d'habitation.....	138
Graphique 66 : Avis sur le fait d'être prêt à se faire vacciner par sexe.....	139
Graphique 67 : Avis sur le fait d'être vacciné selon la tranche d'âge.....	140
Graphique 68 : Avis sur le fait d'être vacciné selon le niveau d'instruction.....	141
Graphique 69 : Êtes-vous prêt à vous faire vacciner selon l'obédience politique.....	144
Graphique 70 : Êtes-vous prêt à vous faire vacciner selon l'obédience religieuse.....	145

LISTE DES FIGURES, CARTES ET IMAGES

Figures

Figure 1 : Schématisation des interactions entre les structures du dispositif de riposte	55
Figure 2 : Esquisse du modèle <i>glolocal</i> de la communication.....	161

Images

Image 1 : Le leadership politique dans la riposte nationale	46
Images 2a et 2b : Un centre de dépistage et un centre de vaccination à Abidjan	47
Image 3 : Infographie des sites de vaccination dans le district d'Abidjan.....	48
Image 4 : Présentation des vaccins disponibles en Côte d'Ivoire	48
Image 5 : Représentation infographique de la mesure de confinement.....	64

Image 6 : Affiche de sensibilisation à faire le vaccin par les jeunes.....	.64
Image 7 : Sensibilisation par l’humour.....	65
Image 8 : Captures d’éducation pour la santé produit par les pouvoirs publics.....	66
Image 9 : Captures des spots d’éducation pour la santé produit par AIMAS.....	66
Image 10 : Point de la situation du jour sur la pandémie	69
Image 11 : Marché de la SIDECI Yopougon	91
Image 12 : Une église dans la commune de Yopougon.....	91
Image 13 : Fidèles musulman à la mosquée, Marcory.....	91
Image14 : Étudiants en cours, Cocody	91

Cartes

Carte 1 : Répartition des cas de COVID-19 diagnostiqués en Côte d’Ivoire au 1 ^{er} novembre 2021.....	19
Carte 2 : Présentation de la zone d’étude.....	40

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d’observation	178
Annexe 2 : Guide d’entrevue individuelle	179
Annexe 3 : Guide pour le focus group.....	181
Annexe 4 : Questionnaire	182

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis décembre 2019, le monde entier connaît une crise sanitaire particulièrement grave. Apparue en Chine, plus précisément dans la ville de Wuhan, une nouvelle maladie virale provoquée par un coronavirus inconnu s'est propagée rapidement sur la planète, ce qui lui a valu d'être déclarée pandémie mondiale par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en mars 2020, sous le nom de COVID-19 pour « Coronavirus Disease - 2019 ».

Face à cette menace aux conséquences redoutées, comparée à tort ou à raison aux plus grandes pandémies ayant frappé l'humanité au cours des siècles, les gouvernements à travers le monde ont déclaré l'état d'urgence et pris un ensemble de mesures visant à réduire la vitesse de propagation du virus. Les populations ont vu leur quotidien bouleversé avec l'adoption des dispositions inhabituelles telles que la distanciation physique ou sociale instaurant une distance physique d'au moins un mètre entre les individus, le port obligatoire du masque, l'interdiction ou la réduction temporaire des déplacements et le couvre-feu.

La Côte d'Ivoire n'est pas restée en marge et a mis en place sa propre réponse. Depuis l'identification du premier cas d'infection dans le pays le 11 mars 2021, la maladie n'a cessé d'évoluer, par vagues successives, tout en restant moins spectaculaire comparativement à ce que l'on a pu observer sur d'autres continents. Toutefois, ses effets sur la vie économique, sociale et culturelle ainsi que le moral de la nation sont loin d'être négligeables. Au 13 juin 2021, le pays enregistrait un total de 47 662 cas cumulés dont 47 178 guérisons et 306 décès.

La communication a occupé une place de choix dans cette lutte. Elle a d'abord consisté à faire connaître aux populations la maladie, les dangers qui lui sont liés et à promouvoir les mesures barrières à adopter pour prévenir l'infection au virus et se protéger. Elle a ensuite été orientée vers la sensibilisation contre les fausses informations et les rumeurs sur l'origine du virus et ses modes de transmission, les traitements disponibles, y compris les remèdes traditionnels et l'automédication, tout en continuant à exhorter à la pratique des mesures barrières. Enfin, la disponibilité de vaccins, développés dans des conditions inhabituelles, va favoriser une nouvelle orientation de la communication.

Après plusieurs mois de crise sanitaire due à la COVID-19, en Côte d'Ivoire il convient de s'interroger sur la place réelle de la communication dans la réponse nationale. La lente progression du virus ainsi que le nombre de décès relativement faible seraient-ils dus à l'impact de la communication déployée autour du virus sur la population ? Si oui, comment cette communication a-t-elle été organisée et mise en œuvre ? Les canaux utilisés étaient-ils les plus appropriés pour informer sur la maladie ? Etc.

Peu après l'apparition de la pandémie sur le territoire ivoirien, des enseignants-chercheurs de l'Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB), membres du Laboratoire des Sciences de la Communication, des Arts et de la Culture (LSCAC) de l'UFR Information, Communication et Arts (UFRICA), ont pris l'initiative de joindre leurs efforts pour apporter la contribution de leur spécialité, les sciences de l'information et de la communication (SIC), à la lutte contre la COVID-19. L'appel

du Fonds pour la Science, la Technologie et l'Innovation (**FONSTI**), dans le cadre de ses activités de financement de la recherche scientifique en Côte d'Ivoire, invitant les Universités et Centres de Recherche à lui soumettre des projets de recherche, le 29 mai 2020 au plus tard, a été une opportunité pour l'équipe des enseignants-chercheurs de soumettre un projet de recherche appliquée sur la « **Gestion de l'information et éducation pour la santé en période de crise sanitaire de type COVID-19** ». Le projet soumis a été approuvé par le FONSTI pour être mis en œuvre tout le long de l'année 2021.

Le présent document expose successivement les bases théoriques et méthodologiques de la recherche, la description de la réponse nationale mise en place en Côte d'Ivoire, les principaux résultats obtenus tant sur la base de l'analyse des messages et des supports de communication diffusés qu'à partir des réponses et des informations fournies par des acteurs institutionnels de la réponse et des représentants de la population vivant dans le district autonome d'Abidjan, épiceutre invariable de la pandémie depuis son déclenchement.

Le rapport rend ensuite compte de la discussion des résultats et s'achève par des propositions visant à l'amélioration de la communication pendant la crise sanitaire en cours, mais aussi de crises sanitaires similaires à l'avenir, si nécessaire. L'idée d'un observatoire de la communication en période de crise sanitaire de grande ampleur est discutée à ce niveau.

CHAPITRE I : FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DE LA RECHERCHE

Le présent chapitre précise pour le lecteur le contexte de l'étude, la problématique et les questions de recherche qui l'ont déclenchée avant de formuler successivement les objectifs et les hypothèses de recherche, le cadres théorique et conceptuel. Le cadre méthodologique est ensuite résumé.

1.1. Contexte de l'étude

La maladie à coronavirus SRAS-2, une maladie infectieuse respiratoire apparue en décembre 2019 dans la ville de Wuhan (province de Hubei en Chine), a atteint un niveau préoccupant dans le monde au cours du premier trimestre de 2020. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) l'a alors déclarée comme une pandémie par le 11 mars 2020, avec comme nom officielle le néologisme « COVID-19 » pour Coronavirus Disease 2019 (soit maladie du coronavirus 2019). Ce jour-là, la barre des 100 pays infectés avait été franchie. Il faut préciser que l'OMS parle de pandémie **en cas de propagation mondiale (ou continentale) d'une nouvelle maladie**. En revanche, une **épidémie se limite à une région, un pays ou à une zone bien définie**. Partie d'Asie avec la Chine comme premier épicode, la pandémie va se propager en endeuillant l'Europe, l'Amérique du Nord et l'Océanie puis l'Amérique du Sud avant de frapper l'Afrique, l'Afrique du Sud et l'Afrique du Nord en tête. La nouvelle maladie prend la tournure d'une crise sanitaire mondiale, provoquant des dégâts humains, économiques et sociaux considérables. Elle devient également un phénomène à fort retentissement médiatique et la circulation de l'information à son sujet a pris une allure virale dans tous les pays. En mai 2020, on dénombrait déjà plus de 5 millions de cas confirmés et près de 350 mille décès dans le monde (OMS, 2020).

Pour juguler le péril ou à tout le moins en atténuer les effets, alors que la riposte mondiale avait du mal à s'organiser, empêtrée dans les querelles et rivalités entre les puissances, en particulier entre les États-Unis, l'Europe, la Russie et la Chine, chaque pays adopte tant bien que mal une riposte nationale, incluant des mesures draconiennes comme le confinement des populations, le couvre-feu nocturne, la fermeture des frontières terrestres et aériennes, l'état d'urgence et la suspension des rassemblements et la fermeture des écoles et des lieux de spectacle. Des chefs d'État ont même déclaré leur pays en « état de guerre ». Dans l'ensemble, les réponses nationales et internationales à la crise se sont montrées approximatives, confuses, incohérentes et peu efficaces (Mission Pittet, octobre 2020, Lowy Institute, COVID Performance, 2021).

Dans le cas de la Côte d'Ivoire, c'est le Mercredi 11 mars 2020 que le gouvernement a annoncé le premier cas confirmé de personne atteinte de la COVID-19 dans le pays : il s'agissait d'un homme récemment revenu d'un séjour en Europe, précisément en Italie. Le gouvernement, qui avait pris les premières mesures dès l'alerte mondiale lancée par l'OMS, a intensifié la riposte à travers la mise en place d'un plan d'urgence de riposte. Le Conseil National de Sécurité (CNS) a adopté le 16 mars 2020, treize mesures visant à endiguer la propagation de l'épidémie sur le territoire national parmi

lesquelles l'établissement de l'État d'urgence, le confinement du Grand Abidjan (Ville d'Abidjan et sa périphérie) et le port obligatoire du masque. Les mesures barrières à l'infection ont été communiquées en boucle à travers les médias publics et privés, nationaux et internationaux.

Malgré toutes ces mesures et actions de sensibilisation, l'observation rapide a révélé des limites dans l'application des mesures préconisées. De fait, la maladie a poursuivi sa progression dans le pays, avec des accélérations et des décélérations. Si au cours du dernier trimestre de l'année 2020 on a pu enregistrer une chute importante du taux de contamination à la COVID-19 dans le pays, on a observé après cela un grand relâchement aussi bien dans le respect des mesures barrières, la distribution des masques aux assurés sociaux et la mobilisation sociale que dans la sensibilisation à travers les médias. La période de l'élection présidentielle d'octobre 2020 avec son cortège de rassemblements publics, de manifestations de l'opposition mais également l'organisation des obsèques du Premier ministre en juillet-août 2020 et les fêtes de fin d'année ont été autant d'événements ayant favorisé ce relâchement. À cela on peut ajouter la recrudescence des nombreuses rumeurs circulant dans les quartiers et sur les réseaux sociaux provoquée par l'annonce d'une future campagne de vaccination contre la COVID-19. Le ministre de la Santé et de l'hygiène publique a confirmé cette évolution de la situation de l'épidémie dans un point au 28 janvier 2021 : dans le seul mois de janvier 2021, on a enregistré 4.814 cas confirmés, 14 décès et l'augmentation du nombre de cas actifs passé de 251 (25 décembre 2020) à 2001. On comptait 27 694 cas confirmés et 151 décès (0,55%) enregistrés dans le pays, à la date du 28 janvier 2021 (AIP, 30 janvier 2021). Au 18 février 2021, soit moins de deux mois plus tard, on en était à 31 497 cas confirmés et 180 décès (MSHP, 2021). Cela représente une hausse de près de 14% de cas confirmés.

A la date du 31 août 2021, le ministère en charge de la santé a relevé que sur un nombre total de **901.623** échantillons testés depuis le début de la pandémie, il ressort :

- **55.669** cas positifs confirmés de COVID-19 soit 6,17% ;
- **53.813** cas de guérison (96,92% de taux de guérison) ;
- **1415 cas actifs** ;
- **441 décès notifiés** (0, 8% taux de létalité).
- Le taux de positivité se situe entre **4 et 6 %** avec un pic à **10,4 %**.
- Le nombre de nouveau cas de COVID-19 enregistrés dans le pays est en hausse constante depuis juillet 2021 avec des nombreux cas en août 2021 (Source MSPCMU, Communiqué du 2 septembre 2021)

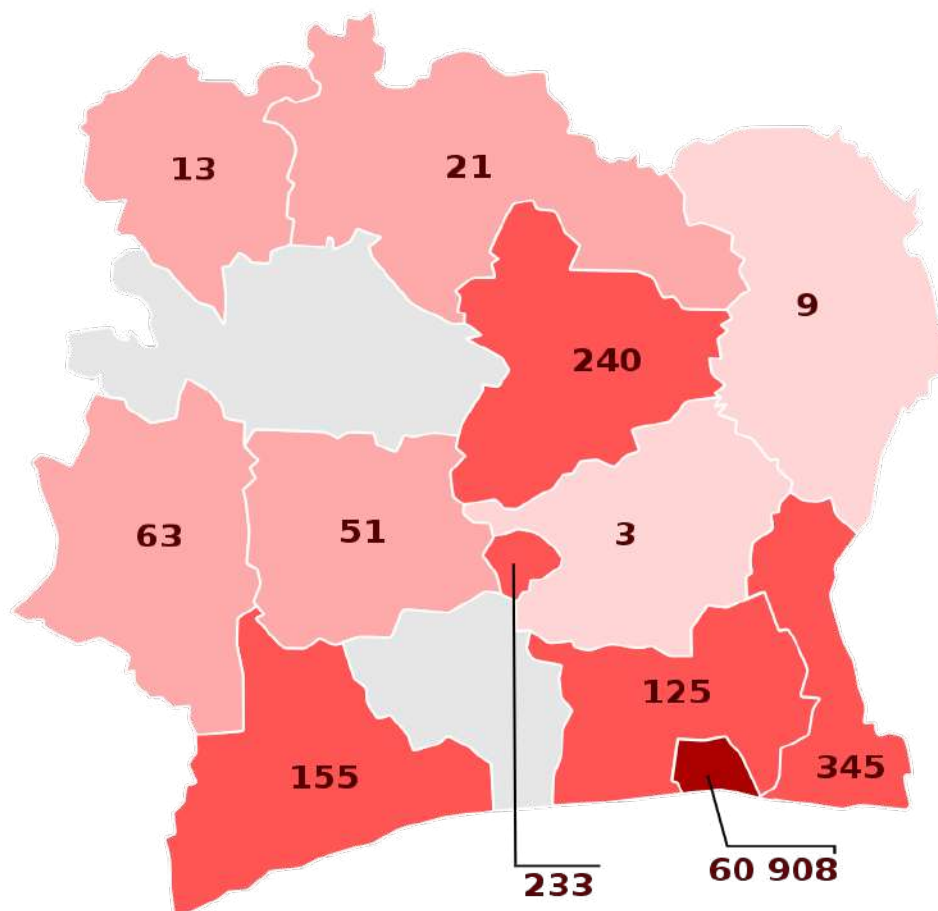
Trois mois plus tard (CNS, 4 novembre 2021), le point de situation du mercredi 03 novembre 2021 est le suivant :

- 61 330 cas confirmés de COVID-19 dont 60 119 guéris, 696 décès et 516 cas actifs ;

- le nombre de nouveaux cas enregistrés dans le pays est en baisse constante depuis le mois de septembre 2021, avec, en moyenne, 153 cas par jour enregistrés en septembre contre 34 cas par jour en octobre, soit une baisse d'environ 78% ;
- la moyenne du taux de positivité actuel est de 1,4%, bien en-dessous du seuil d'alerte de 5% ;
- Concernant le nombre des décès, il est passé de 112 en août à 183 en septembre, pour se situer à 71 en octobre. Le taux de létalité qui était de 1,13% en octobre, a connu une baisse, comparé aux mois d'août et de septembre, où ce taux était respectivement de 2,02% et 3,99% ;
- Abidjan reste l'épicentre de la maladie avec plus de 95% des cas diagnostiqués. Cependant, des foyers se sont développés dans certaines localités, notamment Bouaké et San Pedro, où les services sanitaires ont renforcé leur présence.

Hélas une nouvelle flambée se profile à l'horizon dans la deuxième quinzaine de décembre 2021 avec des plusieurs centaines de cas diagnostiqués par jour en moyenne, avec des taux de positivité atteignant 20% des prélèvements effectués. Cela fait redouter une recrudescence des cas comme c'est le cas ailleurs dans le monde avec le variant Omicron.

Carte 1 : Répartition des cas de COVID-19 diagnostiqués en Côte d'Ivoire au 1^{er} novembre 2021



Source : https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/7a/COVID-19_Pand%C3%A9mie_coronavirus_en_C%C3%B4te_d%27Ivoire_par_District.svg

Tableau 1 : Quelques données sur l'évolution de la COVID-19 en Côte d'Ivoire

Données épidémiologiques	Dates					
	23 avril 2020	16 oct. 2020	29 avril 2021	14 oct. 2021	31 déc. 2021	31 mars 2022
Nombre total de cas	16	20 275	45 998	60 982	71 004	81 741
Nombre total de décès	13	121	286	674	714	796

Sources : Compilation de données nationales sur la COVID-19, MSHP

1.2. De la problématique aux hypothèses de recherche

1.2.1. La problématique et les questions de recherche

La pandémie de la COVID-19 s'est imposée comme une actualité mondiale sans précédent, à forte potentialité médiatique. Dans cette optique, la communication autour de cette crise sanitaire est aussi devenue virale et est entrée dans la vision d'une communication de crise planétaire et internationale, d'une part, mais aussi une communication de crise nationale, d'autre part. En outre, chaque pays a cherché à mettre en place un mécanisme de réponses adéquates contre la propagation de cette pandémie à l'intérieur de ses frontières.

La riposte anti-COVID-19 dans la plupart des pays, y compris en Côte d'Ivoire, comprend plusieurs approches : l'approche biomédicale liée à la prise en charge, le traitement des malades, la recherche de vaccin et de protocole unanime de traitement contre ce virus ; le volet du renforcement des structures d'accueil (hôpitaux et centres spécialisés) avec du personnel qualifié et des équipements modernes de virologie ; la gestion de l'information en période de crise et la sensibilisation des populations sur le coronavirus, ses conséquences et les mesures de prévention.

Cependant, malgré toutes les actions de prévention, de communication et de sensibilisation, l'observation rapide a révélé des limites dans l'application des mesures préconisées de la part de la population : faible utilisation du masque, non-respect des dispositions mesure de confinement général et d'auto-confinement, non-respect de la distanciation physique et sociale, lavage non régulier des mains par exemple. Cela pourrait relever, en partie, d'un manque de connaissances ou d'une résistance aux mesures dictées provoqués par plusieurs facteurs d'ordre communicationnel tels que le manque de pertinence des messages, l'inadéquation de certains supports de communication, l'insuffisance de communication interpersonnelle, l'abondance de fausses informations et de rumeurs qui circulent dans les quartiers et sur les réseaux socio-numériques et la faible capacité du système sanitaire ébranlé par l'ampleur de la crise.

Face aux nombreuses incommunications significatives et à leurs conséquences néfastes sur la gestion de la réponse nationale et la propagation de la maladie, une étude sur la communication de crise liée à la lutte contre le coronavirus en Côte d'Ivoire est apparue nécessaire. Elle devait non seulement constituer une documentation de l'expérience ivoirienne en la matière dans la perspective des sciences de l'information et de la communication, mais surtout contribuer à une amélioration de la gestion de l'information et de l'éducation pour la santé en période de crise sanitaire telle que celle de la COVID-

19 en Côte d'Ivoire, voire dans des contextes sociaux, économiques, culturels et sanitaires comparables.

Sur la base de ce qui précède, cette étude pose la problématique de la communication dans la crise sanitaire de la COVID-19 en Côte d'Ivoire. L'interrogation générale est la suivante : la gestion de l'information dans la crise du coronavirus (COVID-19) en Côte d'Ivoire est-elle à la hauteur de la complexité de cette crise ?

Cette question primordiale implique les questions spécifiques (QS) :

- Quelles sont les représentations de la COVID-19 au sein de la population (connaissances, croyances, mythes, peurs...) ?
- Quelles sont les actions de communication observées en Côte d'Ivoire depuis le début de la crise de la COVID-19 et la manière dont elles ont été coordonnées (QS1) ?
- Quels en sont les principaux résultats en termes de connaissances, d'attitudes, de changements individuels et collectifs de comportements dans la société (QS2) ?
- Quels sont les facteurs de succès et les facteurs d'échec de l'expérience ivoirienne sur le plan de la communication de crise sanitaire (QS4) ?
- Comment améliorer la gestion de l'information, de l'éducation et de la communication pour la santé en période de crise sanitaire de type COVID-19 (QS5) ?

Ces interrogations supposent la détermination des environnements, des acteurs, des communications, des moyens, des cibles à travers l'identification des variables et des influences des messages, surtout médiatiques.

1.2.2. Objectif général et objectifs spécifiques de la recherche

L'objectif général du projet est de contribuer à l'amélioration de la communication pour la santé en période de crise sanitaire de type COVID-19.

Cet objectif général se décline en objectifs spécifiques :

- Établir un diagnostic de la gestion de l'information pendant la crise sanitaire du COVID-19 en Côte d'Ivoire ;
- Faire un diagnostic de la stratégie d'éducation et de communication pour la santé mise en œuvre ;
- Tester un observatoire de la gestion de la communication publique en période de crise sanitaire ;
- Rédiger des guides et notes d'information stratégique à l'attention des décideurs ;
- Publier des contributions scientifiques pertinentes.

1.2.3. Résultats attendus

- Un diagnostic relatif à la gestion de l'information et à l'éducation pour la santé pendant la crise sanitaire de la COVID-19 en Côte d'Ivoire est établi.

- Des guides et des notes d'informations stratégiques destinés aux décideurs et aux acteurs de la réponse nationale sont élaborés.
- Les bases d'un observatoire de la gestion de la communication publique en période de crise sanitaire sont définies.
- Des contributions scientifiques pertinentes sur la communication en période de crise sanitaire sont publiées.

1.2.4. Les hypothèses de la recherche

La recherche est guidée par l'hypothèse générale suivante : l'efficacité de la communication publique pendant à la crise de la COVID-19 en Côte d'Ivoire, à travers la gestion de l'information et de l'éducation pour la santé, a été affaiblie à cause de nombreuses incommunications.

De cette hypothèse générale découlent trois hypothèses spécifiques (HS) :

- 1) les actions de communication des pouvoirs publics donnent d'observer des opérations d'incommunication autour de la pandémie en terre ivoirienne (HS1) ;
- 2) la qualité de la coordination de la communication publique en période de crise sanitaire influence l'efficacité de la réponse des pouvoirs publics à la crise (HS2) ;
- 3) la participation des communautés à la gestion de la communication accroît l'efficacité de la lutte contre la crise (HS3).

Nous avons décrit les hypothèses spécifiques afin de rendre possible leur vérification. Ainsi, la première hypothèse spécifique indique que plusieurs situations de mauvaise communication voire d'absence de communication observées (variable dépendante) sont nées de la mise en œuvre des actions de communication des pouvoirs publics (variable indépendante). Les indicateurs des deux variables figurent dans le tableau ci-dessous.

La seconde hypothèse affirme que l'efficacité d'ensemble de la réponse des pouvoirs publics à la crise sanitaire (variable dépendante) dépend en partie de la qualité de la coordination de la communication publique en période de crise sanitaire (variable indépendante). Les indicateurs des deux variables figurent également dans le tableau ci-dessous.

Enfin, la troisième hypothèse spécifique soutient que l'efficacité d'ensemble de la riposte face à la crise sanitaire (variable dépendante) est affectée par la participation des communautés à la gestion de la communication publique (variable indépendante). Les indicateurs des deux variables sont inscrits dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Présentation des hypothèses, variables et indicateurs de l'étude

Hypothèses	Variables dépendantes	Indicateurs	Variables indépendantes	Indicateurs
Les actions de communication des pouvoirs publics donnent d'observer des opérations d'incommunication autour de la pandémie en terre ivoirienne	Opérations d'incommunication autour de la pandémie en terre ivoirienne	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de cas typiques d'incommunication - Existence de rumeurs et croyances circulant dans la population - Niveau de réticence vis-à-vis des mesures préconisées 	Actions de communication menées par les pouvoirs publics	<ul style="list-style-type: none"> - Diversité des actions de communication publique (médias, hors médias, com interpersonnelle) - Cas d'informations contradictoires - Cas de distorsion entre communication publique et action de sources de messages - Disponibilité des solutions préconisées dans la communication (ex. sites de dépistage, de vaccination)
La qualité de la coordination de la communication publique en période de crise sanitaire influence l'efficacité de la réponse des pouvoirs publics à la crise	Efficacité de la réponse des pouvoirs publics à la crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances des cibles sur la maladie - Niveau d'adhésion aux rumeurs - Niveau de respect des mesures promues par la com publique : ex. mesures barrières, vaccination - Appréciation de la coordination par les acteurs eux-mêmes - Communication vue comme facteur du changement 	Qualité de la coordination de la communication publique en période de crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance par les responsables administratifs et de la santé de la stratégie ou structuration de la communication - Existence d'une cohérence de la coordination de la communication - Nombre d'actions de communication publique menées de façon coordonnée - Existence d'une bonne articulation entre communication et autres volets de la riposte
La participation des communautés à la gestion de la communication accroît l'efficacité de la lutte contre la crise	Efficacité de la lutte contre la crise sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation du déploiement de la riposte par la population - Niveau du respect des mesures (barrières et vaccination) dans les communautés structurées 	Participation des communautés à la gestion de la communication publique	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'acteurs religieux ou communautaires affirmant avoir été associés à la gestion de la communication dans la riposte - Existence d'actions de communication menées par des acteurs religieux ou communautaires en lien avec la coordination de la riposte

Source : Auteurs de l'étude, 2021

1.3. Le cadre théorique et conceptuel de la recherche

1.3.1. Les théories de référence

L'étude de la communication de crise s'impose comme l'observation d'actions et de fonctions synchroniques dans un bouleversement de l'environnement et du système social en période de crise. Théoriquement, la communication est perçue comme une discipline multidimensionnelle qui se doit

d'être analysée en tenant compte du contexte politique, économique, médiatique, social et culturel. Ainsi, dans l'approche communicationnelle, la dimension contextuelle constitue le point d'ancrage de cette étude qui analyse la notion de fonction qui se fait toujours en situation, surtout en temps de crise. Il s'agit ici de composer avec la théorie de l'agir communicationnel (Habermas, 1987) impliquant les dispositions d'analyse des fonctions et des effets des communications sur l'actualité de la COVID-19 portant sur le prototype du fonctionnalisme médiatique de Dwight Harold Lasswell (1946). Ce modèle de Lasswell repose sur une série de questions, à savoir : qui parle ? (qui est l'émetteur) ; pour dire quoi ? (contenu manifeste) ; comment ? (analyse des moyens ou vecteur du message, média utilisé, rhétorique) ; à qui ? (étude du récepteur) ; dans quel but ? (objectif) ; avec quels résultats ? (effets, influences) ; dans quel contexte ? (milieu, époque, circonstances). L'analyse et l'interprétation des messages et actions en matière de communication, d'une part, et l'évaluation des situations d'entropie communicationnelle, d'autre part, sont nécessaires dans la recension des informations, des résultats et des conclusions.

Par ailleurs, en plus des théories de la communication de crise, s'ajoutent celles relatives à la communication pour le changement social et comportemental (CCSC). En effet, au-delà de la théorie de la gestion de la peur (Greenberg, Pyszczynski, & Solomon 1986) et du modèle de croyance en matière de santé (Rosenstock, 1974) qui ont montré leurs limites dans cette crise, le modèle écologique, structurel/environnemental (Bronfenbrenner, 1979), adapté à la communication pour la santé par McKee *et al.* (2000) et la théorie de la communication participative (White, Nair et Ascroft, 1994 ; Bessette et Rajasunderam, 1996) sont, à nos yeux, les théories les plus pertinentes.

Le modèle socio-écologique combine des différentes perspectives théoriques et change notre pensée à un ensemble de facteurs plus holistique et inclusif. Il considère les connaissances, la motivation et le renforcement des compétences, mais aussi l'environnement social, culturel et politique dans lequel les changements se produisent. Ce modèle met l'accent sur la nature multidimensionnelle du comportement et reconnaît le rôle joué par les facteurs structurels et environnementaux dans la détermination du comportement individuel. Selon ce modèle, le comportement est influencé par des facteurs intra personnels (connaissance, attitudes, image de soi, compétences), facteurs interpersonnels (relations et systèmes d'appui social, y compris, la famille, le travail et les amis), facteurs liés aux institutions sociales aux normes et procédures ; facteurs communautaires relations entre organisations ; politiques au niveau local, régional et national (Mc Leroy, 1988). Ainsi, les interventions sont exécutées à plusieurs niveaux et cherchent à vaincre les obstacles à chaque niveau : individuel (niveau ménage), communautaire (niveau groupe) et organisationnel (niveau institutionnel). Finalement, au niveau socio-culturel on a incorporé les principes de l'épidémiologie sociale dans laquelle les choix individuels, les décisions et les comportements dépendent non seulement des propres caractéristiques et de la personnalité de chacun mais aussi des caractéristiques et normes communautaires.

Ainsi, un ensemble d'actions et activités de communication en direction de plusieurs cibles c'est-à-dire : les institutions étatiques et associatifs, les femmes enceintes, les prestataires de santé, les agents communautaires, leurs conjoints et leur entourage s'avère nécessaire. En ce qui concerne la théorie de

la participation, la participation active des gens est reconnue aujourd'hui comme une condition essentielle au processus de développement. Toute intervention visant une amélioration réelle et durable des conditions de vie des populations est vouée à l'échec si les gens concernés ne la prennent pas en charge. À moins que les populations ne soient impliquées à tous les niveaux d'intervention, de l'identification des problèmes à la recherche et à la mise en œuvre de solutions, il n'y aura pas de changement durable. Il importe également d'interroger de manière critique la communication de crise déployée pour envisager les enjeux de la communication publique et de l'éducation à la santé en période de crise sanitaire de type pandémique.

1.3.2. Définition des principaux concepts et notions de la recherche

La définition de certains concepts s'impose pour une meilleure compréhension de l'objet de cette recherche. Il s'agit des concepts d'incommunication, éducation pour la santé, de crise sanitaire de type COVID-19, et de gestion de l'information, de participation.

1.3.2.1. Crise sanitaire de type COVID-19

Selon Barbarin-Costes (2017), la crise sanitaire est à la fois une menace pour la santé de la population et un risque de déstabilisation des pouvoirs publics ayant en charge la santé des populations. Pour l'auteur, la crise sanitaire peut ébranler le système sanitaire du fait de sa survenue soudaine. Le dictionnaire médical (2021) définit pour sa part la crise sanitaire comme une dégradation de l'état de santé de la population.

L'OMS (2021), présente la crise sanitaire consécutive à la COVID-19 comme « la crise sanitaire qui marquera notre époque » quand le professeur Bréchet (2020, p.1107) estime que la COVID-19 est « plus qu'une grave crise sanitaire, un changement d'époque » qui « a plongé le monde entier dans un désastre sanitaire, socioéconomique et politique, dont les effets à moyen et long terme risquent d'être terribles » (Bréchet, 2021, p.1107).

De ce qui précède, le concept de crise sanitaire de type COVID-19 renvoie dans cette recherche à la crise sanitaire de la COVID-19 en cours, inédite par son ampleur au moins sur le plan économique, sanitaire et politique depuis plusieurs décennies dans le monde en général et en Côte d'Ivoire en particulier. Ce concept s'étend à toute crise sanitaire soudaine, surprenante, foudroyante, mal connue et généralisée sur un territoire allant d'un pays donné (épidémie), à une sous-région, un continent et même internationale.

1.3.2.2. Gestion de l'information

Selon Depauw (2006, p.27), la Gestion de l'Information (GI) se définit : « Pour un individu ou une organisation, [comme] l'ensemble des démarches visant à prendre en charge l'information issue de l'environnement, pour anticiper une situation donnée ou une tendance plus large, à un moment donné, et s'y adapter en vue d'en tirer profit après un traitement et un relais adéquat. Ces démarches sont concrétisées à l'aide d'une médiation de l'information (recherche, collecte, traitement, distribution, etc.) et se différencient par leur objectif principal : la détection des menaces et des opportunités, l'aide à la prise de décision et les actions d'influence ».

Le service de gestion de l'information et des archives de l'université d'Ottawa pour sa part présente la gestion de l'information comme « La capacité d'une organisation à capturer, gérer, conserver, stocker et fournir les bonnes informations, aux bonnes personnes et au bon moment » (s.d., p.2). Selon cette organisation, la bonne gestion de l'information s'avère utile dans les situations présentant une dissémination des informations sur divers supports de communications (s.d., p.2).

Dans le contexte de cette recherche, la gestion de l'information se rapporte à la manière dont ont été engendrées, classées ou non, stockées ou non et diffusée ou non des informations liées à la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. L'ensemble des formes de communication (interpersonnelle, numérique, via les médias alternatifs et traditionnels) auxquelles ont eu recours l'ensemble des parties prenantes (État et ses démembrements, institutions privées nationales ou internationales et population) de la lutte contre la COVID-19 sont donc utilisées pour appréhender la gestion de l'information.

1.3.2.3. Éducation pour la santé

Selon Lamour et Brixi (2007, p.203), l'éducation sanitaire était présentée en 1942 dans le premier numéro de la revue santé médicale comme l'action de « semer des idées saines, lutter contre l'ignorance, les idées fausses, les préjugés, diffuser les notions que tout individu, dès l'adolescence, doit posséder sur les questions de santé ; contribuer par là à préparer à la vie et à la vie saine, à la joie de vivre ». À partir des années 1980, l'auteur souligne que le vocable d'éducation pour la santé remplace celui d'éducation sanitaire. Pour l'auteur, ce changement de dénomination a induit certains facteurs tels que l'émergence de l'épidémie de VIH ou encore la spirale des dépenses de soins de santé. En outre, l'émergence de l'éducation pour la santé s'accompagne de l'accroissement de l'impact des médias de masse dans le champ de la santé.

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS, 1990, p.22) définit l'éducation pour la santé comme la composante des soins dont l'optique est l'adoption des comportements favorables à la santé. À travers l'éducation pour la santé, les gens reçoivent une aide qui leur permet d'élucider leur comportement et de voir comment ce comportement impacte leur état de santé. Les personnes sont donc encouragées à faire des choix personnels pour rendre leur vie plus saine (OMS, 1990). Ainsi, l'OMS (1990) met en avant le fait que l'éducation pour la santé est complémentaire des autres prestations sanitaires dont elle favorise la bonne utilisation. Pour l'OMS (1990) l'éducation pour la santé diffère de l'information pour la santé. Ainsi, cette institution estime que si la bonne information est un aspect primordial de l'éducation pour la santé, l'éducation pour la santé la dépasse cependant la simple information pour englober d'autres caractéristiques infléchissant le comportement de santé tels que les ressources disponibles, le leadership communautaire, le soutien social de la famille et l'aptitude à agir par soi-même (OMS, 1990). Pour ce faire, l'éducation pour la santé a recourt à diverses méthodes permettant aux personnes d'appréhender la situation dans laquelle elles se trouvent et de choisir les mesures susceptibles d'améliorer leur santé.

L'éducation pour la santé peut également être perçue « (...) une stratégie axée principalement sur les apprentissages qui agit sur les connaissances, attitudes, comportements, valeurs, modes de prise de décision, reliés à des objectifs de prévention, de protection ou de promotion de la santé, et aussi de

réadaptation et de fidélité au traitement médical et pharmaceutique. Elle s'intéresse aussi aux contextes dans lesquels les apprentissages sont les plus favorables (relation d'aide interpersonnelle, clinique, petit groupe, auditoire de masse...). Dans le secteur médical, l'éducation des patients est un moyen de les soutenir dans leur réadaptation et de favoriser l'adoption de comportements thérapeutiques ou préventifs (médication, régime alimentaire, activité physique...). Dans le domaine de la santé publique, l'éducation pour la santé se concentrera sur les changements de comportements considérés comme des facteurs de risque par des programmes qui viseront à informer, persuader, former, habiliter des individus (éducation sexuelle, consommation abusive de médicaments...). Dans le domaine socio-environnemental, l'éducation pour la santé sera utile pour sensibiliser diverses cibles (groupes, organisations, communautés) à des causes environnementales, économiques et sociales reliées à la santé (recours à l'éducation populaire pour rejoindre les femmes enceintes défavorisées ; sensibilisation d'un conseil d'administration sur les besoins d'une clientèle spécifique ; campagne auprès d'élus municipaux sur les problèmes d'environnement...) » (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, s.d., cité par Marsolier (2009, p.14-15)

Dans ce qui précède, l'éducation pour la santé fait référence dans la présente recherche à une stratégie d'apprentissage orientée vers les caractéristiques psychosociales sous-tendant les rapports de l'ensemble des parties prenantes de la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Elle émane des institutions (État et ses démembrements, institutions publiques et privées) engagées dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire et s'adresse à des institutions et population. Les différents moyens de communication employés dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire constituent des vecteurs d'éducation pour la santé permettant de la déceler.

1.3.2.4. Incommunication

Selon Wolton (2018, p.280-281), l'incommunication fait référence aux malentendus, incompréhensions, désaccords, incompatibilités, querelles, absences de volonté commune et discordances inscrits dans les processus de communication prenant la forme humaine ou technique. Lepastier (2013) ajoute que l'incommunication peut être perçue comme une insatisfaction ou encore un malentendu dans le processus communicationnel. L'auteur distingue pour ce faire, l'incommunication de la non-communication (absence de communication) ou encore du désaccord (communication ayant abouti à un consensus sur le fait de ne pas s'accorder). Lepastier (2013) et Wolton (2017, p.13-18) estiment que l'incommunication est consécutive de la montée en puissance massive des outils de communication technique à partir du 20^{ème} siècle. En effet, ces auteurs s'accordent sur le fait que les espoirs fondés par la multiplication des canaux n'ont pas nécessairement entraîné une amélioration de la qualité des contenus, comme de leur réception. Par exemple, Lepastier (2013) met en exergue l'amplification importante donnée par les techniques de communication de masse aux fantasmes et peurs irrationnelles chez les êtres humains et ce, finalement dans la poursuite de certaines pratiques communicationnelles les précédents. Cette vision conforte d'ailleurs celle de Wolton (2009, p.18) pour qui une grande quantité d'informations rapidement diffusées, de manière plus égalitaire, n'améliore ni la communication ni l'intercompréhension. Pour ce dernier, l'excès d'informations apportées aux populations peut même déboucher sur des contentieux parce que ces

dernières résistent aux informations ne prenant pas en compte leur vision du monde (Wolton, 2009, p.18-19).

En ce qui le concerne, Goa (2021, p.126) présente pour sa part l'incommunication comme une entropie communicationnelle portant préjudice à une communication efficiente. Aussi, estime-t-il que l'incommunication renvoie aux fake news (informations fallacieuses), à la désinformation, aux rumeurs, à la désinformation, à la propagande ainsi qu'à la manipulation de l'opinion dans un contexte communicationnel. L'auteur ajoute que l'incommunication est une négation de la communication positive

De ce qui précède, l'incommunication fait référence dans cette étude aux situations dans lesquelles une ou plusieurs des entités engagées dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire (État et ses démembrements, partenaires nationaux et internationaux ainsi que les populations) en sont arrivées à des « situations de communication incompatibles avec la guerre contre [la] COVID-19 » (Goa, 2021, p.126). L'incommunication est perceptible dans cette recherche à travers l'ensemble des formes de communication déployées dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 (communication interpersonnelle, communication par les médias traditionnels, communication numérique, communication par les médias alternatifs).

1.3.3. Revue de littérature

Au cours de l'année 2020 et avec l'apparition puis l'expansion mondiale de la COVID-19, les différents acteurs publics, privés et associatifs de la santé mondiale ont adopté un ensemble de mesures visant à contrôler l'expansion de la pandémie. Parmi ces mesures, la communication occupe une place primordiale. La présente revue de littérature met en lumière un ensemble de caractéristiques se rattachant à l'usage de la communication dans un contexte de crise sanitaire.

1.3.3.1. Communication publique et communication sociale en période de crise sanitaire

L'histoire de l'homme est jalonnée de maladies épidémiques et pandémiques. Ces épidémies, définies comme des pestes avant l'époque moderne, pouvaient être provoquées par des agents différents (typhoïde, variole, peste bubonique ou pulmonaire, fièvre jaune). L'accélération récente des voyages, avec le développement des voyages aériens, augmenta la vitesse de propagation des nouvelles épidémies (Sardon, 2020). Lorsqu'une épidémie se déclenche, la question de la production de connaissances en temps de crise sanitaire se pose (Forster et Charnoz, 2013). Dans ces circonstances la communication publique, en termes d'enjeux, devient une politique publique dans le sens de la quête de l'intérêt général (Coulibaly et Atchoua, 2019). Sa perspective se rapproche ainsi de la communication politique (Griffon, 2013). Mais ce domaine de la communication gouvernementale est fortement critiqué concernant la matérialisation tangible des engagements, des prescriptions et des promesses faites aux populations (Atchoua et Coulibaly, 2018).

En effet, Griffon (2013) définit la communication publique comme un exercice de communication se rapportant à la sphère publique ainsi qu'à ses institutions, administrations, établissements et leurs relations avec la sphère politique et les populations. Cet auteur considère la communication publique

comme intrinsèquement liée à la poursuite de l'intérêt public et sa cible est le citoyen puisqu'elle se détourne de toute activité marchande. C'est donc une « (...) communication formelle qui tend à l'échange et au partage d'informations d'utilité publique, ainsi qu'au maintien du lien social, et dont la responsabilité incombe à des institutions publiques ou à des organisations investies de missions d'intérêt collectif » (Zemor, 2005, cité par Rotelli, 2006). Des travaux dans le Maghreb ont également porté sur la communication de crise, médias et gestion des risques de la COVID-19. On y trouve des publications se rapportant à la « La polémique Raoult » qui a contribué au brouillage de la communication dans la communication médiatique francophone et au-delà (Varga, 2020). Cette polémique a été renforcée par les réseaux sociaux qui ont pris une part active à la communication gouvernementale sur la COVID-19 dans les pays comme le Maroc (Miloudi et Mendili, 2020). Ainsi, dans ce pays, il a fallu s'interroger à savoir si les usagers marocains des réseaux sociaux numériques étaient complices ou victimes des *fake news* dans le cadre de la lutte contre la pandémie (Abentak et Mountasser, 2020). Dans cette crise les médias de service public ont joué un rôle déterminant surtout dans la publication des statistiques sanitaires de l'évolution de la pandémie (Idrissi, 2020 ; Goa, 2020). La communication du gouvernement sénégalais n'a pas échappé à cet exercice qui dans des circonstances spécifiques (Faye et Diatta, 2020).

Selon Rotelli (2006), la communication publique englobe la communication sociale. Cette dernière forme de communication est définie par Diop (2018) comme un outil servant à faire évoluer les attitudes et comportements ainsi qu'à organiser l'espace public. Pour cet auteur, la communication sociale dépasse donc l'influence partisane des populations (Diop, 2018). Aussi, estime-t-elle que la communication sociale adopte pour principe l'échange et le partages des informations d'utilité publique. Dans ce sens, l'auteur insiste sur le fait que la communication sociale, instrument de maintien du contact avec les populations, est primordiale pour les institutions publiques et les organisations exerçant des activités d'intérêt général. Elle peut être mise en œuvre par des démembrements de l'États, par des organisations politiques ou encore par des acteurs du monde associatif (Rotelli, 2006).

Du point de vue de Koné (2019), le caractère spectaculaire, son impact sur les personnes et les communautés affectées et la diversité des parties prenantes engagées dans la réponse aux crises humanitaires génèrent des processus de communication qui oscillent entre sous-information et sur-information, information et désinformation, information officielle et rumeur, censure et liberté d'information consensus ou conflit, au gré du jeu des acteurs et des intérêts en jeu. De fait, la forte médiatisation de la COVID-19 a favorisé une amplification de l'opinion publique sur la pandémie et de ses conséquences sur la santé des populations (Garfin, Silver, Holman, 2020). Pourtant l'OMS (2013) a proposé une communication spécifique pour un impact comportemental. Il s'agit d'un outil de communication dans une perspective de changement comportemental et social notamment dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques. Il en est ainsi parce que les pandémies comme la COVID-19 ont occasionné des préjudices dans tous les secteurs des activités humaines. Ainsi, des travaux dans le domaine des sciences juridiques ont été réalisés tant au Cameroun (dossier spécial : la COVID-19 et le droit, 2020) qu'en Côte d'Ivoire (Pandémie et droit, questionnements et réponses d'universitaires et d'experts du droit à la COVID-19, 2020). Pour plus d'efficacité, Vanel (2016) a

proposé de passer de l'éducation sanitaire à la promotion de la santé en mettant l'accent sur les enjeux de communication et l'organisation des savoirs au cœur de l'action publique sanitaire au niveau international. Cette promotion de la santé doit combattre des comportements à risques sanitaires notamment en temps de crise épidémique. Il rejoint de ce fait la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée par la première Conférence internationale pour la promotion de la santé tenue à Ottawa en novembre 1986.

Ce qui caractérise et détermine la lutte contre une épidémie, c'est de pouvoir lutter contre les comportements à risque sanitaire des populations. Ces comportements se fondent sur un ensemble de perceptions et de pratiques vis-à-vis de la maladie. Il en a été ainsi dans la prévention contre la maladie à virus Ébola au centre de santé en Guinée (Adama Berthé, 2015). Les difficultés rencontrées dans la lutte contre cette pandémie ont poussé des chercheurs à considérer qu'il y a eu des errances de la communication face à la maladie à virus Ébola (Seytre B. 2016). D'autres encore ont qualifié l'épidémie du virus à Ébola comme une épidémie postcoloniale (Cheikh Ibrahima Niang, 2014). Toutefois, il vaut d'indiquer qu'il y a eu une évolution de l'implication des communautés dans la riposte à cette épidémie (Elhadji Mamadou Mbaye, Souleymane Kone, Ousseynou Kâ, Souleymane Mboup, 2017).

Pour ce faire, l'OMS (2018) prodigue des conseils sur les comportements à adopter pour se protéger, les connaissances essentielles pour limiter l'avancée de la maladie et permet de contrôler la circulation des rumeurs et la désinformation. Intervenant en appui de la communication des risques, la communication de crise sanitaire prend en compte les caractéristiques d'ordre socioculturel et favorise ainsi la participation des communautés à la lutte contre les maladies (E. Smout, 2015). Ceci a favorisé une crise de la confiance du public dans l'exercice de la communication du risque en période de crise sanitaire (Nutbeam, 2020). Durant les crises sanitaires causées par des pathologies graves et/ou méconnues suscitant des craintes importantes chez les populations et chez le personnel soignant, la communication des risques est essentielle pour rassurer les différentes parties prenantes.

1.3.3.2. Communication de crise et communication du risque en période de crise sanitaire

La communication du risque et la communication de crise sont des formes de communication très proches. En effet, elles nécessitent toutes les deux un échange d'information entre les citoyens et les personnes en charge de la gestion de la situation de crise (Bergamo, 2017). Dans ce sens, elles constituent des processus dynamiques et évolutifs dont les responsables de la gestion de crises doivent se servir. Bérubé (2012) estime que « La communication du risque et la communication de crise s'inscrivent dans une continuité, la première constituant une excellente base préparatoire pour la seconde, si celle-ci devient nécessaire ». Cependant, Sellnow (2009, cité par Bergamo, 2017) montre qu'il existe une nuance entre la communication de risque et la communication des crises. Ainsi, la communication de risque a comme objectif la conscientisation des populations et l'adoption de la résilience par ces dernières. Par contre, l'auteur considère que la communication de crise vise à faire face aux conséquences qui surviennent lors des crises.

Selon Lahcen et El Adid (2020), les crises sanitaires mettent les populations dans des situations d'incertitude et de crainte pour leur vie, ce qui impose une communication tenant compte de l'incertitude. Aussi, est-il important que les pouvoirs publics échangent des informations avec les populations dans le cadre des crises sanitaires afin que cette situation de crise puisse être convenablement prise en charge. C'est cet échange d'informations qui constitue la communication (Eddine, Lahcen et El Aid, 2020). Selon Bucker (2000), la situation de crise sanitaire nécessite de suivre des règles quant aux informations destinées aux populations, ce sont la « pertinence et qualité validée de l'information, clarté du message (...), utilité attendue en matière de santé ». La particularité de l'information repose sur la diversité de l'offre médiatique nationale et internationale parfois en dissonance avec le contexte spécifique de la Côte d'Ivoire.

Durant les crises sanitaires causées par des pathologies graves et/ou méconnues suscitant des craintes importantes chez les populations et chez le personnel soignant, la communication des risques est essentielle pour rassurer les différentes parties prenantes. Pour ce faire, elle leur prodigue des conseils sur les comportements à adopter pour se protéger, les connaissances essentielles pour limiter l'avancée de la maladie et permet de contrôler la circulation des rumeurs et la désinformation (OMS, 2018). Intervenant en appui de la communication des risques, la communication de crise sanitaire prend en compte les caractéristiques d'ordre socioculturel et favorise ainsi la participation des communautés à la lutte contre les maladies (Smout, 2015).

Cette communication a fait l'objet de plusieurs travaux en Côte d'Ivoire. Certains ont non seulement portés sur des crises religieuses, politiques mais également pendant la pandémie de COVID-19 en Côte d'Ivoire (Goa, 2012, 2015, 2017, 2020) et sur la communication dans la gestion des crises humanitaires (Koné, 2019). L'avènement de la crise à virus Ébola a tout aussi suscité la mise en place d'une communication en contexte de crise sanitaire Ébola en Guinée dans une approche socio-discursive d'iconotextes de prévention (Barry et Chauvin-Vileno, 2016). En Côte d'Ivoire, la communication de crise dans le cadre de la fièvre à virus Ébola a été faite dans trois localités (Sey, 2016). Quant à l'OMS (2018), elle propose une communication du risque pendant les urgences sanitaires à travers des directives stratégiques et pratiques en situation d'urgence. Il en est ainsi, parce que la crise sanitaire impose la mise en œuvre de stratégies de communication et de précision des règles de la communication dans ladite période (Eddine, Lahcen, El Adib, 2020).

De nombreux travaux universitaires et scientifiques tant au niveau national qu'à l'international sont réalisés ou en cours de réalisation dans le but de faire face à cette pandémie tout au long de cette crise. Il s'agit d'ouvrages collectifs ou de colloques. En effet, certains chercheurs se sont intéressés à la relation entre le numérique et les dynamiques sociétales capables de favoriser une résilience en contexte COVID-19. Ainsi, d'une part il est question d'analyser les pratiques de communication dans la riposte contre la pandémie en Côte d'Ivoire (Koné et Tagouya, 2020). D'autre part, l'on devrait apprécier en quoi l'obédience politique pourrait déterminer les perceptions et croyances des populations s'agissant de l'adoption des mesures barrières comme indiqué dans la communication officielle du gouvernement ivoirien (Koné et Zah Bi, 2020). Au cours d'une crise, les acteurs développent différentes stratégies telles que « chacun pour soi », le « chacun pour tous », le « chacun

contre chacun » ou le « tous contre tous », avec des alliances et des coalitions d'autant plus temporaires et aléatoires que la crise est profonde et s'accélère (Morin, cité par Koné, 2019). Ces circonstances donnent à observer des comportements d'autoprotection face à la COVID-19 ceci du fait des caractéristiques sociodémographiques et des moyens de communication qui font souvent défaut (Azouaghe, Boua, Khadoui, El Bardouni et Belhaj, 2020). Les multiples restrictions mises en place par les gouvernements ont eu des conséquences sur la communication familiale en Tunisie (Zohra Gharbi, 2020). Il en est de même pour les relations internationales qui ont été reconfigurées du fait de la force de l'événement pandémique. Elle a dicté les discours et a remodelé les positions paradigmatiques (Loum, 2020).

La littérature ci-dessus présentée rend compte de l'intérêt suscité par la pandémie de la COVID-19 tant au niveau politique, médiatique que scientifique. La gestion de l'information en particulier n'a pas été sans difficultés en raison de la gestion de l'inconnu, de l'incertitude et de nombreuses interrogations légitimes des populations occasionnées par le bricolage observé des politiques de par le monde. Toutefois, des enseignements et des leçons des crises sanitaires précédentes et des expériences d'ailleurs au niveau de la communication et de l'éducation pour la santé permettent de faire des propositions concrètes et pertinentes en la matière. L'originalité de cette recherche réside dans son approche communicationnelle dans le contexte et les spécificités de la Côte d'Ivoire. Elle est fondée sur la communication de crise et la communication pour la santé en période pandémique.

1.4. Méthodologie de la recherche

La recherche s'est limitée au District autonome d'Abidjan, composé de 13 communes. Cinq communes ont été retenues comme champ de l'étude, à savoir Yopougon, Marcory, Cocody, Port-Bouët et Bingerville. Ce choix effectué au moment de la soumission du projet de recherche a été motivé par trois raisons principalement :

- les statistiques sur l'évolution de la maladie établissaient qu'Abidjan constituait l'épicentre de la maladie avec plus de 95% des cas confirmés. Le rapport de la mesure de l'impact socio-économique du COVID-19 sur les conditions de vie des ménages en Côte d'Ivoire réalisé en mai 2020 par l'Institut National de Statistique et le Programme des Nations Unies pour le Développement confirme une concentration des cas de contamination dans le District Autonome d'Abidjan (1232 cas confirmés à Abidjan le 30 avril 2022) ;
- les communes aisées de Marcory et de Cocody venaient en tête des zones les plus touchées. Elles ont naturellement été choisies. Yopougon est la plus grande commune de la Côte d'Ivoire avec une population cosmopolite, Port-Bouët une commune populaire et industrielle tandis que Bingerville est une commune-dortoir et comprenant plusieurs villages ;
- parmi les mesures phare prises par le gouvernement figure le confinement du District d'Abidjan et de ses environs du 16 mars au 15 mai 2020 pour éviter la propagation du virus à l'échelle nationale. L'équipe de recherche ne pouvait donc pas se déployer hors d'Abidjan.

La recherche a été réalisée à partir des approches méthodologiques qualitatives et quantitatives. Ces deux approches sont ci-après présentées.

1.4.1. La recherche qualitative

Dans le cadre de la recherche qualitative, les méthodes suivantes ont été mises en œuvre : la revue documentaire (i) l'observation directe sur le terrain ; (ii) l'entretien individuel avec des personnes ressources issues de structures étatiques et non étatiques ; (iii) l'entretien de groupe avec des membres de la communauté ; (iv) l'enquête rapide par interception ; (v) l'analyse de contenu des outils et supports de communication.

1.4.1.1. La revue documentaire

La réalisation de cette étude a nécessité une collecte de données secondaires issues de rapports d'activité des structures publiques et privées gouvernementales et non gouvernementales en Côte d'Ivoire. La nature de ces documents est variable. D'une part, nous avons des documents de type rapport d'activités dans le cadre de cette pandémie. En effet, de nombreuses structures sont à l'œuvre dans divers domaines pour assurer la riposte. Ainsi, nous avons eu des documents auprès des structures médicales comme le SMIT, l'INHP, l'INSP, la croix rouge et des documents de la part des structures qui apportent des appuis techniques et institutionnel aux pouvoirs publics. Il s'agit notamment de l'USAID, l'OMS, etc. D'autre part, cette étude a eu pour base documentaire les documents stratégiques nationaux tels que le MICS, le Plan National de Développement (PND) et le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), etc. La recherche sur internet et les entrevues avec les personnes ressources cibles de l'étude ont permis d'avoir accès à un ensemble de documents qui permet de comprendre le contexte, les acteurs et l'évolution de la pandémie.

1.4.1.2. L'observation

L'observation s'est faite dans les cinq communes d'Abidjan retenues comme champ de l'étude, à savoir Yopougon, Marcory, Cocody, Port-Bouët et Bingerville. Elle visait à compléter la collecte des données sur la Communication pour la Changement Social et Comportemental (CCSC) et l'éducation pour la santé dans la crise de la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Elle a été menée à l'aide d'un guide d'observation et la prise de photos significatives permettant de rendre compte des changements en matière de comportements ou de pratiques. Elle s'est déroulée dans la première moitié du mois de mai, précisément du samedi 1^{er} au samedi 15 mai 2021. Six (6) différents milieux ont été choisis comme sites d'observation, à savoir : les gares routières, les transports en commun, les écoles, les maquis (lieux de restauration populaire), les marchés, les lieux de culte (mosquées et églises) et les rues.

Les principaux éléments d'observation sont : (i) la diversité des masques utilisés ; (ii) les cadres ou lieux de non-respect des mesures barrières ; (iii) l'interaction des utilisateurs et des non-utilisateurs de masques ; (iv) l'utilisation des gels savons pour les mains ; (v) le respect de la distanciation sociale et l'interaction entre les populations ; (vi) l'identification des périodes propices au non-respect des mesures barrières ; (vii) l'identification et la description des endroits à risques d'infection à la COVID-19 ; (ix) la description des lieux de lutte contre la COVID-19.

1.4.1.3.L'entretien individuel semi-directif

Des entretiens individuels ont été réalisés avec les personnes ressources en ligne de front pour assurer la riposte contre la pandémie. En raison du nombre important de ces acteurs à la fois étatiques et non étatiques, une équipe de chercheur s'est rendu auprès de la plupart de ces acteurs en vue de collecter leur expérience et stratégie dans l'organisation et la mise en œuvre de la riposte. Autrement dit, nous avons collecté ces informations auprès des agents et experts des institutions de l'État généralement chargées de la planification des programmes de sensibilisation dans la lutte contre la COVID-19. Nous avons également interrogé les partenaires techniques et financiers de L'État ivoirien. La dernière catégorie de personnes ressources interrogées sont les ONG nationales et autres acteurs de la société civile tels que les guides religieux. 19 entretiens ont ainsi été menés à l'aide d'un guide d'entretien. En résumé, les structures interrogées se répartissent comme suit :

Tableau 3 : Structures interrogées

Structures publiques	Structures non gouvernementales
<ul style="list-style-type: none">• Ministère de la santé et de l'hygiène publique (MSHP)• Ministère de la Communication et des Médias (MCM)• Ministère de l'intérieur et de la sécurité (MIS)• Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du CHU de Treichville• Radiodiffusion-Télévision Ivoirienne (RTI)• Centre d'Information et de Communication Gouvernementale (CICG).	<ul style="list-style-type: none">• Centrales syndicales : UGTICI, DIGNITE• Patronat Ivoirien (CGECI)• Programme Breakthrough Action (JHU/ USAID)• Archidiocèse d'Abidjan• Conseil des imams et des affaires islamiques de Côte d'Ivoire (COSIM)• ONG Médecins humanistes Côte d'Ivoire• Union des radios de proximité de Côte d'Ivoire (URPCI)• La Nouvelle chaîne ivoirienne (NCI)• Abidjan.net (portail web d'information)• Croix rouge

Source : Auteurs de l'étude, 2021

1.4.1.4.L'entretien de groupe semi-directif (Focus group)

Le focus group a été retenu afin d'obtenir des informations plus approfondies dans le cadre d'une dynamique de discussion de groupe dans une perspective de recherche qualitative auprès des populations du champ de l'étude. Les discussions de groupe, au nombre de 5, se sont déroulées dans divers lieux publics des cinq communes sélectionnées. Il s'agissait de groupes mixtes. Nous avons également inclus les critères de l'homogénéité sociale et de l'interconnaissance lors du recrutement des participants afin de favoriser une parole relativement libre et un environnement proche de la réalité de vie des enquêtés. Chaque groupe comprenait 8 à 12 participants. Un guide d'entretien a été utilisé.

1.4.1.5. L'enquête rapide par interception

L'enquête par interception est une forme d'investigation rapide à partir d'un questionnaire restreint et auprès d'un nombre réduit de personnes issues de la population de l'étude réparties en deux catégories : celles qui ont adopté le comportement désiré vs ceux qui n'ont pas adopté le comportement désiré à l'issue d'une intervention de communication. Il a pour fonction et fondement de mesurer de manière ponctuelle l'évolution du phénomène étudié.

L'enquête rapide par interception s'est déroulée en deux vagues : (i) au début de la campagne de vaccination contre la COVID-19 en mars-avril 2021 ; (ii) six mois après le début de la campagne, soit en octobre 2021. Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire composé de 7 questions permettant d'avoir des réponses courtes et rapides auprès de 70 personnes réparties en trois catégories :

- les personnes qui ont fait leur vaccin ; celles-ci ont été interceptées sur les sites de vaccination, juste après l'administration du vaccin (30 personnes) ;
- les personnes qui n'ont pas fait le vaccin et qui ont été interceptées loin des sites de vaccination (30 personnes) ;
- la troisième catégorie est constituée de 10 personnes censées être bien informées en raison de leur niveau d'instruction élevé, à savoir des enseignants-chercheurs de l'université au nombre de 10. Seuls trois d'entre eux ont fait le vaccin et sept ne l'ont pas fait.

Pour recueillir les perceptions des avantages du vaccin, nous avons été dans les quartiers de Cocody, Anyama et Yopougon pour intercepter les populations de manière aléatoire. Trente personnes ont été interceptées et nous avons collecté leurs points de vue sur les avantages ou les désavantages du vaccin contre la COVID-19.

1.4.1.6. L'analyse de contenu des supports de communication

i. Constitution du corpus

La communication publique présente les opérations officielles et/ou les actions publiques de communication orchestrées par les organisations gouvernementales et non-gouvernementales à l'endroit de la population. Elle construit donc son identité et sa mission par une structuration adéquate des ressources et une harmonisation des divers mécanismes de communication envers le public.

Pierre Zémor (1995) définit la communication publique comme l'ensemble des messages émis par les pouvoirs publics et les services publics qui ont pour objectifs d'améliorer la connaissance civique, de faciliter l'action publique et de garantir le débat politique. Autrement, la communication publique présente les opérations de communication orchestrées par toute organisation exerçant une mission de service public. On peut citer les institutions étatiques et supranationales ; les administrations publiques ; les collectivités territoriales ; les entreprises et établissements publics.

Depuis le début de la pandémie en Côte d'Ivoire, la communication publique a été très active et a pris plusieurs formes. Quelles sont les caractéristiques apparentes et sous-jacentes de cette communication en termes de messages et de supports ? Une analyse de contenu à plusieurs niveaux s'impose, dans la

mesure où, en communication, le message joue une fonction essentielle dans le déclenchement des changements individuels et collectifs.

Dans cette visée le corpus de messages et de supports concernés par l'analyse comprend :

- les communiqués du Conseil National de Sécurité (CNS-Côte d'Ivoire) ;
- les discours à la nation du Président de la République de Côte d'Ivoire ;
- les communiqués et annonces des autorités gouvernementales et sanitaires ivoiriennes ;
- les déclarations de la Conférence des évêques catholiques de Côte d'Ivoire, du Conseil Supérieur des Imams (COSIM) et des organisations religieuses relatives à l'application des mesures prises par le Gouvernement sur le Coronavirus ;
- les éléments des campagnes de sensibilisation des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales ;
- les communications pour le changement de comportement adressées aux populations de Côte d'Ivoire par des institutions publiques, des collectivités locales, des entreprises et des structures privées ;
- les messages divers dans les médias (audiovisuel, imprimé, radiophonique), sur internet et les réseaux sociaux numériques les plus usités (Facebook, Messenger, Tweeter, WhatsApp) ;
- les alertes-infos et alertes APA - Agence Africaine de Presse-pays (apanews.net) liées au COVID-19.

Pour la gestion de l'information, certains émetteurs et des récepteurs sont identifiés, à savoir :

- les acteurs de la communication publique en Côte d'Ivoire ;
- les autorités gouvernementales et non-gouvernementales ;
- les autorités politiques et administratives au niveau Central, régional et départemental ;
- les partenaires de mise en œuvre, les ONG, les médias ;
- la population ivoirienne.

Pour l'éducation aux médias, on prend en compte les outils mobilisés, la portée des messages et la réaction des récepteurs. En ce qui concerne la périodisation du corpus, trois périodes ont été retenues :

- **ante-confinement** : il s'agit ici d'étudier les actions de communication publique observées avant le confinement du Grand Abidjan (le District d'Abidjan et ses environs immédiats), le 16 mars 2020. Quels étaient les discours et comportements ?
- **confinement** : c'est la période partant du 17 mars 2020, date d'annonce du confinement en Côte d'Ivoire par le Conseil National de Sécurité (CNS-Côte d'Ivoire), jusqu'au 15 mai 2020, marquant la fin du confinement. Quelles ont été les approches de la communication et de l'éducation pour le changement de comportement ?

- **post-confinement** : Cette période part du 16 mai 2020 à aujourd'hui. Elle comprend toutes les communications intégrant les activités politiques liées aux élections présidentielles et législatives, et surtout les campagnes autour des vaccins contre la COVID-19. Observons-nous une communication adaptée ou des incommunications ?

ii. Méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyse retenues sont : l'analyse du discours ; l'analyse de contenu des publications médias sur la pandémie ; l'analyse sémiologique des supports et messages de communication

Les axes de l'analyse sont les suivants :

- la qualité et influence de l'information ;
- les communiqués du CNS et discours du Président de la République de Côte d'Ivoire ;
- les déclarations de la Conférence des Évêques, du COSIM et des Organisations religieuses ;
- les alertes info et alertes APA, les rapports ou activités des ONG.

Les analyses et réflexions axées sur la question du système de communication de crise permettent de révéler les sources, les enjeux et les conséquences de la communication dans la lutte contre le Coronavirus 2019 en Côte d'Ivoire.

Analyse du discours

L'analyse du discours a pour objectif de rendre compte du fonctionnement des phénomènes langagiers dans leur usage, et de ce que ceux-ci témoignent de la façon dont les individus vivant en société construisent du sens social (Maingueneau et Charaudeau, 2002). Dans une perspective énonciative, selon Foucault (1969, p. 100), la visée de l'analyse de discours est de saisir l'énoncé dans l'étroitesse et la singularité de l'événement ; de déterminer les conditions de son existence, d'en fixer au plus juste les limites, d'établir ses corrélations aux autres énoncés qui peuvent lui être liés, de montrer quelles autres formes d'énonciation il exclut.

Toutefois, la communication publique autour de la COVID-19 articule deux cadres : la situation de communication et la mise en scène de l'activité langagière. Ce pourquoi, Charaudeau (2005) postule que la communication est un processus d'influence : on parle, on écrit pour rentrer en relation avec un autre du langage (principe d'altérité) en tentant de lui faire partager (principe d'influence) son propre univers de discours (principe de pertinence). Cette analyse porte sur les discours du Président de la République, les communiqués du Conseil National de Sécurité et des organisations gouvernementales ou non gouvernementales portant sur la crise sanitaire de COVID-19. L'analyse du discours permet de déterminer les émetteurs, les récepteurs et les contextes du discours en vue de faire ressortir la portée dudit discours. Il s'agit de comprendre le « dit » et le « non-dit » de l'auteur et d'appréhender les paradigmes des stratégies argumentatives et les imaginaires socio-discursifs dans les discours publics autour de la crise sanitaire de COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Analyse de contenu des publications médias sur la pandémie

L'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste et latent des communications, ayant pour but de les interpréter (Berelson 1952). Elle porte sur les messages divers dans les médias (audiovisuel, imprimé, radiophonique), sur internet et les réseaux sociaux numériques (Facebook, Messenger, Tweeter, WhatsApp). L'analyse de contenu concerne aussi les alertes-infos, les campagnes de sensibilisation et les événementiels liés à la crise du coronavirus 2019. Il s'agit de la description du contenu impliquant le contenant afin comprendre les outils mobilisés, la portée des messages et la réaction des récepteurs.

La communication, et partant l'approche communicationnelle, est éminemment multidimensionnelle et globale. Elle vise à déterminer les divers paradigmes d'un phénomène allant du microphénomène au macro-événement, et expose un large éventail d'arguments éventuels, complémentaires, modulables en fonction de l'objet.

Analyse sémiologique des supports et messages de communication

Ferdinand de Saussure définit la sémiologie comme une « *science qui étudie la vie des signes au sein de la vie sociale* ». Il établit ainsi une relation entre le signe et son contexte de création. Le terme synonyme **sémiotique**, est utilisé par Charles Sanders Peirce, pour son approche de « la théorie quasi nécessaire ou formelle des signes ». Dans sa sémiotique, Ch. S. Peirce (1938) distingue trois types de signes : *les indices, les icones et les symboles*.

Les signes indiciels : sont des traces sensibles d'un phénomène, une expression directe de la chose manifestée. L'indice est lié (prélevé) sur la chose elle-même (la fumée pour le feu).

Les signes symboliques : rompent toute ressemblance et toute contiguïté avec la chose exprimée. Ils concernent tous les signes arbitraires.

Les signes iconiques : sont des représentations analogiques détachées des objets ou phénomènes représentés (l'image en particulier).

Que l'image signifie, cela ne fait l'objet d'aucun doute. Mais les choses se compliquent quand il s'agit de soutenir d'une façon unanime la manière dont elle produit du sens. Les approches du phénomène de signification de l'image restent donc assez variées si l'on considère la diversité des images – peinture, dessins, photographie, film, etc. – qui s'offre au chercheur en la matière.

L'analyse sémiologique va mettre l'accent sur les affiches, les illustrations, les photos, les images, les vidéos, la forme des textes et autres signes distinctifs relatifs à la pandémie de Coronavirus 2019 en Côte d'Ivoire. Il s'agit de déduire le type de relation qui existe entre le message iconique dénoté et celui connoté dans le contexte de la COVID-19. L'analyse de l'image, qu'elle soit fixe ou animée, exige une nécessaire mise en relation entre les différents éléments constitutifs pour une bonne intelligibilité de son sens.

1.4.2. La recherche quantitative

Une enquête par questionnaire a été réalisée dans les cinq communes du District d'Abidjan choisies comme champ de l'étude à savoir Cocody, Bingerville, Marcory, Port-Bouët et Yopougon. L'administration du questionnaire s'est déroulée du 01 avril au 20 mai 2021.

1.4.2.1. L'échantillonnage

La population de l'enquête est composée des personnes concernées sont des individus vivant dans l'une des communes suscitées dont l'âge est supérieur à 18 ans.

Pour la constitution de l'échantillon, la méthode des quotas a été retenue compte tenu de la non-disponibilité de base de sondage. Toutefois, une répartition de la population des différentes communes, issue des données du RGPH 2014, permet de déterminer les nombres minimaux d'individus à enquêter. La taille minimum nécessaire pour assurer la représentativité du sous échantillon est obtenu à l'aide de la formule suivante :

$$n_{min} = z^2 * \frac{p(1-p)}{e^2}$$

- ✓ n_{min} est la taille minimum nécessaire pour assurer la représentativité de l'échantillon
- ✓ z est la valeur de l'écart-type pour le niveau de confiance fixé (Pour un niveau de confiance de 95%, $z = 1,96$)
- ✓ p est la proportion estimée de la population qui comporte la caractéristique mesurée. On fixe cette proportion à 50%.
- ✓ e est la marge d'erreur acceptable. On prendra dans le cadre de cette étude 3,2 %.

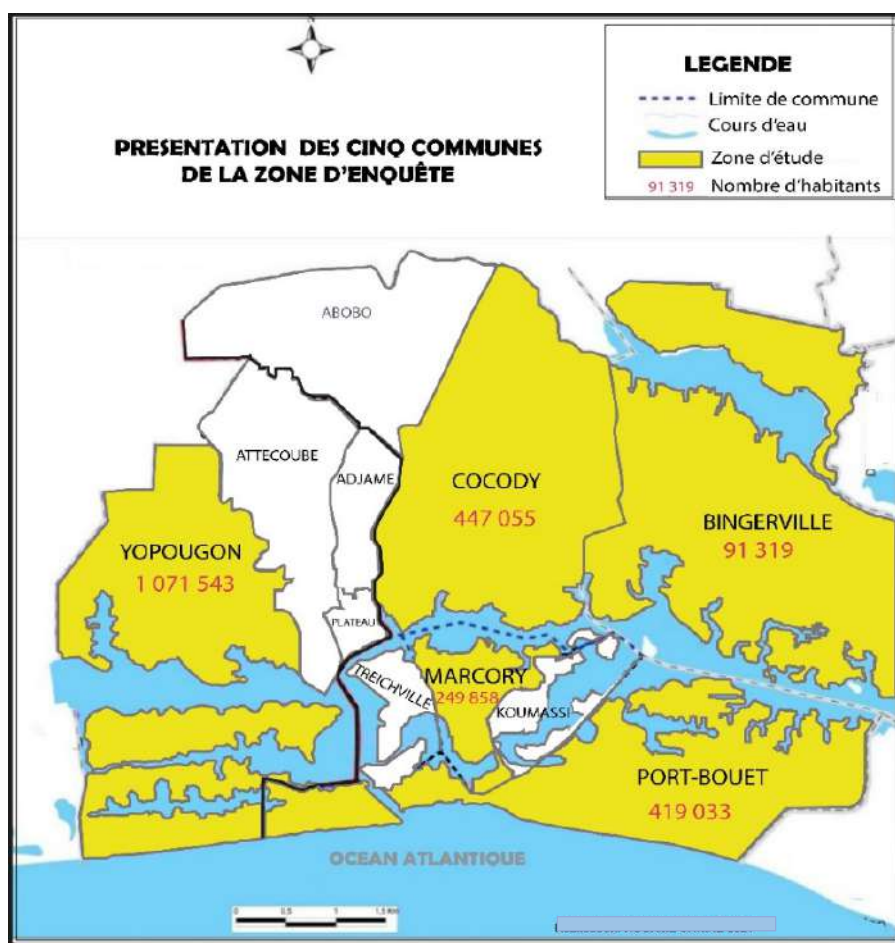
L'échantillon tiré étant un sous-échantillon d'une population finie, la taille minimum est ajustée grâce à la formule suivante, dans laquelle N représente la taille de la population :

$$n_{ajustée} = \frac{n_{min}}{1 + (\frac{n_{min} - 1}{N})}$$

On obtient ainsi : $n_{min} = 938$ et soit 938 individus minimum à interroger.

La répartition de cette taille a été faite dans les différentes communes en fonction de leur poids réel dans la population totale. La carte ci-dessous présente les communes dans lesquelles les enquêtes ont été menées.

Carte 2 : Présentation de la zone d'étude



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Tableau 4 : Nombre de répondants par commune

Commune	Population	Pourcentage	Effectif minimum dans l'échantillon
Cocody	447 005	19,6%	185
Bingerville	91 319	4,0%	38
Marcory	249 858	11,0%	104
Port-Bouët	419 033	18,4%	172
Yopougon	1 071 543	47,0%	443
Total	2 278 808	100%	942

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Afin de réduire les marges d'erreurs, un échantillon de 942 a été choisi de manière intentionnelle. À l'issue de l'opération de collecte, 942 personnes ont été interrogées dans les communes suscitées. Pour être le plus exhaustif possible, les points de rassemblement ont été ciblés pour la réalisation de l'enquête. À cet effet, à la faveur de la COVID-19, on a assisté à la mise en place de points de

rassemblement, notamment les centres de dépistage, de personnes pouvant constituer une potentielle cible pour l'étude. Aussi faut-il noter la période du jeune musulman avec des activités qui réunissent un grand nombre de personnes autour des mosquées. Sans oublier les lieux classiques de rassemblement que sont les marchés, les établissements universitaires et scolaires, qui ont également été investis par les agents enquêteurs.

La répartition par tranche d'âge de notre échantillon traduit la jeunesse de la population étudiée dans la mesure où les personnes dont l'âge est compris entre 30 et 44 ans sont les plus nombreuses avec un effectif de 421 soit 44,7% de l'échantillon global. Elles sont suivies des personnes âgées de 15 à 29 ans et de 45 à 59 ans avec des effectifs respectifs de 346 (soit 36,7%) et 148 (soit 15,7%). Les personnes du troisième âge (plus de 60 ans) ne représentent que 2,9% de notre échantillon avec un effectif de 27.

Du point de vue de l'activité, l'échantillon est constitué à 21,3% d'élèves, 17,4% de personnes exerçant dans le secteur libéral et 17% d'artisans, commerçants et transporteurs. Les étudiants quant à eux représentent 12% de la population. Les agents du secteur privé constituent 13,4% de l'échantillon tandis que les agents du secteur public sont 7,4%, les personnes sans emploi, 7,5%, suivis des autres (3,4%), des retraités pour la plupart.

Quant au niveau d'instruction, 47,98% des enquêtés ont le niveau du secondaire, 32,17% le niveau du supérieur et 11,36% le niveau du primaire. 6,37% n'ont jamais scolarisés, 1,91% ont reçu une formation coranique et 0,21% ont suivi des cours d'alphabétisation et des cours du soir.

Au niveau de la religion, les chrétiens sont majoritaires avec 58,6% de la population, suivis des musulmans avec 31,53% de la population. Les personnes sans religion et animistes représentent respectivement 8,49% et 0,64% de la population. Les autres (0,74%) sont à majorité bouddhistes et moonistes.

1.5. Difficultés et limites de l'étude

A l'instar de toute recherche, la nôtre a été confrontée à certaines difficultés, que nous avons surmontés au mieux, ainsi qu'à des limites qu'il convient de porter à la connaissance du lecteur.

La première difficulté est d'ordre financier, dans la mesure où les fonds alloués par l'organisme de financement, le FONSTI, représentent 51% du coût total du projet. Il a donc fallu réajuster le projet, en mettant : (i) réduisant l'amplitude de l'observation des changements de comportement au niveau de la population ainsi que celle du tracking des médias, des réseaux sociaux numériques et des rumeurs en particulier ; (ii) en mettant sous le boisseau le volet relatif à la production de supports d'éducation pour la santé qui devait être mis en œuvre après la réalisation complète de la recherche formative. L'observatoire de la communication en situation de crise sanitaire n'a pas été déployé entièrement mais les résultats de la recherche ont permis de proposer une note technique sur la création d'un tel observatoire sur la base des leçons tirées du projet.

L'objet de la recherche est en perpétuel mouvement et sujet à de multiples rebondissements et à des tâtonnements et discordances de la part des scientifiques comme des politiques et des partenaires au

développement international. Nous avons dû déployer une capacité d'adaptation aux évolutions du terrain. À titre d'exemple, la campagne de vaccination en Côte d'Ivoire n'était pas prévue au début de la recherche parce qu'il n'y avait pas encore de vaccin contre la COVID-19 disponible au niveau mondial. Lorsqu'elle a été lancée en mars 2021, nous avons décidé d'entreprendre une enquête rapide et répétée auprès de la population pour être en mesure de comprendre l'influence de la communication sur la décision de se faire vacciner ou non. Cette volatilité de l'objet de l'étude a influencé la durée de celle-ci car des résultats livrés trop tôt auraient pu être rapidement dépassés, frappés d'obsolescence.

Enfin, une autre limite de l'étude concerne la couverture géographique retenue. En effet, les enquêtes ont été menées dans le District autonome d'Abidjan et non sur l'ensemble du territoire national. Certes Abidjan concentrait 95% des cas de COVID-19 diagnostiqués dans le pays mais la riposte et la communication mises en place par l'État couvraient l'ensemble du pays. Toutefois, Abidjan et ses environs avaient été isolés du reste du pays sur décision du gouvernement au moment de la conception et de l'approbation du projet. Le choix d'Abidjan s'était alors imposé. La généralisation des résultats à l'ensemble de la Côte d'Ivoire n'est donc pas acquise.

CHAPITRE II : LA RIPOSTE NATIONALE SANITAIRE A LA COVID-19 : DISPOSITIF GÉNÉRAL ET COMMUNICATION

Une série d'entretiens avec des responsables des structures jouant un rôle significatif dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire et la consultation de quelques documents ont permis de dresser les grands traits de la riposte nationale à la COVID-19. Le gouvernement, qui avait pris les premières mesures dès l'alerte mondiale lancée par l'OMS, a intensifié la riposte à travers la mise en place d'un comité de crise, la sensibilisation et la diffusion de mesures de prévention de la contamination, la mise en place d'un plan d'urgence de riposte, la détection systématique des cas suspects parmi les voyageurs en provenance des pays touchés par la pandémie, etc. Le plan de riposte nationale comporte deux volets essentiellement : le volet sanitaire et le volet économique, ce dernier visant à atténuer les conséquences économiques et sociales de la crise sur les entreprises, les travailleurs, y compris les producteurs agricoles, les commerçants et les transporteurs, et le fonctionnement de la vie économique dans son ensemble. Le présent chapitre décrit les caractéristiques de la riposte sanitaire exclusivement, à travers la présentation du dispositif mis en place, de la communication dans la riposte et de la coordination de la riposte.

2.1. Le dispositif d'ensemble de la riposte

2.1.1. Les structures engagées dans la riposte

Cette articulation permet de présenter les structures de première ligne dans le cadre de cette riposte en Côte d'Ivoire. Il s'agit notamment du Conseil National de Sécurité (CNS), du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique et du Centre Ivoirien de Communication Gouvernementale.

Conseil National de Sécurité

Le CNS est une structure civilo-militaire présidée par le Président de la République. Elle a été mise en place en 2012 pour faire aux situations de crise de tout type. En plus du Président de la République, on retrouve dans cet organe le Premier Ministre, le secrétaire général de la Présidence qui assure le secrétariat général du CNS, le ministère de la défense, le ministère de la santé et de l'hygiène publique, le ministère de l'intérieur et de la sécurité. Ce sont les principaux animateurs de ce conseil. Selon les circonstances, ces autorités sont appuyées par les autorités militaires.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique

La coordination opérationnelle de la réponse à l'épidémie est assurée par le Centre des Opérations d'Urgence de Santé Publique (COUSP) du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique selon l'approche une seule santé. Cette coordination implique plusieurs ministères techniques. Le COUSP a pour mission de suivre la dynamique de progression de l'épidémie et d'orienter les stratégies de lutte. À cet effet, il sera doté d'outils informatiques et de matériels des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Au niveau déconcentré, les comités départementaux de lutte contre les épidémies sont activés sous la présidence des préfets. Ces comités organisent des réunions

périodiques de coordination, de suivi et d'évaluation de la lutte. Les principales infrastructures, les procédures essentielles et les mécanismes d'appui opérationnel doivent être mis en place pour permettre une riposte sur tous les fronts. Les activités essentielles sont les suivantes :

- ✓ Identifier les besoins logistiques nécessaires pour la riposte
- ✓ Reproduire les outils de gestion logistique
- ✓ Mettre en place un dépôt unique pour l'entreposage des tous les intrants de la riposte
- ✓ Acquérir les matériels et fourniture de bureau pour la riposte
- ✓ Assurer la mobilisation, la coordination et le transport du personnel, des fournitures de bureau, de l'équipement de protection individuelle, des équipements roulants, des groupes électrogènes, des tentes ou la construction d'abris provisoires (lits et autres)
- ✓ Assurer le paiement d'une prime de motivation du personnel déployé et mobilisé pour la riposte
- ✓ Appuyer le fonctionnement des Commissions
- ✓ Assurer la restauration et l'hébergement du personnel de la riposte
- ✓ Assurer le suivi d'utilisation de ressources (stockage, manutention, inventaires périodiques et réguliers)
- ✓ Désinfecter à grande échelle les zones à risques
- ✓ Limiter les mouvements internes des populations (réduction des voyages)
- ✓ Renforcer la surveillance pour le respect des mesures prises
- ✓ Renforcer le suivi des cas
- ✓ Augmenter l'effectif des équipes de suivi des contacts
- ✓ Renforcer les équipes d'intervention Rapides (EIR) ; augmenter l'effectif des EIR ; - Augmenter les moyens de mobilité des EIR, augmenter les moyens de communication des EIR et sécuriser les opérations des EIR
- ✓ Renforcer le SAMU ; augmenter l'effectif du SAMU ; augmenter les moyens de mobilité du SAMU ; augmenter les moyens de communication du SAMU et sécuriser les opérations du SAMU
- ✓ Renforcer la mobilisation communautaire
- ✓ Organiser les réunions de coordination des centres des opérations d'urgence et des comités départementaux de lutte
- ✓ Effectuer des visites de terrain
- ✓ Mettre en place les équipes mobiles d'intervention rapide
- ✓ Mettre en place les équipes de désinfection des ambulances, des locaux, du matériel, des espaces infectés
- ✓ Acquérir le matériel et les intrants de désinfection.

Centre Ivoirien d'Information et de Communication Gouvernementale (CICG)

Le Centre d'Information et de Communication gouvernementale a été créé par décret n° 2012-626 du 6 juillet 2012. Placé sous l'autorité et le contrôle du Premier Ministre, le CICG a pour mission d'assister le gouvernement dans sa communication gouvernementale, de développer les outils et supports nécessaires à l'information du gouvernement sur l'état de l'opinion des citoyens et de promouvoir les actions du gouvernement, d'élaborer le manuel des opérations de la communication et de l'information gouvernementales et de veiller à son application. Le CICG est composé de trois départements : le département de l'Information de la Stratégie et de la Prospective ; le département des Opérations et de la Production multimédia ; le département Administratif et Financier. Le Directeur général du CICG a indiqué qu'au regard de cette crise sanitaire qui a impacté fortement l'économie, le gouvernement a pris des mesures pour procurer, non seulement des soins de santé, mais également un soutien économique aux populations touchées. Ces plans de riposte sanitaire et de soutien socio-économique sont soutenus par une stratégie de communication, qui permet aux populations de s'approprier les décisions du gouvernement et d'adopter les bons comportements.

La responsable de la Division Information et Relations publiques au CICG a rappelé que le gouvernement s'est, par anticipation, doté depuis février 2018 d'une stratégie de communication de crise pour faire face à de telles situations. Cette stratégie, a-t-elle ajouté, a été adaptée et mise en œuvre par le Comité de Communication de Crise dès le déclenchement de la pandémie. Selon la responsable de la Division Communication et Projets, les principaux défis de cette communication de crise étaient la lutte contre les fausses informations et l'adoption de nouveaux comportements en vue de freiner la propagation de la maladie. Dans ce cadre, le CICG a développé des supports de communication visant à déconstruire les idées reçues et à expliquer aux populations les bienfaits de l'adoption de comportements recommandés.

2.1.2. Les principaux éléments constitutifs de la riposte

Le 16 mars 2020, soit 5 jours après la détection du premier cas de COVID-19 dans le pays, l'État, à travers le CNS, a adopté treize mesures visant à endiguer la propagation de l'épidémie sur le territoire national. Le pays n'enregistre alors que six (06) cas confirmés. Le Président de la République a aussitôt affiché clairement son leadership dans la lutte contre la pandémie.

Extrait du communiqué du CNS relatif à la situation de la pandémie COVID-19 en Côte d'Ivoire

1. Suspension pour une période de 15 jours renouvelables, à compter du 16 mars 2020 à minuit, de l'entrée en Côte d'Ivoire des voyageurs non ivoiriens en provenance des pays ayant plus de 100 cas confirmés de maladie à coronavirus (COVID-19). Les ressortissants ivoiriens et les résidents permanents non ivoiriens seront soumis à une mise en quarantaine obligatoire pour 14 jours dès leur entrée sur le territoire ivoirien dans les centres réquisitionnés par l'État ;
2. Renforcement du contrôle sanitaire aux frontières aériennes, maritimes et terrestres ;
3. Mise en quarantaine des cas suspects et des contacts des malades dans les centres réquisitionnés par l'Etat ;
4. Fermeture de tous les établissements d'enseignement préscolaire, primaire, secondaire et supérieur pour une période de 30 jours à compter du 16 mars 2020 à minuit ;
5. Respect d'une distance d'au moins un (01) mètre entre les personnes dans les grandes surfaces, les maquis, les restaurants, les entreprises, la zone aéroportuaire et les lieux publics ;
6. Respect des mesures d'hygiène corporelle, comportementale, hydrique et alimentaire (lavage des mains au savon, application des solutions hydro-alcooliques, interdiction des salutations manuelles, accolades et embrassades, interdiction stricte de la consommation de la viande de brousse) ;
7. Fermeture des boîtes de nuit, des cinémas et des lieux de spectacle pour une période de 15 jours renouvelables à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
8. Interdiction des rassemblements de population de plus de 50 personnes pour une période de 15 jours renouvelables à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
9. Suspension de tous les événements sportifs et culturels nationaux et internationaux ; pour une période de 15 jour renouvelable à compter du 18 mars 2020 à minuit ;
10. Ouverture de sites complémentaires équipés de prise en charge à Abidjan, Abengourou, Aboisso, Bondoukou, Bouaké, Bouna, Daloa, Gagnoa, Korhogo, Man, Odienné, San Pédro et Yamoussoukro ;
11. Gratuité totale du diagnostic et de la prise en charge de tous les cas suspects et confirmés de COVID-19 ;
12. Renforcement de la sécurité sanitaire des agents de santé, du personnel de la recherche, des forces de défense et de sécurité, des agents des zones aéroportuaires et de la plateforme portuaire dans la prévention du COVID-19 ;
13. Réactivation des comités départementaux de lutte contre les épidémies.

Ces mesures ont eu immédiatement un large retentissement dans les médias et les réseaux sociaux.

Image 1 : Le leadership politique dans la riposte nationale



Photo 1 : Le Président de la République (Source : http://www.npsp.ci/npsp/Espace_client/veille.com/?p=403)

Photo 2 : Lecture solennelle d'un communiqué du Conseil national de sécurité (Source : KOACI)

Dès le début de la pandémie, le gouvernement ivoirien a mis en place un dispositif de dépistage, en particulier à l'aéroport d'Abidjan où les premiers cas importés commençaient à être enregistrés aux arrivées, doublé d'un dispositif de mise en quarantaine dans la ville d'Abidjan (cité de l'Institut National de la Jeunesse et des Sports) et dans sa périphérie (Village technologique de Grand-Bassam dit VITIB) et les premières capacités de prise en charge et de traitement, avec en tête le SMIT du Centre hospitalier universitaire de Treichville à Abidjan. La mise en place de ces dispositifs n'a pas fonctionné sans écueils. En effet, les premières incompréhensions ont été observées à cette période : quarantaine controversée à Marcory ; sentiment que la COVID-19 touchait plutôt les quartiers aisés de la ville, etc.).

Plus de 10 centres d'accueil et de dépistage à Abidjan et plusieurs autres à l'intérieur du pays sont installées pour faciliter la prise en charge des populations. Le personnel de santé, inquiet et parfois réticent, menaçant parfois de se mettre en grève pour protester contre les mesures de protection individuelles jugées insuffisantes, obtient de percevoir une prime mensuelle COVID-19 de l'État pour susciter la motivation des agents de santé.

En cas de cas grave, le malade est transféré au SMIT ou au VITIB à Grand-Bassam. L'objectif au départ était de 2000 dépistages par jour mais aujourd'hui le pays est à 1000. Une fois le dépistage terminé le résultat est envoyé au SMIT ou à l'Institut Pasteur. Tous ceux qui sortent du pays ou qui y entrent sont automatiquement dépistés et un certificat de non contamination à la COVID-19 est exigé à ceux qui voyagent.

La population est la cible de nombreux messages lui indiquant la voie à suivre en cas de symptômes alarmants.

Outre l'Institut Pasteur d'Abidjan, un réseau des laboratoires à même d'effectuer des tests de dépistage COVID-19 s'est renforcé avec l'opérationnalisation du laboratoire du CHU de Bouaké et de six autres laboratoires des centres hospitaliers régionaux (CHR) à l'intérieur du pays, à savoir San Pedro,

Abengourou, Korhogo, Odienné, Man et Daloa, assurant ainsi un bon maillage territorial et une capacité de diagnostic à l'échelle nationale en juillet 2020.

Des sites de dépistage ont été progressivement déployés dans le district d'Abidjan qu'à l'intérieur du pays. Ainsi, 45 centres de prélèvement et de dépistage sont prévus sur l'ensemble du territoire national, dans le cadre du Plan de riposte sanitaire du gouvernement contre la pandémie à Coronavirus (COVID-19), a annoncé le 21 avril 2020 à Abidjan, épice de la pandémie, neuf (9) centres seront disponibles et équipés en matériels et personnels de santé avant fin avril 2020.

Images 2a et 2b : Un centre de dépistage et un centre de vaccination à Abidjan



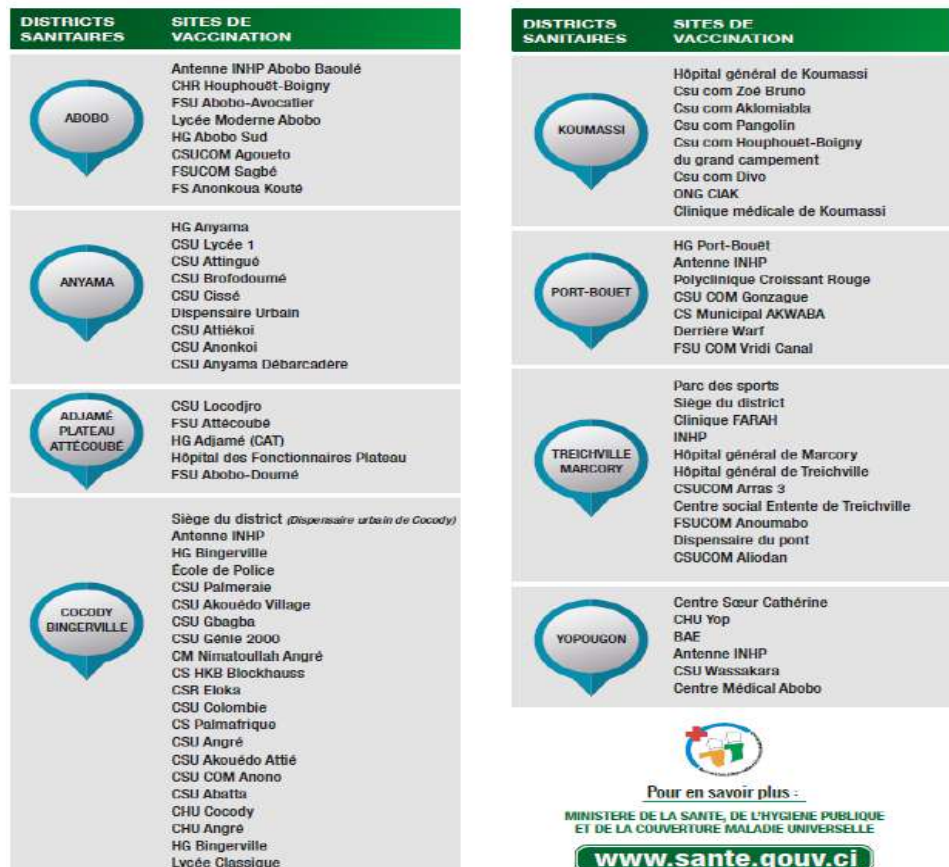
Source : Abidjan.net/photos



Source : AIP

On a également enregistré une progression des centres de vaccination. En effet, avec l'apparition des vaccins dans le pays en mars 2021, Multiplication des centres de vaccination en Côte d'Ivoire à compter de 15 septembre 2021 dans la ville d'Abidjan (de 63 à 182 sites de vaccination selon le ministère) avec de nouveaux horaires d'ouverture (8h à 18h contre 9h à 15). Ces mesures visent à réduire le temps d'attente dans les sites de vaccination. La figure ci-dessus présente les sites de vaccination sont disséminés dans le district d'Abidjan.

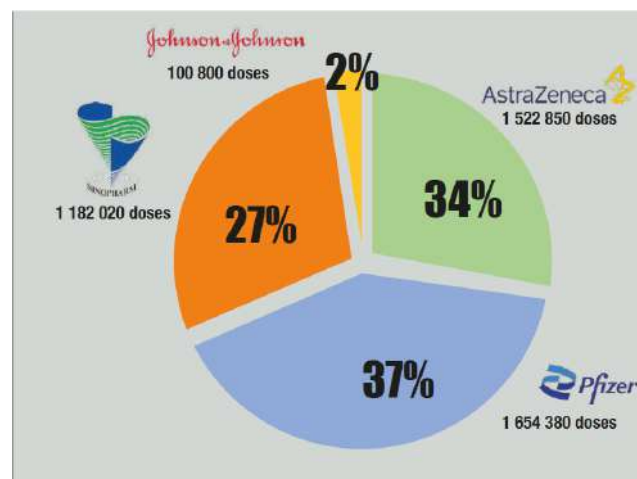
Image 3 : Infographie des sites de vaccination dans le district d'Abidjan



Source : Gouv'Actu - N°01 - Oct. 2021

De nombreux vaccins ont été acquis par le gouvernement ivoirien. Cette palette de vaccins comprend entre autres (Pfizer, AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, etc.).

Image 4 : Présentation des vaccins disponibles en Côte d'Ivoire



Source : Gouv'Actu - N°01 - Oct. 2021

Un dispositif de sécurité a été mise en place pour assurer une efficacité de la riposte. Ainsi, selon le ministère de la Sécurité et de la Protection civile se sont au total 18 842 agents pour faire respecter les mesures de restriction de déplacement, d'application du couvre-feu, de fermeture des frontières, de nouvelles dispositions en vigueur dans les transports en commun et des mesures barrières. Et aussi pour sécuriser les sites de mise en quarantaine, de dépistage et de prise en charge des malades de COVID-19. Dans le cadre du respect du couvre-feu, le ministre a indiqué que 1 265 personnes ont été interpellées tant à Abidjan qu'à l'intérieur du pays, 1 297 personnes assistées, 388 engins saisis et mis en fourrière et 175 corps enlevés pour décès naturel à la date du 21 juillet 2021. Au niveau des frontières, le bilan donne 326 véhicules non autorisés refoulés, 3 110 personnes refoulées pour avoir contourné le dispositif de contrôle de surveillance ou pour s'être présentées sans les documents les autorisant à entrer en Côte d'Ivoire, 209 personnes interpellées et 539 engins saisis. Cependant, 6 068 couloirs humanitaires ont été créés. Au titre des dérogations appelées « Laissez-passer », sur 15 563 demandes reçues, 6 405 ont été accordées.

2.2.La communication dans la riposte sanitaire

Avant de déployer la riposte, un plan de communication a été élaboré le 12 février 2020 dans le cadre d'un Groupe Technique de Travail comprenant (des sous-groupes, surveillance, santé animale, la logistique et la communication). Cette plateforme/coordination est multisectorielle (ministères de la santé, l'environnement, des eaux et forêts, de la sécurité, des ressources animales et halieutiques, de la communication). Donc il y avait six ministères clés au total. Durant cette crise, cette coordination s'est élargie à d'autres partenaires comme la croix rouge, programme élargi de vaccination et des organisations de la société civile.

L'objectif principal du plan de communication était d'informer les populations sur la maladie et les mobiliser pour le respect des mesures barrières. Certaines structures ont piloté ce plan de communication (MSHP, MCM, MIS et SMIT), d'autres ont été des acteurs importants dans sa mise en œuvre (RTI et CICG).

Des structures non étatiques ont tiré leurs stratégies de communication et de sensibilisation des recommandations de l'État et de ses partenaires, tout en tenant compte des facteurs internes à chaque structure. En d'autres termes, ces structures ont mis en place des programmes de communication interne et externe pour accompagner le pays et ses partenaires internationaux dans l'éradication de la COVID-19.

La communication peut être résumée en quelques points : (i) les messages de sensibilisation sur la réalité de la maladie, son extrême dangerosité et le respect des mesures barrières ; (ii) la fréquentation des centres de dépistage ; (iii) la sensibilisation à la vaccination.

2.2.1. Existence d'une stratégie de communication gouvernementale sur la COVID-19

La communication gouvernementale sur la COVID-19 a mis l'accent sur trois volets :

- ✓ la communication pour la sensibilisation et le changement de comportement des populations ;

- ✓ la communication pour la mobilisation sociale et l'engagement communautaire ;
- ✓ la coordination de la communication gouvernementale sur la pandémie.

Ces différents volets de la stratégie gouvernementale de communication ont d'abord consisté à informer les populations sur l'existence de la maladie, présenter les mesures barrières à travers la communication par les médias et hors-médias.

Par la suite, des études ont été menées pour voir la connaissance et la perception de la maladie par les populations. Selon ces études, 90 % de la population connaît la maladie et les mesures barrières même si elle ne respecte pas toujours ces mesures. Cette stratégie de communication a été revue lorsque l'on a constaté une montée de la contamination à partir de décembre 2020.

L'État a fait une étude qui montrait que les populations étaient réticentes à se faire vacciner. Il a fallu communiquer pour rassurer les populations sur l'innocuité des vaccins, notamment en montrant les hautes autorités du pays se faire vacciner en premier lieu. L'objectif national étant de vacciner 70% de la population, une stratégie de communication a été élaborée pour amener les populations à se faire vacciner lorsque la vaccination a été possible. Dans le cadre de celle-ci, le Ministère de la communication, en collaboration avec l'UVICOCI (Union des Villes et Communes de Côte d'Ivoire) et l'appui du système des Nations Unies, a formé des jeunes issus de 13 communes du district d'Abidjan pour faire la communication de proximité auprès des populations afin de les amener à se faire vacciner.

Selon le Directeur Général de la santé publique, cette pandémie a connu plusieurs cycles. En effet, au début on a connu un cycle de la peur avec pour conséquent un grand respect des mesures barrières, puis lorsqu'on s'est rendu compte que la situation n'était pas aussi grave qu'on le craignait, on a assisté à une chute dans le respect des mesures barrières. Aujourd'hui les mesures drastiques ne s'imposent plus car il existe une prise en charge gratuite des malades et notre système n'est pas à saturation. « Au début on ne connaissait pas la maladie, on a donc pris des mesures de précaution. Aujourd'hui on sait la soigner, on sait la dépister, on peut la contrôler ».

2.2.2. Éléments spécifiques de la communication

- 1) Les points de presse du CICG font partie de la stratégie globale de communication, en vue :
 - ✓ de faire connaître la maladie en tant qu'une réalité dans un environnement où il y a eu un déni de cette maladie ;
 - ✓ de faire connaître les mesures barrières ;
 - ✓ d'inviter les populations au respect des mesures barrières à travers la chefferie traditionnelle, les associations de femmes et de jeunes, les agents de santé communautaire, les *youth reporters*, les ONG à l'exception des acteurs de la médecine traditionnelle qui n'ont pas été associés car il aurait été difficile de faire valider le protocole de cette médecine par les agences des nations unies qui appuient l'État.

- 2) L'affichage : une opération d'affichage a été faite dans tous les lieux publics : affichages urbains et périurbain ; affichage dans les administrations publiques et privées ; etc.
- 3) La téléphonie mobile : une forte diffusion de message de sensibilisation a été menée à travers les trois opérateurs de téléphonie mobile opérant dans le pays (Orange Côte d'Ivoire, MTN Côte d'Ivoire et Moov Africa), commanditée par le CICG.
- 4) Les actions officielles de communication publique :
 - ✓ les communiqués du Conseil National de Sécurité (CNS-Côte d'Ivoire) ;
 - ✓ les discours à la nation du Président de la République de Côte d'Ivoire ;
 - ✓ les communiqués et annonces des autorités gouvernementales et sanitaires ivoiriennes ;
 - ✓ les déclarations de la Conférence des évêques catholiques de Côte d'Ivoire, du Conseil Supérieur des Imams (COSIM) et des organisations religieuses relatives à l'application des mesures prises par le Gouvernement sur le Coronavirus ;
 - ✓ les campagnes de sensibilisation des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales ;
 - ✓ les communications pour le changement de comportement adressées aux populations de Côte d'Ivoire par des institutions publiques, des collectivités locales, des entreprises et des structures privées ;
 - ✓ les messages divers dans les médias (audiovisuel, imprimé, radiophonique), sur internet et les réseaux sociaux numériques (Facebook, Messenger, Twitter, WhatsApp) ;
 - ✓ les alertes-infos et alertes APA - Agence Africaine de Presse-pays (apanews.net) liées au COVID-19 ;
 - ✓ les points de presse quotidiens faits pour déconstruire les *fake news* et fournir à travers les informations vraies.
- 5) Le gouvernement a créé le centre national d'appel pour donner les vraies informations aux populations et de déconstruire donc les *fakes news*. Ce centre reçoit en moyenne entre 25 000 et 35 000 appels par jour. Au plus fort de la crise, ce centre recevait jusqu'à 60 000 appels par jour.

Les raisons pour lesquelles les populations appellent sont les suivantes :

- ✓ avoir des informations complémentaires sur la maladie ;
- ✓ signaler qu'elles manifestent les symptômes de la maladie. Dans ce cas, le centre d'appel remonte l'information et l'équipe mobile d'intervention se rend dans les domiciles pour traiter le cas où le faire transférer sur un site de prise en charge.

Le centre d'appels a permis de mieux informer les populations sur les mesures sociales et économiques qui ont été prises par les autorités (Rapport de Breakthrough Action de JHU, 2021).

- 6) Les programmes des structures non gouvernementales ont consisté à collaborer avec toutes les institutions engagées dans la lutte contre cette pandémie, à sensibiliser les populations sur le plan local en leur donnant la bonne information et aussi à leur donner la parole pour qu'elles puissent faire prévaloir leurs points de vue sur cette maladie. Elles rassurent et font souvent des démentis des fausses informations ou *Fake news*. Les organisations non gouvernementales qui ont participé à la riposte ont utilisé tous les types de médias classiques et hors média : radio, télévision, affichage, réunion, etc.

2.3. La coordination des actions de riposte

Toutes les personnes interrogées dans les structures retenues dans le cadre de l'étude s'accordent pour décrier le manque de coordination dans les actions de communication au début de la pandémie. Selon eux la situation a connu une nette amélioration par la suite. Les principaux outils utilisés sont les médias classiques (télévision, radio, affichage, presse écrite), surtout dans les zones urbaines, mais également les hors-médias pour la communication de proximités dans les zones plus rurales.

Le CICG est l'une des structures stratégiques de l'État de Côte d'Ivoire qui, dans le cadre de la lutte contre la pandémie à coronavirus, a mis en place des points focaux d'information sur l'ensemble du territoire. La structure a également réalisé dans ce sens un certain nombre d'activités telles que l'élaboration du plan d'actions d'urgence de communication médiatique, sociale et institutionnelle, la mise en place d'un mécanisme de suivi-évaluation et la conception d'éléments de langage pour le Conseil National de Sécurité.

Les médias d'État et privés traditionnels (RTI, Radio Côte d'Ivoire) ou en ligne (Abidjan.net) ont été mis à contribution pour la sensibilisation des populations, la production de capsules, la diffusion de spots télé et radio, l'application des mesures barrières en interne et la Sensibilisation sur les effets des *fake news*.

Le Ministère de l'Intérieur s'est pour sa part impliqué dans le rappel des mesures de sécurité aux populations, dans la veille au strict respect des mesures barrières, dans l'animation de conférences et de points de presse ainsi qu'à travers l'application des sanctions en cas de non respect des mesures fortes telles que le couvre-feu, le confinement d'Abidjan et le port du masque dans les transports publics (garde à vue), et l'organisations de tournées sur le terrain.

Le Ministère de la Communication et des Médias a quant à lui mis en place six commissions dont la commission communication. Cette commission fait partie du Comité de suivi opérationnel présidé par la primature. Ce comité de suivi opérationnel prépare les travaux du conseil national de sécurité sur la COVID-19.

En plus de l'action gouvernementale, on note la contribution des structures non gouvernementales. Elle s'observe à travers l'usage de supports de communication variés pour sensibiliser les populations. Ainsi, l'Union des Radios de Proximité de Côte d'Ivoire (URPCI) a essentiellement sensibilisé les auditeurs à travers, par exemple, les « clubs d'écoute » qui sont des relais des informations données

par les radios auprès des autres populations non auditrices. Les différentes radios de proximités ont beaucoup communiqué sur les sites de dépistage.

Ces radios de proximité ne conçoivent pas de messages mais les reçoivent des spécialistes pour les diffuser. Elles ont ainsi reçu beaucoup de messages sur les mesures barrières du Ministère de la Santé qu'elles ont diffusées. Elles travaillent également dans ce sens avec les organisations internationales telles que l'OMS, l'UNICEF, le PNUD.

La chaîne de télévision privée NCI360, s'est également engagée dans la Sensibilisation des populations par la Production de capsules, de spots Télé-radio en vue de l'application des mesures barrières par le staff de la chaîne et par les téléspectateurs. La NCI s'est également lancée dans l'organisation d'édition et de plateaux spéciaux.

Au niveau des structures syndicales du pays telles que l'UGTCI et la Centrale Dignité, elles se sont fait remarquer par l'organisation en interne de réunions entre membres du personnel (du comité exécutif avec le comité Scientifique pour l'UGTCI) dès l'annonce de la pandémie le 11 mars 2020 par l'État de Côte d'Ivoire en vue de la lutte contre la COVID-19. L'UGTCI a par la suite mis en place une série/ batterie de communications par la suite. Ces communications visaient à sensibiliser les camarades et les populations sur les mesures barrières. Le personnel a été astreint au respect des mesures barrières. L'UGTCI s'est associée à d'autres syndicats tels que Dignité en vue de prendre des décisions communes et de relayer en commun des informations gouvernemental auprès de la population. Parler des mesures barrières pendant les activités du syndicat étaient également préconisé par le syndicat à ses militants. L'UGTCI a également mené un certain nombre d'actions de lutte contre la COVID-19 qui se sont ponctué par la mise en place d'un comité de veille médiatique et de crise, l'organisation d'un panel avec l'État de Côte d'Ivoire, la collaboration permanente avec des personnalités de l'État et des experts, la mise en place des plates-formes pour des échanges avec les populations. Les organisations syndicales ont également trouvé nécessaire de préconiser aux camarades syndiqués et aux populations de bonnes pratiques : limitation du nombre de personnes dans les ascenseurs, réduction des capacités d'accueil des salles de réunion, l'organisation de forum.

Les objectifs de ces différentes actions des syndicats impliqués dans la lutte contre la COVID-19 est de faire connaître à leurs membres et aux populations ivoiriennes maladie, ses causes, ses manifestations, et les bonnes pratiques comportementales face à la maladie.

Les membres des syndicats sont les cibles et les populations sont leurs cibles de communication. Les médias utilisés pour la diffusion des informations sont les notes circulaires, les messages électroniques tels que les mails (courriels), les sms, les WhatsApp, les tableaux d'affichage, la télévision ivoirienne et France 24.

D'un point de vue religieux, la stratégie de communication des structures interrogées est basée sur les instructions des pouvoirs publics et les institutions de santé en Côte d'Ivoire. Ainsi, au début de la crise sanitaire, une suspension des messes, des prières communes à la mosquée et des célébrations fut observée pendant plusieurs mois. Ensuite, la conférence épiscopale pour l'Archidiocèse et le comité de veille pour le COSIM ont édicté les mesures suivantes : publications de circulaires dans toutes les

congrégations et mosquées sur la crise sanitaire, distributions de flyers, émissions télé, radios et affichages de messages de sensibilisation à l'observation des mesures barrières. Ainsi l'accès à toute église ou mosquée était conditionné par le port obligatoire de masque, le lavage obligatoire des mains, la prise obligatoire de température. De plus le respect de la distanciation social de 1 mètre facilité par le marquage au sol.

Ensuite, l'église catholique a procédé à un examen de sa liturgie et les facteurs de contamination ce qui a conduit aux mesures suivantes : le libre-service pour la quête ; la suspension de la communion dans la bouche, seul le prêtre qui célèbre la messe boit le Calixte, la pose de cendre désormais sur le front ; prière pour l'éradication de la maladie et plus de salutations avec les mains. Le COSIM a également réexaminé ses actions et les facteurs de contamination ce qui a conduit aux mesures suivantes : bouilloire individuelle pour les ablutions avant la prière, le tapis de prière individuel, interdiction après la prière des salutations en se touchant les mains, informer et sensibiliser (sans dénaturer le symbolisme du culte) les populations sur le respect des mesures barrières, le dépistage et la vaccination pour freiner l'infection à COVID-19.

L'ONG Médecins humanistes a dans sa stratégie média et de de communication communautaire et interpersonnelle a opté pour les campagnes d'apprentissage de lavage des mains.

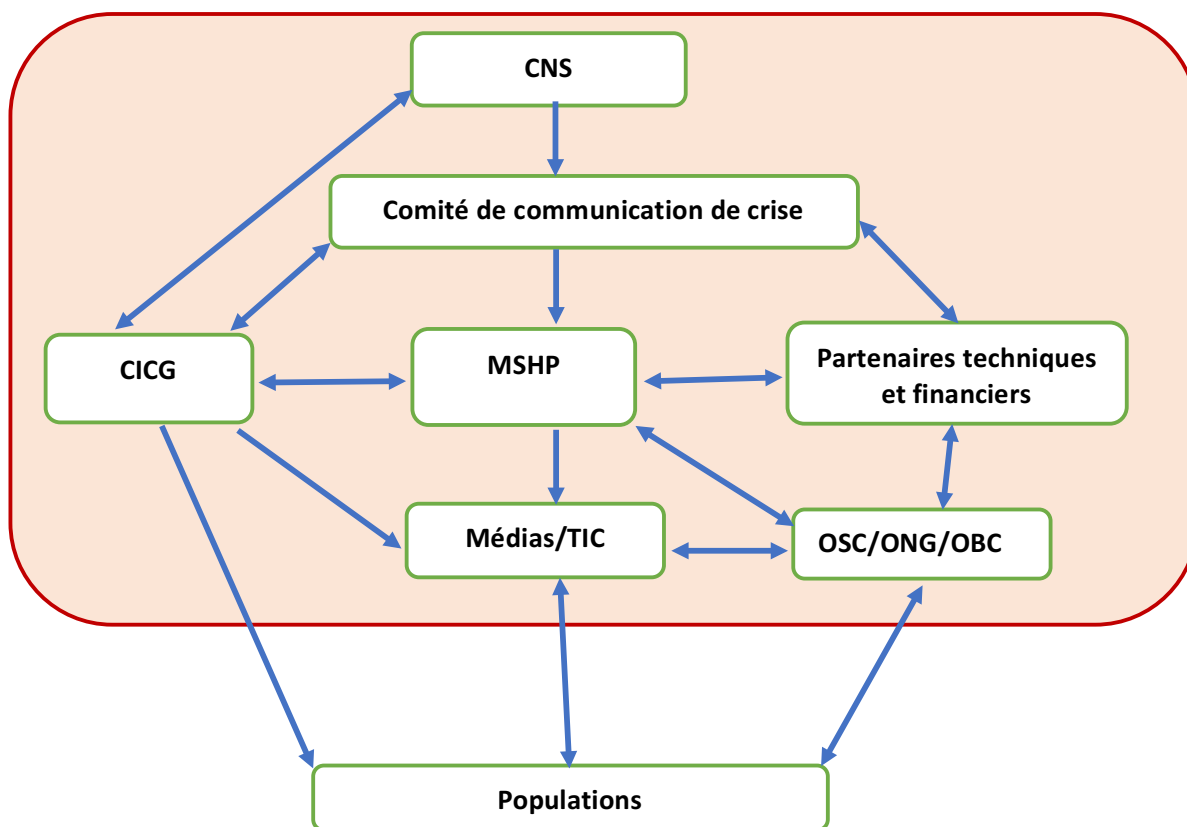
Au niveau des médias, il existe des plateformes qui déconstruisent les rumeurs. C'est le cas de celle du REPRELCI qui bénéficie de l'appui de l'UNESCO. Elle identifie les rumeurs et les déconstruit.

Parmi les difficultés auxquelles la coordination de la riposte dans la lutte contre la COVID-19, on relève la lourdeur dans la mobilisation des fonds pour financer les activités de communication et la complexité des procédures de financement des partenaires techniques et financiers.

La figure 1 ci-après représente l'organisation du dispositif et de la coordination de la riposte sous l'angle de la communication menée par différents acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux impliqués dans la riposte : communication publique ; gestion de l'information ; éducation pour la santé ; communication hors média ; communication média.

Cette modélisation montre la circulation de l'information et de la communication lors de la crise, en considérant l'émission et la production des messages, les acteurs impliqués dans ce processus, les canaux, la réception, les interactions entre les différentes parties prenantes et la diffusion des messages en direction des populations.

Figure 1 : Schématisation des interactions entre les structures du dispositif de riposte



Source : Auteurs de l'étude, 2021

La figure montre que le gouvernement ivoirien a activé comme organe politique suprême de la riposte une entité existante en charge des questions de sécurité nationale, à savoir le CNS, présidé par le Président de la République. Il y a ensuite un comité de communication de crise en lien direct avec cet organe. Le CICG a également joué un rôle central dans la stratégie de communication en collaboration avec le MSHP, placé au cœur de la riposte de par son mandat et ses ressources, et les partenaires techniques et financiers de la Côte d'Ivoire, ainsi que l'implication des OSC, ONG et des OBC au niveau communautaire. Les messages et les supports de communication produits dans le cadre de ce dispositif parviennent alors aux populations par les canaux médiatiques et non médiatiques les plus divers pour déclencher ou non le processus de changement au niveau des connaissances, des attitudes, des normes et des comportements individuels et collectifs.

CHAPITRE III : ANALYSE DES SUPPORTS ET MESSAGES DE COMMUNICATION LIÉE À LA COVID-19

Dans ce chapitre, on retrouve plusieurs articulations. Ainsi, il y a la collecte de certains documents tels que les communiqués du Conseil National de Sécurité (CNS), les communiqués de presse dans le façonnement des normes sociales dans le cadre de la crise sanitaire de la COVID-19 en Côte d'Ivoire. Une autre articulation porte sur l'analyse des déclarations des organisations religieuses et des alertes-infos. En plus de l'analyse discursive des déclarations, ce travail a également consisté à faire d'une part une analyse sémiologique des affiches de campagne de sensibilisation, et d'autre part une analyse sémiologique de vidéos d'éducation pour la santé. Par ailleurs, cette recherche a porté sur l'analyse de la mobilisation sociale et communautaire des structures publiques et privées au chevet du gouvernement ivoirien. Enfin, ce chapitre porte sur la caractérisation de l'info-spectacle perçu comme une forme de scénarisation ou ritualisation de la crise sanitaire en Côte d'Ivoire.

3.1. Les communiqués du Conseil National de Sécurité et les communiqués de presse dans le façonnement des normes sociales dans la crise sanitaire de la COVID-19 au niveau national

Dans une approche définitionnelle, nous considérons le communiqué de presse comme une information donnée par rapport à une situation qui prévaut. Dans une perspective rhétorique (Perelman, 1966), le communiqué de presse peut être appréhendé comme un discours à dimension argumentative (Amossy, 2006).

En outre, on constate que la crise de la COVID-19 a donné lieu à plusieurs discours, notamment ceux des citoyens ordinaires aux médecins en passant par les journalistes, les experts et les politiques. On remarque, subséquemment, que les discours des personnes ordinaires entrent en concurrence avec les discours des spécialistes de la maladie. Ces productions discursives remettent en cause la réalité de cette pandémie qui, au travers de leurs propos, est une sorte d'invention, à leurs yeux, de l'Occident (théories conspirationnistes). C'est dans cette optique que le gouvernement, pour présenter la réalité des choses, produit des communiqués pour informer, démentir, sensibiliser et éduquer les citoyens ivoiriens. Ce faisant, ces communiqués de presse ont pour objectif de décrire la situation sanitaire du pays et de convaincre les citoyens ivoiriens sur l'existence réelle de la COVID-19. Il s'agit, tout en faisant l'état des lieux de la situation sanitaire, d'indiquer les normes sanitaires à observer et/ou adopter. Aussi, les normes sociales en matière de santé, selon Caron-Bouchard et Renaud (2010, p. 12), sont « l'énoncé spécifiant le comportement précis qu'un individu ou que certains individus doivent observer dans des circonstances données ; ce comportement est attendu en premier lieu par la personne qui émet la norme ». Par exemple, l'observance des mesures barrières (la norme) doit conduire à l'adoption effective de ces règles recommandées (le comportement).

Pour amener les populations ivoiriennes à l'observation des règles édictées par les autorités sanitaires et politiques, le ministère de la santé publique et de l'hygiène a procédé, à travers sa communication, à la diffusion des chiffres de cas de maladie à coronavirus. Ainsi, la narrativisation par les chiffres

(Koren, 2009) apparaît ici comme un argument de peur. C'est une manière d'instiller la crainte par une conscientisation par le décompte. La médiatisation du bilan journalier de l'évolution de la maladie par les chiffres de victimes, notamment le nombre de décès, de guéris, de cas actifs donne deux types d'indication : la progression et la régression.

Le premier, le procédé de progression, se caractérise par la gradation des statistiques. Plus les chiffres sont croissants, plus on suscite la peur pour induire le changement de comportement des populations.

Le second, le procédé de régression, vise à présenter les efforts des autorités politiques et sanitaires. Autrement dit, lorsque les chiffres diminuent, c'est la preuve de la réussite du plan de riposte sanitaire. Les populations sont plus réceptives à l'application des normes sanitaires édictées. La dangerosité de la maladie qui guette les Ivoiriens se lit dans les termes suivants : « nouveaux cas confirmés positifs/ le nombre de cas confirmés/ les patients testés positifs » (MSPH, 20.03.2020). Ces lexèmes constituent ce qu'on appelle les invariants. Dans la communication publique sur la COVID-19, ils ont un emploi réitératif. Continuellement, les discours sont chargés de ces mots. Les personnes atteintes sont désignées par le lexème « cas », ou avec des expressions sous-jacentes telles que « cas suspects / cas contacts ». Émergent également les expressions « mise en quatorzaine / mise en quarantaine / plan de riposte / mesures barrières, etc. ». Partant, les différentes communications autour de cette pandémie construisent, par ce champ lexical, la dangerosité (létalité) de la maladie. Ainsi, la mise scène des conséquences de cette maladie se fait-elle, à travers le nombre de victimes, de cas confirmés, de contagion, etc.

Le rôle essentiel assigné à ces communiqués de presse est d'éduquer les masses. Cette éducation se lit, aisément, à travers la répétition de recommandations aux populations. La didactique consiste à former et inviter les citoyens à un changement de comportement. Les communiqués de presse sont donc produits à l'attention des populations. Le statut de la source (l'instance émettrice du discours) influence l'auditoire. Autrement dit, l'identité du locuteur revêt une importance. Ce que l'on sait de celui qui parle (la source) est primordial et a un impact sur la cible (Lasswell, 1936). Si l'on part du fait qu'aucun discours n'est neutre, alors on peut affirmer que tout communiqué de presse est porteur d'un pouvoir. Il agit nécessairement sur les comportements, sur la communauté. C'est dans ce sens qu'Austin (1970) affirme que dire une énonciation, c'est exécuter une action. En d'autres termes, chaque fois qu'on dit quelque chose, on agit directement ou indirectement sur son auditoire. Ainsi, la communication publique sur la COVID-19 ambitionne-t-elle, pour les autorités et autres acteurs sociaux, de changer ou de modifier les pratiques susceptibles de compromettre la riposte sanitaire. Dès lors, on constate que dans ces communiqués de presse l'auditoire est tacitement construit. Et, la présence des destinataires de ces discours est perceptible par ce que Ruth Amossy (2006) appelle l'auditoire universel. L'emploi des verbes à l'infinitif (forme impersonnelle) « tousser et éternuer / laver / saluer / serrer / éviter » (voir la Conférence des évêques du 17.03.2020), montre que les autorités religieuses s'adressent, au-delà de leurs fidèles, à tout le monde sans distinction. En joignant l'acte à la parole, le but est d'amener la population au respect des mesures édictées par le gouvernement. C'est dans ce sens que la Conférence des évêques catholiques invite tout le monde à s'y conformer.

Par ailleurs, la valeur performative de ces communiqués de presse se lit également par l'emploi de verbes à l'impératif et/ou à l'infinitif comme l'illustre les verbes suivants : « invite au respect » (communiqué, 06.05.2020), « inviter chacun au strict... », « rassurer de la prise de mesures » (Communiqué, 06.05.2020). S'adresser ainsi à la population est une exhortation, un impératif à adopter les nouvelles normes sanitaires.

De même, les modalités de l'appellation de la COVID-19 sont diverses. En effet, le coronavirus connaît, au fil des communiqués, une désignation générique (Moirand, 2007). Sous le vocable des communicants, la maladie est appelée « pandémie / la pandémie de la COVID-19 », pour les uns, et « la maladie à virus / la maladie à coronavirus », pour les autres. En plus de ces désignations, il existe des expressions pour rendre compte de la menace que constitue le coronavirus. Ces mots sont dits mots-arguments (Moirand, 2007), d'autant plus qu'ils fonctionnent comme des arguments de description de la maladie.

Ainsi, les expressions comme « l'épidémie de la maladie / l'évolution de la maladie / la propagation de la maladie » sont des arguments invitant implicitement les populations à plus de vigilance. Elles fonctionnent également, du fait de leur récurrence dans les communiqués, comme des alertes, des interpellations incessantes pour inciter les populations au respect des normes sanitaires, tout en mettant en évidence le caractère pernicieux et létal de ladite maladie. La morbidité due au virus est inscrite dans la trame énonciative des locuteurs communicants par rappel des normes sanitaires et/ou mesures barrières. Des évaluatifs axiologiques (Kerbrat-Orecchioni, 1999) sont perceptibles dans les phrases suivantes : « la prise de mesures préventives », « inviter chacun, au strict respect des mesures barrières », « invite au respect strict et rigoureux ». Ils recommandent aux uns et autres de se conformer aux prescriptions édictées. En d'autres termes, les différents adjectifs axiologiques sur l'acuité du mal exhortent à repenser le modèle de vie et de comportement pour se prémunir contre la létalité du virus. La nécessité pour la reconversion mentale des populations par adoption des normes sanitaires arrêtées transparaît à travers les modalisateurs tels que « soigneusement » et « fréquemment ».

De même, les communiqués recourent à l'appel à l'auditoire à travers des valeurs qui sont, entre autres, les valeurs de solidarité, de patriotisme, de responsabilité, etc. Le citoyen ivoirien est invité à une réelle prise de conscience. C'est pourquoi, les sources de ces communiqués emploient l'impératif présent au travers de certains verbes tels que « luttons », « ensemble, conjuguons nos efforts », « ensemble, luttons contre le coronavirus ». Si le gouvernement recourt à une diversité d'acteurs, c'est pour faire passer le message auprès des différentes communautés. Les acteurs gouvernementaux peuvent être considérés comme lointains donc leur pouvoir de dissuasion semble quelque peu affaibli. S'agissant des acteurs communautaires, ils apparaissent plus proches des masses. Par conséquent, ils ont une influence sur le comportement de ces dernières en relayant les messages des autorités (influence en deux étapes. C'est le cas des acteurs suivants : guides religieux, leaders communautaires, chefs traditionnels, leaders de jeunesse, responsables des associations féminines et leaders syndicaux.

3.2. Analyse des déclarations des organisations religieuses et des alertes-Infos

Théoriquement, la communication est perçue comme une discipline multidimensionnelle qui se doit d'être analysée en tenant compte du contexte politique, économique, médiatique, social et culturel (GOA, 2021, p.119).

3.2.1. Analyse des déclarations de la Conférence des évêques, du COSIM et des Organisations religieuses

Dans l'approche communicationnelle, la dimension contextuelle constitue le point d'ancrage qui analyse la notion de fonction qui se fait toujours en situation, surtout en temps de crise. De fait, l'analyse des déclarations de la Conférence des évêques, du COSIM et des Organisations religieuses concernant la pandémie liée au Coronavirus 2019 porte sur une périodisation à 3 étapes, à savoir la période avant le confinement (ante-confinement), la durée du confinement (confinement) et l'après confinement (post-confinement).

Ante-confinement : de décembre 2019 au 16 mars 2020

De l'apparition de la pandémie du Coronavirus 2019 en décembre 2019 en Chine et sa propagation sur plusieurs continents, il n'y a eu aucune déclaration de la Conférence des évêques, du COSIM et des organisations religieuses de Côte d'Ivoire concernant la COVID-19, avant le 17 mars 2020. Il y a eu donc absence de communication publique de ces institutions religieuses durant cette période de 4 mois. Ces organisations n'ont pas officiellement donné d'information sur la COVID-19, ni à leurs membres, ni à la population ivoirienne.

Autrement, avant le 11 mars 2020 marquant la date du 1^{er} cas de COVID-19 en terre ivoirienne et la décision de confinement prise par le Conseil National de Sécurité (CNS-Côte d'Ivoire) du 16 mars 2020, les actions de communication publique et/ou les déclarations publiques de la Conférence des évêques, du COSIM et des organisations religieuses de Côte d'Ivoire ont été peu perceptibles ou n'ont pas été observées. Il s'agit, en évidence, de l'essence d'une communication zéro ou nulle desdites organisations. La communication zéro consacre ainsi le manque de communication, la communication imperceptible, la communication insensible ou inaudible. Elle est une entropie communicationnelle comme l'incommunication. (GOA, 2021, p. 126)

Confinement : du 17 mars 2020 au 15 mai 2020

La pandémie de la COVID-19, apparue en décembre 2019 dans la ville chinoise de Wuhan (province de Hubei), a atteint un niveau inquiétant dans le monde, aux mois de mars et avril 2020. L'Analyse prend en compte la période partant du 16 mars 2020, date de prise de décision de confinement par le Conseil National de Sécurité (CNS-Côte d'Ivoire), jusqu'au 15 mai 2020 (lendemain de l'annonce du déconfinement et de la levée du couvre-feu dans le pays). L'analyse des actions de communication ou des déclarations met en exergue les acteurs, les objectifs, les fondamentaux, les arguments, les raisons, les tactiques, les moyens, les effets, et les intérêts en jeu.

Les premières déclarations de la Conférence des évêques catholiques de Côte d'Ivoire et du Conseil Supérieur des Imams (COSIM) sont intervenues le 17 mars 2020. Il s'agit de communiqués produits par ces organisations religieuses pour appeler leurs membres au respect et à l'application des mesures

prises par le Gouvernement sur la COVID-19. Les communiqués des organisations chrétiennes visaient les prêtres ou pasteurs, les agents pastoraux et les fidèles laïcs du Christ. Quant aux organisations musulmanes, elles avaient comme récepteurs les imams et les fidèles musulmans.

Dans cette visée et dans le sens de la réplique contre la COVID-19, les communications des organisations invitent au respect de certaines mesures essentielles de prévention et de protection. À ce titre, il est pris des décisions de fermeture de fermeture des lieux de culte, de suspension de messes et de prières en communauté, d'interdiction de rassemblement, d'usage de canaux modernes de communication avec les fidèles.

Il y a eu dans cette période de confinement une intensification des communications des organisations religieuses. À l'analyse des campagnes de sensibilisation et des décisions des institutions religieuses pour le changement de comportement, on comprend mieux les aspirations des leaders religieux de sauver la vie de leurs fidèles face à la pandémie de COVID-19.

En conséquence, les déclarations et/ou les actions de communication de la Conférence des évêques, du COSIM et des Organisations religieuses concernant la pandémie liée au Coronavirus ont été propices à la lutte contre la COVID-19. Autrement, ces organisations, de par leurs décisions et communications ont participé à empêcher la propagation rapide de la maladie à coronavirus dans la population ivoirienne, lors du confinement.

Post-confinement : à partir du 16 mai 2020

Dans la crise, la communication n'est pas tout, mais tout a une composante informationnelle liée aux éléments de décision ou d'évaluation que l'on devrait savoir, ce qui est impératif de savoir ou de faire savoir, d'une part. La communication a aussi une composante impliquant les communicateurs officiels, la façon de parler ou de sensibiliser, les moyens et contextes choisis pour le faire, la valeur convaincante ou émotive du discours, l'anticipation de la manière dont il sera interprété, reflété, notamment par les médias, et souvent contredit, d'autre part. (GOA, 2021, p.127)

Après la levée du confinement, les organisations religieuses ont eu des réactions différentes. Elles ont certes continué de communiquer, mais la proportion a été très faible au regard de la fréquence des déclarations observées au moment du confinement.

En plus, certains actes et actions dans certaines communautés religieuses étaient aux antipodes des déclarations de la Conférence des évêques, du COSIM et des Organisations religieuses. Le problème est lié à l'impact de leurs messages sur leurs cibles qui ont adopté des comportements qui peuvent être qualifiés d'incommunication dans la lutte contre la COVID-19. *L'incommunication* se définit comme toute entropie communicationnelle préjudiciable à la bonne communication. Elle comprend les actions de « fake news » ou « infox » (fausses informations ou informations fallacieuses), de désinformation, de rumeurs, d'irresponsabilité, d'insouciance, de propagande et de manipulation de l'opinion dans un contexte de communication. (GOA, 2021, p.126).

On peut citer les rassemblements communautaires lors des grandes fêtes religieuses où les fidèles ne respectaient pas ou respectaient peu les mesures barrières. C'est le cas de la Tabaski 2020, de la fête

de Noël 2020, de Pâques 2021, des soirées d'évangélisations, des cultes dominicaux et des prières de vendredis dans les mosquées.

Toutefois, il convient d'indiquer que des prières ont été faites et encouragées pour stopper la propagation de la maladie comme chez les chrétiens catholiques. En effet, le Père Norbert Abekan, le curé de l'église Notre-Dame de la Sainte Famille à la Riviera 2, a fait faire la procession dans les rues avec le Saint-Sacrement. Cette procession avait pour but de mettre fin à la propagation du virus par l'expression de sa foi en Dieu.

3.2.2. Analyse des Alertes-infos (Flash-infos) et des Alertes APA

3.2.2.1. Les Alertes-infos ou "Flash-infos"

Dans la réplique contre le Coronavirus 2019, les Alertes-infos sont aussi utilisées comme moyens de communication et de sensibilisation de la population. Invisibles avant le 11 mars 2020 marquant la date du 1^{er} cas de COVID-19 en Côte d'Ivoire, elles ont fait leur apparition après cette date. Elles venaient indistinctement du gouvernement, des entreprises de téléphonie, des organisations sanitaires locales et internationales, des institutions nationales et supranationales, des organisations non-gouvernementales, des communautés sociales et/ou économiques, des personnalités et leaders d'opinion, et même des citoyens lambda.

Ces alertes-infos invitent au respect de certaines mesures essentielles de prévention et de protection contre la COVID-19, notamment :

- Tous ensemble, luttons contre le coronavirus.
- Attention aux rumeurs et aux *fakes news*.
- Arrêtons de polluer notre esprit avec de fausses informations.
- Je me lave régulièrement les mains ou j'utilise du gel désinfectant.
- J'évite les poignées de mains et les accolades.
- J'évite les rassemblements et je limite mes déplacements.
- Confinement = Je reste chez moi.

Ces messages étaient envoyés quasi journallement aux populations ivoiriennes confinées. Cependant, après le déconfinement, les alertes-infos sont devenues hebdomadaires puis bihebdomadaires par le ministère de la santé publique de Côte d'Ivoire pour se stabiliser en une fréquence mensuelle. À l'analyse, on note la décroissance de ces alertes-infos après la levée du confinement.

3.2.2.2. Les alertes APA

Les alertes APA sont les informations concernant la COVID-19 distillées par le bureau en Côte d'Ivoire de l'Agence de Presse Africaine (APA) sur le site apanews.net. Cette agence diffuse les informations sur la pandémie, depuis son apparition en décembre 2019 dans la ville chinoise de Wuhan (province de Hubei). Elle informe l'opinion des activités, des mesures, des statistiques, des événements liés à la crise de COVID-19 comme l'attestent les continus ci-dessous :

- ✓ « COVID-19/La France impose des tests de moins de 24 heures à l'entrée depuis plusieurs pays européens » (17 juillet 2021)
- ✓ « Deux doses de vaccin indispensables contre le variant Delta du coronavirus, selon l'Agence européenne du médicament (EMA), le régulateur européen. » (14 juillet 2021)
- ✓ « COVID-19/ Le vaccin Pfizer lancé aujourd'hui dans le District d'Abidjan. AstraZeneca, en rupture de stock, devrait être disponible d'ici à fin juin 2021 ». (21 juin 2021)
- ✓ « Aéroport d'Abidjan/ Le coût du test COVID-19 PCR est passé depuis le 5 mai 2021 de 50000 à 25000 Fcfa au départ et à destination de la Côte d'Ivoire. » (7 mai 2021)
- ✓ « COVID-19/ 54,74 milliards de Fcfa de la Banque Mondiale à la Côte d'Ivoire pour financer de nouveaux vaccins » (17 avril 2021)
- ✓ « Vaccin anti-COVID-19/ La Côte d'Ivoire n'a enregistré à ce jour aucun cas d'effets indésirables graves avec plus de 64 000 personnes vaccinées (Expert). » (15 avril 2021)
- ✓ « COVID-19/ L'Institut Pasteur de CI a détecté le « variant anglais et sa circulation est active dans le pays et principalement à Abidjan » » (Ministère) (25 mars 2021)
- ✓ « Côte d'Ivoire/ Plus de 24 600 personnes ont été vaccinées contre la COVID-19 du 1^{er} au 20 mars 2021, annonce le porte-parole du Gouvernement, Sidi Touré » (24 mars 2021)
- ✓ « COVID-19/ La France suspend à son tour l'utilisation du vaccin AstraZeneca jusqu'à un avis européen mercredi, annonce le président Emmanuel Macron » (15 mars 2021)

L'Agence de Presse Africaine donne ici les sources des informations et les acteurs impliqués dans l'optique d'éviter les rumeurs et de permettre à chaque récepteur de vérifier le contenu des messages.

3.3. Analyse sémiologique des affiches de campagne de sensibilisation

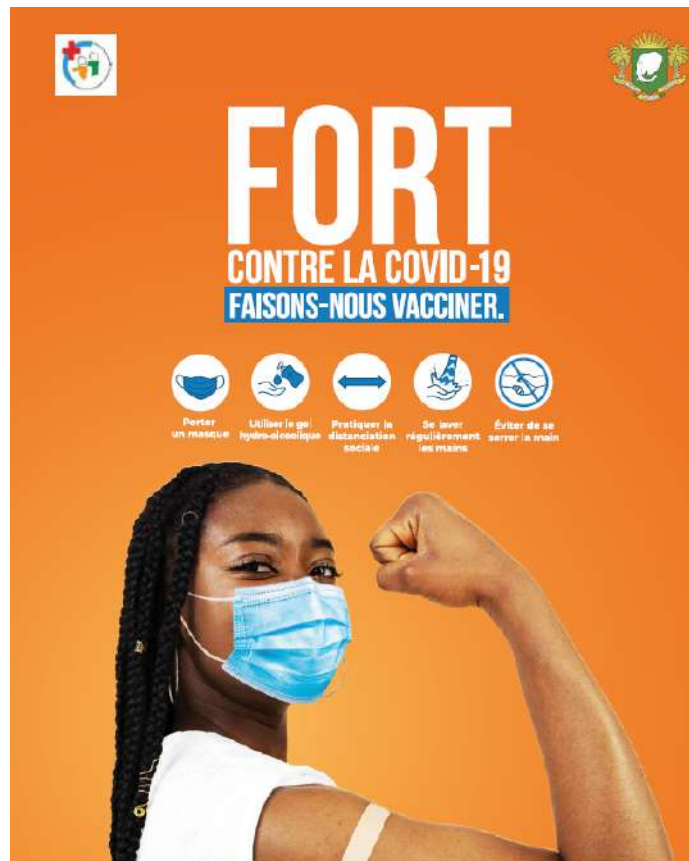
Notre analyse est basée sur une cinquantaine d'affiches de diverses sources : gouvernement de Côte d'Ivoire, ministère de la santé, ministère de la sécurité, ministère de l'éducation, secteur privé, secteur sanitaire, etc. Nous en présentons deux exemples à titre d'illustration.

Image 5 : Représentation infographique de la mesure de confinement



Source : MSHP, 2020

Image 6 : Affiche de sensibilisation à faire le vaccin par les jeunes



Source : MSHP, 2020

À l'observation et à l'analyse, la majorité desdites affiches donne à voir des représentations analogiques (discours/icônes) qui reprennent le contenu des mesures barrières.

- Les images sont des pictogrammes qui représentent les mesures barrières dans l'optique de mieux faire passer le message auprès de tous les types de publics.
- Les affiches suivent les différentes phases de la campagne de sensibilisation : confinement et post-confinement (période de la vaccination).
- Les mesures barrières sont déclinées en plusieurs messages pour toucher divers publics.
- Sémiotiquement parlant, les images sont des redondances des messages officiels.
- Les affiches sont conçues selon l'imaginaire des Ivoiriens.
- Les images sont des illustrations des messages écrits.
- En termes de communication, elles participent de la surmédiation des messages de sensibilisation aux fins d'emmener les populations à changer de comportement en adoptant les normes sanitaires.
- Telles qu'elles sont conçues, certaines affiches sont des réponses aux rumeurs, aux informations fausses et erronées distillées par les populations et les réseaux sociaux numériques.
- Toutes les institutions qui gravitent autour du gouvernement ont pris conscience de la nécessité de la lutte contre la COVID-19 et ont participé à cette campagne de sensibilisation en concevant des affiches et autres supports de communication. Il en est de même pour certaines structures du secteur privé.
- L'ancrage culturel à travers les images (le magazine *Gbich* !) : journal satirique et humoristique, *Gbich* a conçu, en mars 2020, un certain nombre d'affiches dans le cadre global de la campagne de sensibilisation. Cette dernière s'appuie sur l'imaginaire culturel des Ivoiriens face à la menace que constitue la COVID-19. Dans une perspective d'influence et de dédramatisation propre à la culture urbaine en Côte d'Ivoire, les affiches de *Gbich* procèdent ainsi à une éducation par l'humour en lien avec les faits sociaux. Par exemple, face à l'afflux massif des fake news, *Gbich* conçoit une affiche qui remet en cause une idée reçue sur les effets du soleil en tant que remède contre la COVID-19 :

Image 7 : Sensibilisation par l'humour



Source : La une de l'hebdomadaire *Gbich !*, 2020.

- Les numéros d'interaction (téléphone : 143, 101, 125 / SMS : 1366) permettent l'identification et le repérage des cas, la communication avec des experts pour s'informer, les messages préenregistrés (Orange, Moov, MTN), le repérage des sites dédiés au test de dépistage et à la vaccination, etc.
- Du point de vue chromatique, l'utilisation de la couleur orange, une des trois couleurs composant le drapeau national, vise à faire prendre conscience que la crise sanitaire est une cause nationale et à fouetter l'esprit patriotique et renforcer la mobilisation sociale.

3.3. Analyse sémiologique de vidéos d'éducation pour la santé

Cette analyse est faite à partir de la grille classique d'analyse sémiologique de Roland Barthes (1964). Cette grille met l'accent sur trois éléments : la dénotation, la connotation et le système textuel. D'abord, on a la dénotation qui est une description objective du corpus. Ensuite, la connotation qui consiste en une interprétation de ce corpus en fonction des références culturelles dans lesquelles ce corpus est produit. Enfin, le système textuel qui conduit à mettre ensemble plusieurs éléments du texte afin d'en dégager des significations particulières.

3.3.1. Présentation du corpus de vidéos

Dans le cadre de la riposte, des stratégies de communication ont été élaborées pour favoriser le changement social et comportemental pour endiguer la propagation du virus. De nombreuses vidéos ont été produites par les autorités sanitaires et les partenaires techniques et financiers dans le but d'éduquer les populations à la santé. Parmi ces vidéos, disponibles pour la plupart sur le réseau social YouTube,, l'étude a retenu celles qui ont été produites sous la tutelle du ministère de la santé, appuyé

par le CICG. Outre ces spots, le corpus comporte quatre (4) spots produits par l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS) et diffusés sur la RTI et les réseaux sociaux numériques.

Ces vidéos ont été largement diffusées sur la RTI, média de service public. En présupposant que c'est le plus suivi par les populations dans le cadre de la lutte contre la pandémie, cela justifie le choix de ces vidéos. Ce sont particulièrement deux vidéos d'éducation pour la santé qui ont retenu notre attention. La première vidéo a une durée de 66 secondes (1 mn 06 s.) et la deuxième a une durée de 76 secondes (1 mn 16 s.). Ces deux vidéos ont été produites et financées par l'État de Côte d'Ivoire. Quant aux quatre (4) spots produits par l'AIMAS, il s'agit principalement de vidéos d'éducation pour la santé. Ce sont des spots qui durent respectivement 74 secondes (1 mn 14 s.), 90 secondes (1 mn 30 s.), 75 secondes (1 mn 15 s.) et 69 secondes (1 mn 09 s.). En guise d'illustration, se trouvent ci-dessous quelques captures d'écrans desdites vidéos.

Image 8 : Captures de spots d'éducation pour la santé produits par les pouvoirs publics



Source : Chaîne YouTube de la R11, 2020.

Image 9 : Captures des spots d'éducation pour la santé produit par AIMAS



Source : Chaîne YouTube de AIMAS, 2020.

3.3.2. Le contenu des messages vidéo

Narration et sensibilisation

Il apparaît dans la première vidéo, celle du CICG, deux éléments clés : des pictogrammes et des personnages. Les pictogrammes renvoient à un ensemble de mesures barrières. Le récit qui les accompagne invite au respect des mesures afin de réduire la propagation du coronavirus. Il en est de même pour la phase du spot qui présente des personnages : un homme et une femme aux accoutrements bien distinctifs. Le même récit emploie la forme impérative pour inciter au respect des gestes barrières. Le pronom « nous », utilisé dans le récit, est une marque d'enrôlement et d'inclusion discursive. Il appelle à une responsabilité individuelle et collective face au virus. En formulant ces prescriptions de bonnes pratiques, les populations sont invitées à adopter les mesures barrières.

Sur les spots produits par AIMAS, on voit une mère de famille, deux leaders religieux (un chrétien et un musulman) et un chef traditionnel. Investis du pouvoir de leur charge respective, ces leaders incitent au respect des prescriptions.

Interactions et significations

Dans les spots conçus par le Ministère de la santé et l'État de Côte d'Ivoire, nous sommes dans un cadre urbain où les interactions sont commentées par un narrateur. Les personnages (homme et femme) sont habillés en tenues de ville (costume et tenue de sortie). Ces spots semblent exclure les populations rurales. Cependant, dans les vidéos produites par l'AIMAS, ce sont des leaders d'opinion qui recommandent le respect des mesures barrières dans l'espoir que les populations s'inscrivent dans cette logique.

3.3.3. L'environnement culturel des vidéos sélectionnées

La connotation évoque la faculté d'interprétation d'un message ou d'un contenu. Elle est fondée sur la signification possible d'un message en raison du contexte ou dans l'environnement culturel dans lequel il est produit. Autrement dit, les référents culturels sont déterminants dans le sens et les significations que l'on donne aux choses.

D'abord, les deux spots produits par les autorités publiques ivoiriennes mettent en scène des personnages qui respectent les mesures barrières. Un narrateur explique le bien-fondé du respect scrupuleux de ces gestes. L'emploi des pronoms « nous » et « vous » établit, dès lors, un schéma de communication dans lequel un "nous" (l'émetteur, les autorités publiques) s'adresse à un "vous" (la cible, la population). Dans ce schéma mécaniciste de la communication, le message se lit par l'emploi des différents verbes infinitif qui sont des injonctions à la cible. Dit autrement, ces vidéos donnent des conseils aux populations pour se prémunir du coronavirus.

Ensuite, dans les quatre spots produits par AIMAS, on remarque un changement de registre. On a une mère de famille, un guide religieux musulman, un guide religieux chrétien et un chef traditionnel. Ces spots montrent des personnages qui recommandent les mesures barrières dans leur quotidien : une cuisine pour la mère de famille, une mosquée pour le guide musulman, une église pour le guide

chrétien et un domicile pour le chef traditionnel. L'autre particularité de ces spots, c'est le registre de langue utilisé à travers l'usage du pronom « tu » qui marque la familiarité ; autrement dit, il existe une relation proxémique entre les interactants. Par ailleurs, l'emploi de certains mots et leur tonalité nous plongent dans l'univers ivoirien.

Les prescriptions, à travers les différents discours, invitent les populations à un changement de comportement avec la survenue de la pandémie de la COVID-19. Ces spots participent donc à l'éducation à la santé des populations (cf. Les parties 3.1., 3.2 et 3.3).

3.4. La mobilisation sociale et communautaire des structures publiques et privées

De nombreuses structures ou organismes publics, privés nationaux et internationaux ont répondu à l'appel de solidarité lancé par le gouvernement. Cet appel avait pour but de mobiliser toutes les ressources possibles pour faire face à la crise. Ainsi, de nombreux acteurs du secteur privé ont fait des dons sous diverses formes : dons en espèces (de nombreux chèques ont été réceptionnés par les autorités publiques et médiatisés par la RTI), dons en nature (dispositifs de lavage des mains, du savon, des seaux, des masques de protection de tous types, du gel hydroalcoolique), etc. Par ailleurs, une certaine confusion a régné lors de ces actions de donation. Tandis que le Ministère de la santé réceptionnait des dons, il en était de même pour le Ministère de la solidarité et de la lutte contre la pauvreté et celui de l'économie et des finances. En fin de compte, une solution de centralisation des dons a été trouvée par le gouvernement.

3.5. L'infospectacle : une ritualisation de la crise

La scénarisation de la publicisation des informations sur la COVID-19 tient lieu de sensibilisation, de mobilisation sociale et surtout de l'état des lieux de la maladie. Cette mise en scène de l'information relative à la pandémie se décline en deux moments spécifiques : le bilan chiffré au cours du journal télévisé (JT) de la principale chaîne nationale de télévision (RTI1) et la théâtralisation de l'état des lieux de la maladie en Côte d'Ivoire, la sensibilisation des populations et le dispositif sécuritaire d'isolement du Grand Abidjan.

Plus spécifiquement, l'état des lieux a consisté à communiquer les statistiques journalières de la pandémie et les actions du ministère de la santé pour contrer la propagation du virus : la démultiplication des centres de dépistage, le discours des experts pour rassurer les populations sur la capacité de prise en charge des malades de la COVID-19, le démenti des fausses informations qui circulaient sur les réseaux sociaux numériques, la forte campagne sur la vaccination avec la médiatisation de l'exemplarité des autorités publiques à se faire vacciner, etc.

Cette scénarisation faite une fois par jour pendant les premiers mois de la pandémie, est devenue hebdomadaire lorsque la première vague a été maîtrisée pour disparaître totalement par la suite. Elle était conduite par le Ministre de la santé en personne, parfois vêtu d'un T-shirt orange (une des couleurs nationales) puis par le Directeur général de la santé, le Pr Mamadou Samba. Désormais, le soin est laissé au présentateur du journal télévisé de lire les données du jour et de les afficher brièvement. On note par ailleurs l'addition d'un nouvel indicateur : le nombre cumulé de doses de

vaccins administrées depuis le début de la vaccination, sans toutefois faire la différence entre le nombre de personnes ayant reçu une seule dose et celui de celles qui ont reçu les deux doses recommandées pour les vaccins concernés.

Image 10 : Point de la situation du jour sur la pandémie



Source : MSHP, 2021. Le Ministre en action (<https://www.gouv.ci/actualite-article.php?d=1&recordID=10989>)

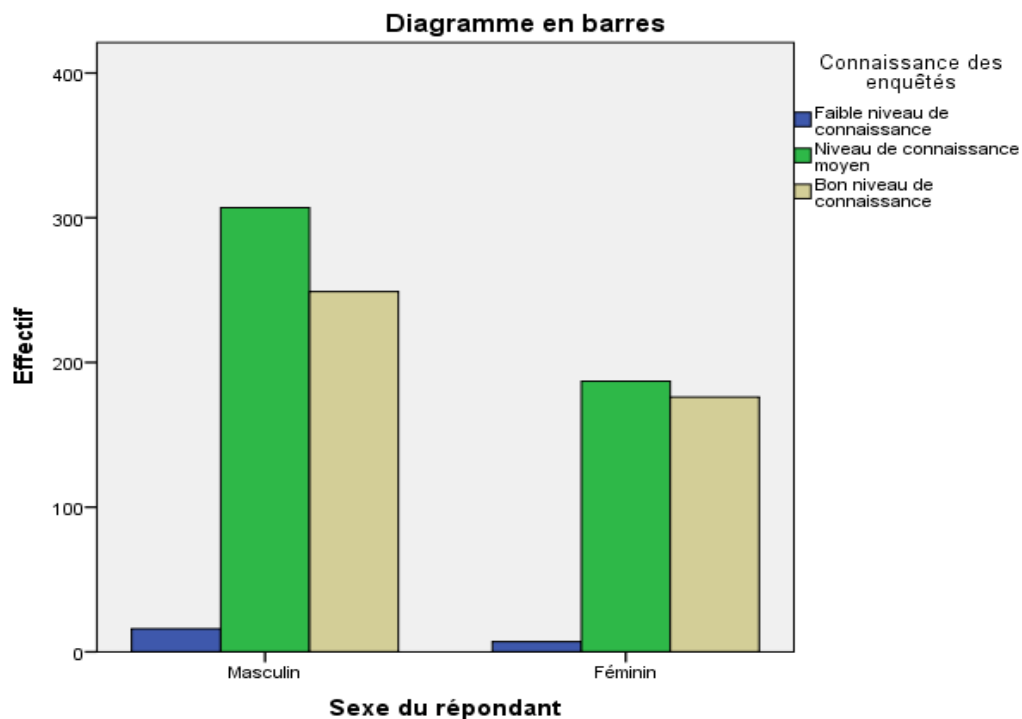
CHAPITRE IV : RÉACTIONS DE LA POPULATION FACE AUX ACTIONS DE COMMUNICATION PUBLIQUE

L'enquête par questionnaire, les entretiens de groupe (focus groups) avec des membres de la population et des personnes ressources sont les différentes méthodes utilisées pour appréhender les réactions ou réponses de la population du District d'Abidjan touchée par les actions de communication publique multiples et multiformes entreprises dans la lutte contre la COVID-19. Raison nous est alors donnée de nous interroger en ces termes : dans quelle mesure la communication a-t-elle influencé les connaissances, les perceptions, les attitudes et les comportements de la population vis-à-vis de la pandémie ? Mieux encore quels sont les facteurs susceptibles d'expliquer cette influence ?

4.1. Connaissances des enquêtés relatives à la maladie

Le niveau de connaissance des enquêtés a été évalué en tenant compte de différentes caractéristiques sociodémographiques : le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'instruction et le lieu de résidence.

Graphique 1 : Connaissance de la maladie par sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

43,5% des hommes de l'échantillon présentent un bon niveau de connaissance tandis que 47,6% des femmes dudit échantillon présentent également un bon niveau de connaissance (barres vertes). Par contre, les barres de couleur foncée représentent le pourcentage des enquêtés de chaque sexe

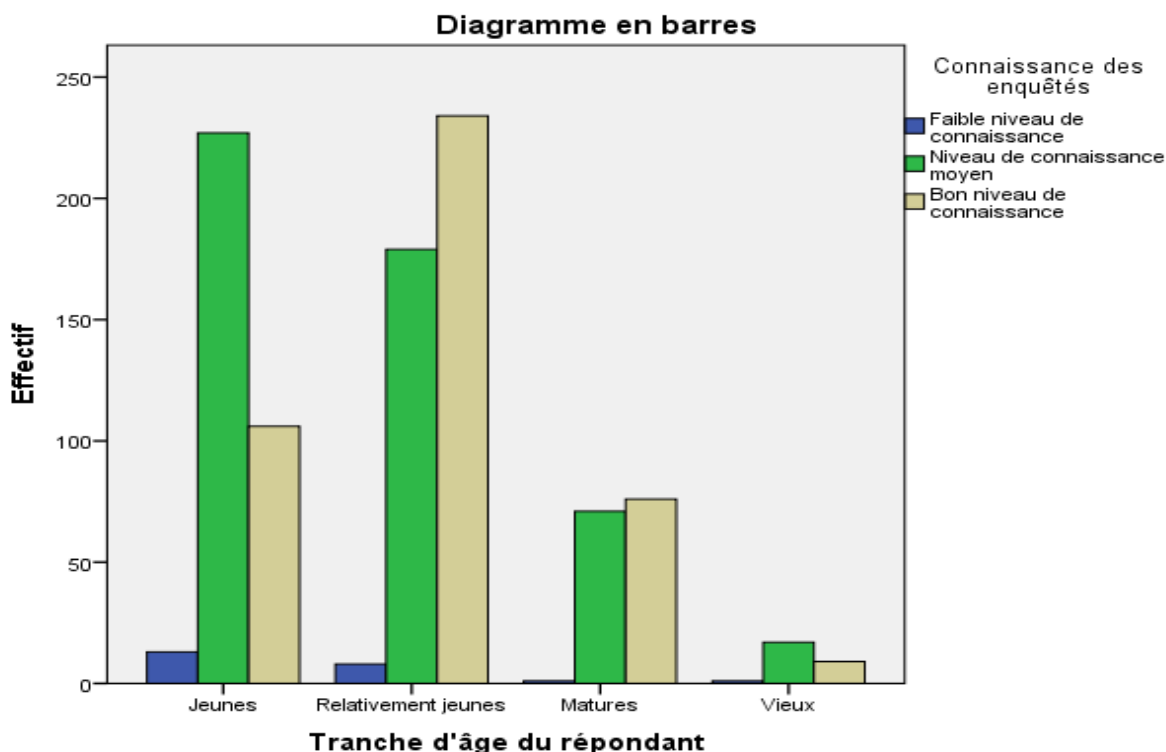
présentant un faible niveau de connaissance. Dans ce sens, 58,6% des hommes ont un bon niveau de connaissance contre que 41,4% des femmes.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,985 ^a	2	,371
Rapport de vraisemblance	2,008	2	,366
Association linéaire par linéaire	1,867	1	,172
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le Khi-deux de Pearson permet de constater que le coefficient **p est de 0,371, supérieur à 0,05** (seuil de signification généralement admis en science humaine). De ce fait, l'on aboutit à la conclusion selon laquelle il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes s'agissant du niveau de connaissance de la COVID-19.

Graphique 2 : Connaissance de la maladie selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le graphique ci-dessus révèle que 55,6% des enquêtés relativement jeunes (30-44 ans) et 51,4% de ceux d'âge mature (45-59 ans) ont un bon niveau de connaissance. Par contre seulement 30,6% des enquêtés jeunes (15-29 ans) et 33,3% des vieux (plus de 60 ans) ont un bon niveau de connaissance.

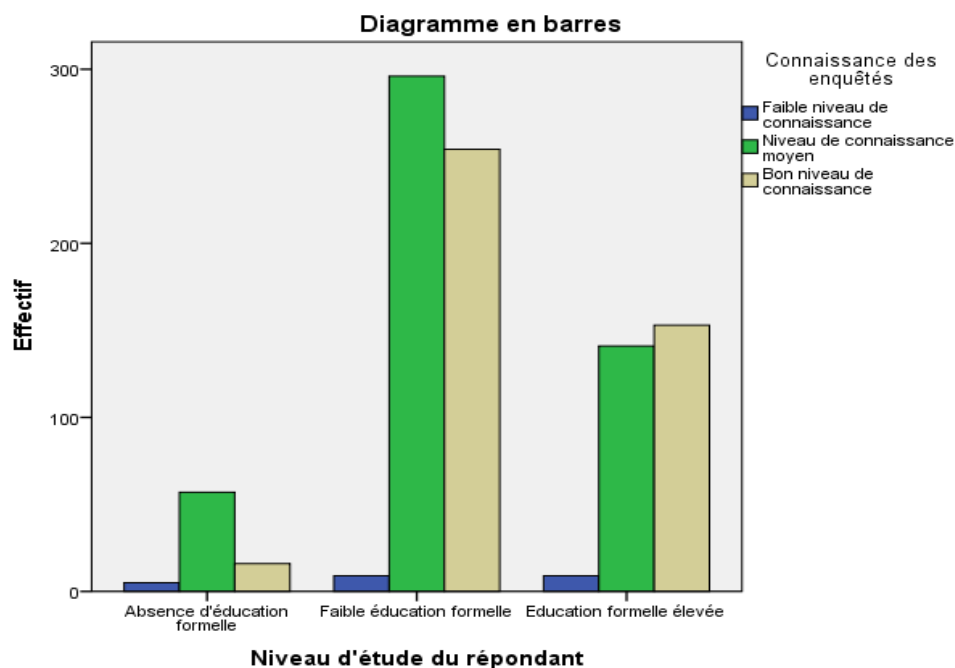
Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	53,907	6	,000
Rapport de vraisemblance	55,408	6	,000
Association linéaire par linéaire	20,744	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En examinant le Khi-deux de Pearson nous constatons que le coefficient **p est de 0,000, inférieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). Par conséquent, l'on aboutit à la conclusion qu'il existe une différence statistiquement significative au niveau des tranches d'âge des enquêtés en rapport avec le niveau de connaissance de la COVID-19.

La connaissance de la COVID-19 est très élevée dans les différentes catégories socio-professionnelles. Ainsi, le taux se rapportant à cette variable dans l'étude est toujours au-dessus de 90%. Cependant, l'on constate que le niveau de connaissance de la COVID-19 le plus faible se retrouve chez les enquêtés se déclarant sans emploi donc n'appartenant à aucune corporation professionnelle. Il semblerait donc que l'appartenance à une corporation professionnelle influence positivement le niveau de connaissance de la COVID-19.

Graphique 3 : Niveau de connaissance de la maladie selon le niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Il ressort de l'enquête que le niveau de connaissance de la COVID-19 croît avec l'élévation du niveau d'étude. Ainsi, 20,5% des enquêtés présentant un absence d'éducation formelle ont un bon niveau de

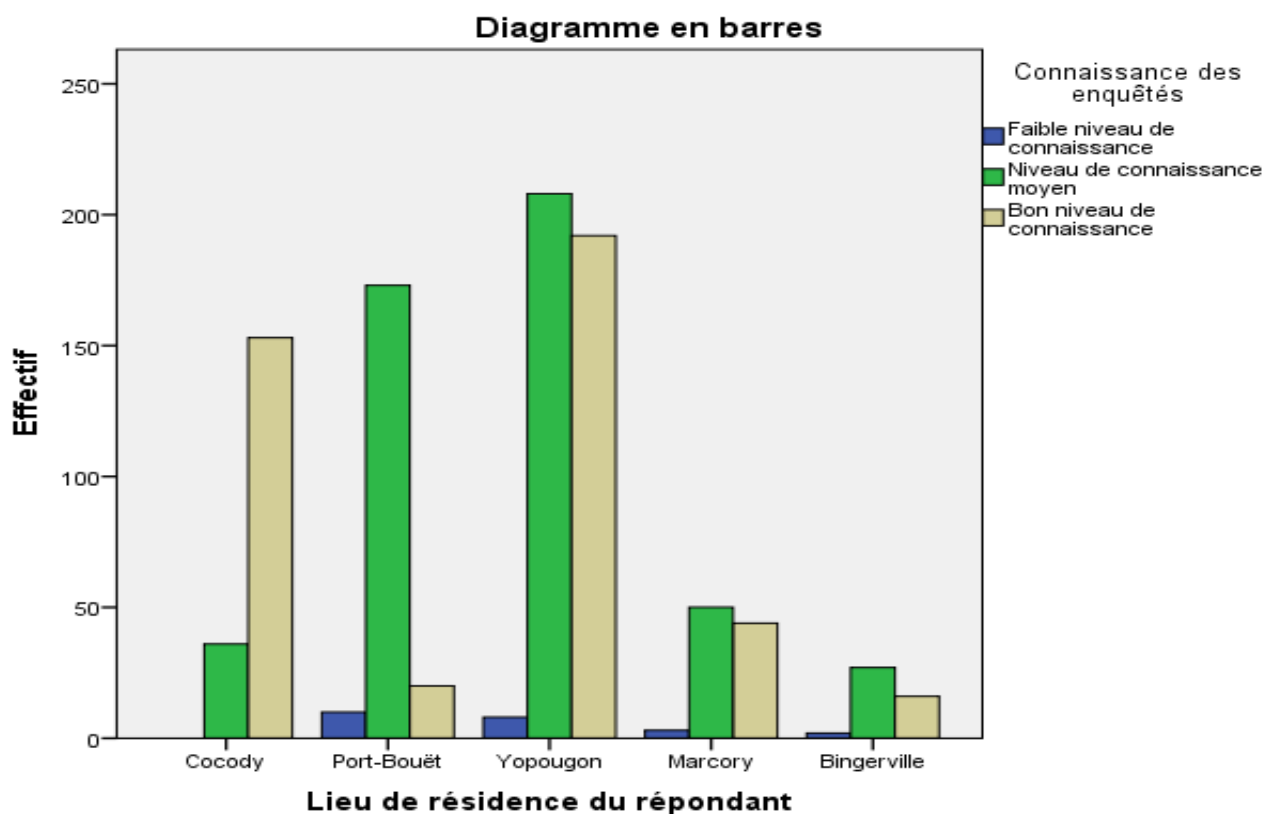
connaissance. Chez les enquêtés présentant une faible éducation formelle et une éducation formelle élevée, ces pourcentages sont respectivement de 45,4% et de 50,5%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	27,754	4	,000
Rapport de vraisemblance	28,384	4	,000
Association linéaire par linéaire	14,445	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

L'on constate que le coefficient **p est de 0,000, inférieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). À la suite du test de khi-deux, l'on aboutit à la conclusion selon laquelle il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et leur niveau de connaissance de la COVID-19.

Graphique 4 : Connaissance de la maladie selon le lieu de résidence



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le niveau de connaissance de la maladie varie en fonction du lieu de résidence. Ainsi, 9,9% des enquêtés de Port-Bouët présentent un bon niveau de connaissance alors qu'à Yopougon, Marcory et Bingerville, ce sont respectivement 47,1%, 45,4% et 35,6% des enquêtés qui présentent un tel niveau de connaissance.

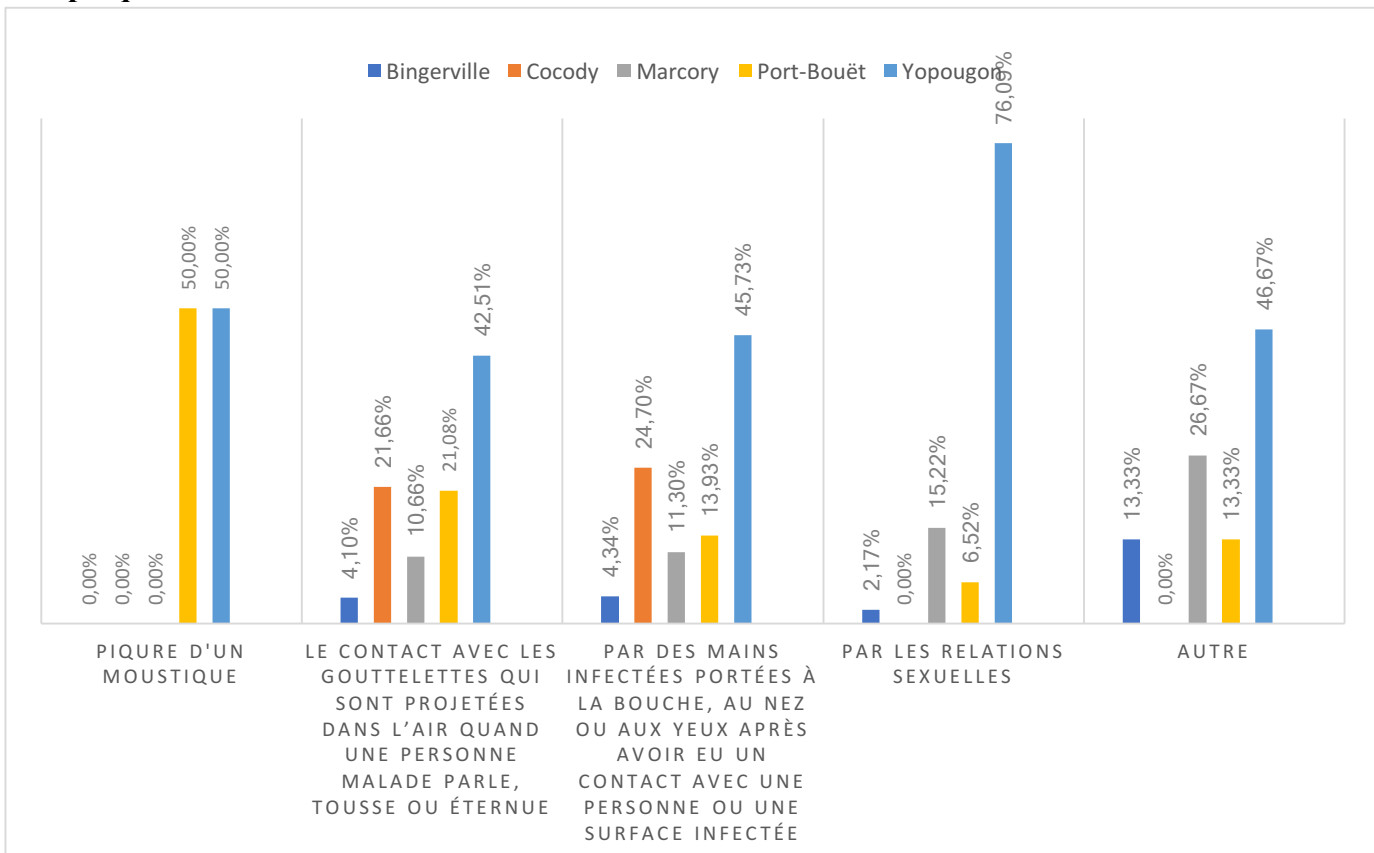
Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	204,502	8	,000
Rapport de vraisemblance	230,284	8	,000
Association linéaire par linéaire	19,761	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test Khi-deux de Pearson montre que le **coefficient p est de 0,000, inférieur à 0,05**. Cela permet de conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés et leur niveau de connaissance de la COVID-19.

Les voies de contraction de la COVID citées sont pour 90,66% des répondants le contact avec les gouttelettes qui sont projetées dans l'air quand une personne malade parle, tousse ou éternue et pour 80,79% par des mains infectées portées à la bouche, au nez ou aux yeux après avoir eu un contact avec une personne ou une surface infectée. On note que 4,88% des enquêtés pensent que les relations sexuelles sont des voies de contraction de la COVID-19. De même, 1,59% citent d'autres voies de contraction, notamment les contacts physiques (accolades, salutations par les mains, etc.). Le graphique suivant révèle que la connaissance des modes de contaminations varie selon le lieu de résidence des enquêtés.

Graphique 5 : Connaissance des modes de contamination de la maladie selon les communes



Source : Auteurs de l'étude, 2021

4.2. Canaux d'information sur la maladie

Les enquêtés ont été informés de l'existence de la COVID-19 au moyen de la télévision (67,09%), des réseaux sociaux (13,69%), des parents et amis (6,58%) et de la radio (3,29%).

Au vu des résultats obtenus, l'on remarque que les canaux d'information des enquêtés sont globalement diversifiés quel que soit le niveau d'étude. Cet état de fait constitue un point fort dans le cadre de la lutte contre la COVID-19.

Les résultats obtenus dressent le tableau d'une population largement orientée vers la télévision et dans une moindre mesure les réseaux sociaux en ce qui concerne l'accès aux informations.

La question de l'appropriation véritable des informations par les enquêtés peut dans ce sens être soulevée. En effet, les médias de masse présentent des limites importantes quand il s'agit d'apporter des informations spécifiques à des cibles particulières. Pourtant, c'est souvent ce type d'informations qui enclenchent les processus de mobilisation des populations en faveur des causes sanitaires.

Tableau 5 : Canaux d'information sur la COVID-19 (%)

Moyens de communication	Pourcentage
Télévision	77,18%
Radio	20,49%
Journaux papiers	9,55%
Média en ligne	19,00%
Réseaux sociaux numériques	49,04%
Communication interpersonnelle	24,31%
Les proches	21,66%
Guide religieux	7,22%
Travail/école	11,25%
Autres	1,91%

Source : Auteurs de l'étude, 2021

On retrouve comme médias nationaux pour l'information les chaînes de la télévision nationale (RTI1, RTI2 et RTI3) qui sont des canaux dédiés pour assurer la communication par les pouvoirs publics avec 60,08% et de la radio nationale avec 3,72% (Radio Côte d'Ivoire, Fréquence 2), auxquelles s'ajoutent certaines chaînes de la TNT (NCI, Life TV et A+Ivoire) avec 3,61%. Les réseaux sociaux (en particulier Facebook), le quotidien Fraternité Matin de même que les chaînes de radio Al Bayane et Nostalgie sont des sources d'information citées par les populations.

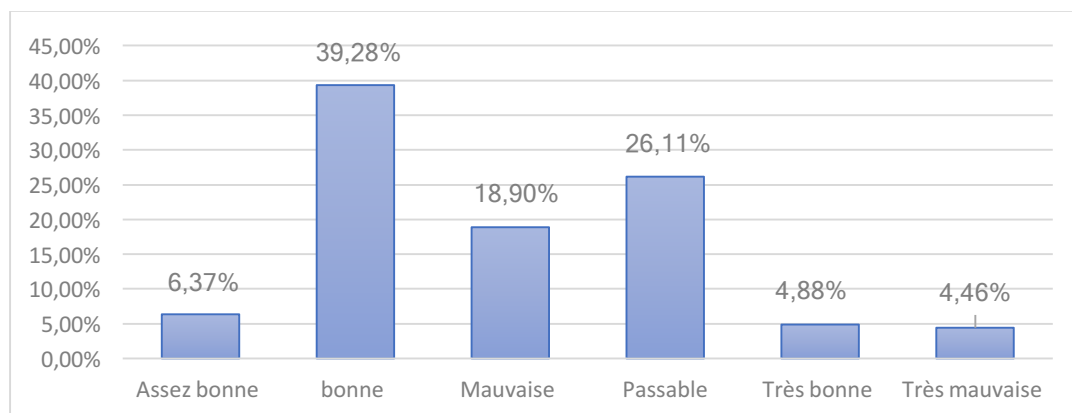
Au niveau des médias internationaux, la chaîne de télévision française France 24 est la source la plus utilisée avec 44,69% de la population suivie de la radio française RFI avec 10,83%. Hormis ces deux supports, les populations ont pu énumérer TV5 (3,40%), Africa 24 (2,65%), TF1 (1,91%), Canal+, BBC, Vox Africa, Business 24, Afrique Média...

En somme, la télévision est de loin le média privilégié d'information du public sur la COVID-19, avec en tête la télévision nationale (2 personnes sur trois) et France 24 (près d'une personne sur 2). La radio et la presse écrite jouent un rôle marginal avec souvent moins d'une personne sur 20.

4.3. Efficacité de la communication sur la COVID-19

La moitié de la population (50,53%) considère la communication publique sur la COVID-19 au moins assez bonne (Très bonne 4,88%, Assez-bonne, 6,37% et Bonne, 39,28%) alors que les autres la trouvent plutôt médiocre et mauvaise : 26,11% passable et 23,36% mauvaise.

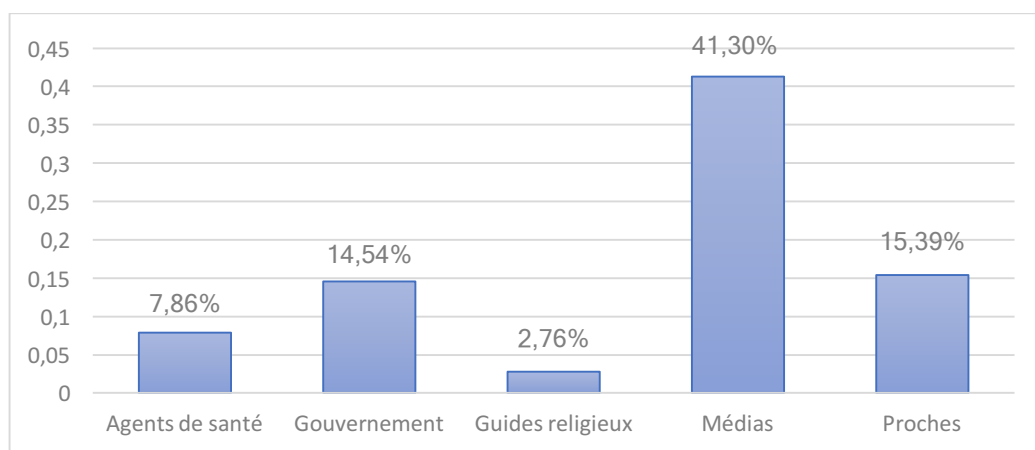
Graphique 6 : Opinion sur la communication publique sur la COVID-19



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Pour s'informer sur la COVID-19, 41,30% des répondants font confiance aux médias (médias nationaux et internationaux, réseaux sociaux), 15,39% préfèrent leurs proches (amis, familles, voisins, entourag), 14,54% le gouvernement, 7,86% les agents de santé et 2,76% les guides religieux.

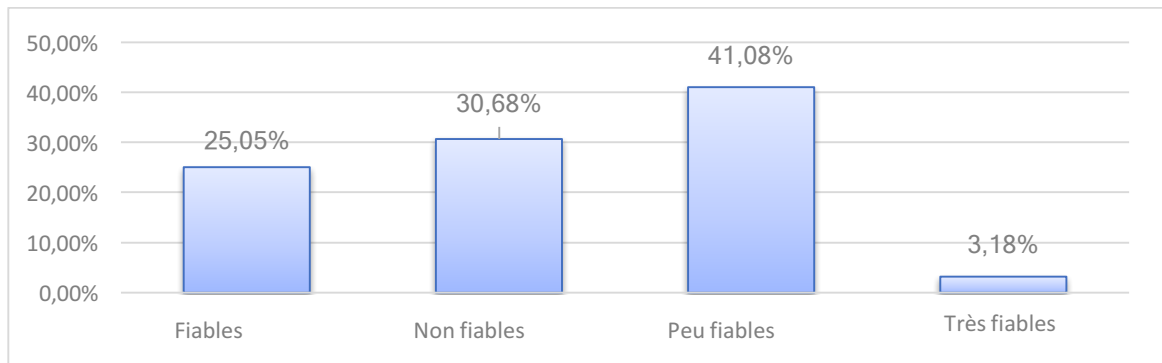
Graphique 7 : Sources d'informations de confiance sur la COVID-19



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Cela pourrait expliquer le jugement peu fiable des informations sur la COVID-19 qui circulent sur les réseaux sociaux par 41,08% de la population, et non fiable par 30,68% de la population.

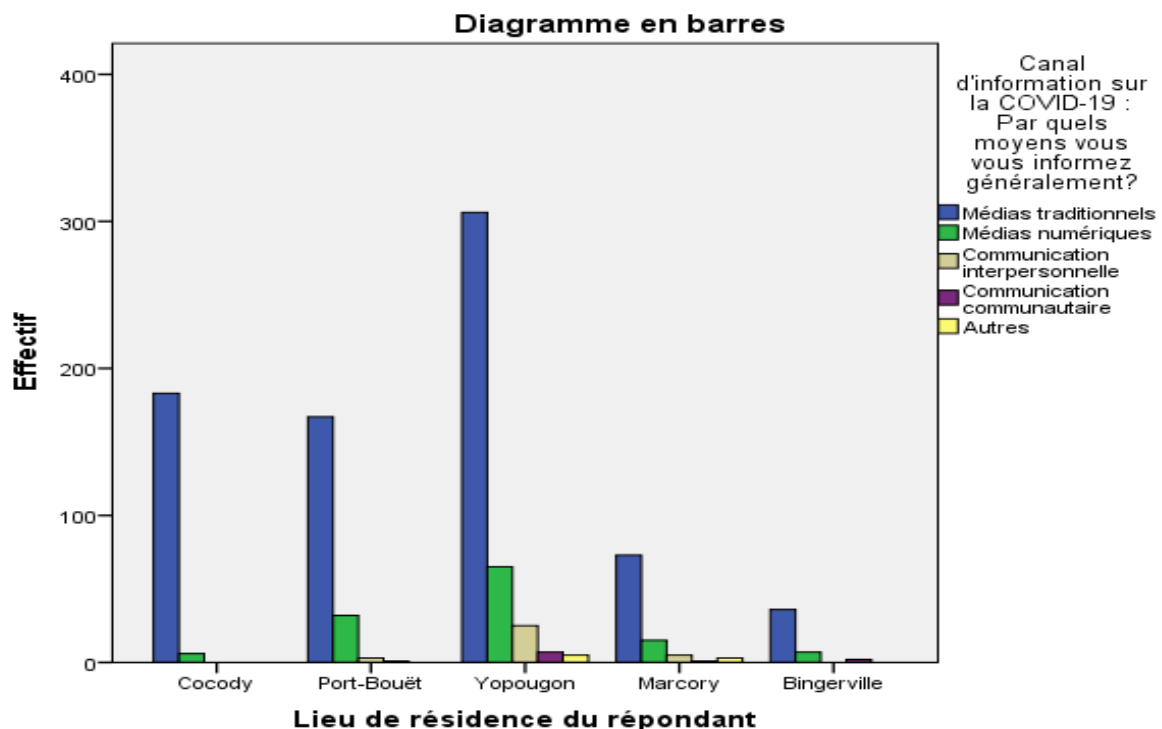
Graphique 8 : Jugement des informations sur la COVID-19 issues des réseaux sociaux



Source : Auteurs de l'étude, 2021

En termes de gestion des rumeurs, la population y semble très peu sensible. En effet, 78,98% de la population pensent que la maladie peut être contractée par tout le monde indépendamment de son âge, de son pays d'origine et de sa catégorie sociale. Seulement 13,80% de la population pensent que la COVID-19 est un virus créé pour réduire la population mondiale. Les canaux d'information utilisés ne varient pas selon le sexe mais selon la résidence (Yopougon et Bingerville utilisent moins la télévision que les autres communes), selon l'âge et le niveau d'instruction.

Graphique 9 : Canaux d'information sur la maladie selon le lieu d'habitation



Source : Auteurs de l'étude, 2021

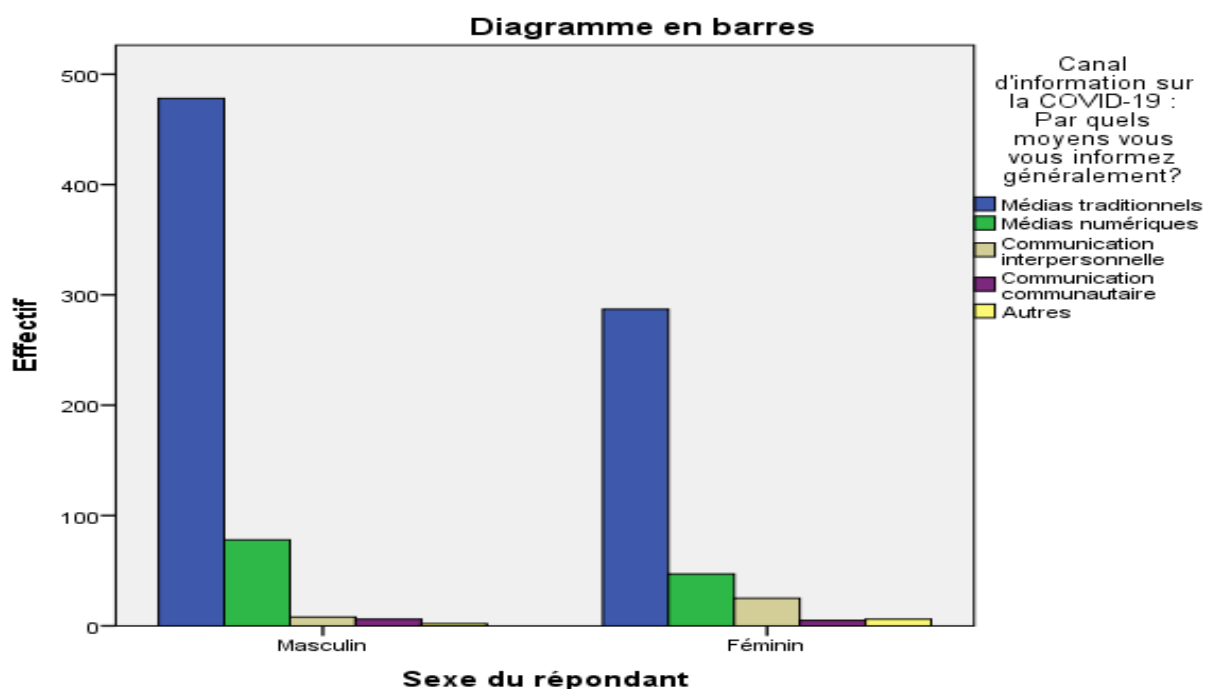
Les médias classiques restent partout les principaux canaux d'information des populations sur la COVID-19 quand les médias numériques connaissent un usage disparate. Par exemple, 96,8% des enquêtés de Cocody s'informent par le biais des médias traditionnels et 3,2% par les médias numériques. À Port-Bouët, 82,3% des enquêtés ont recours aux médias traditionnels et 15,8% ont recours aux médias numériques. À Yopougon, 75% des enquêtés utilisent les médias traditionnels et 15,9% utilisent les médias numériques. A Marcory, 75,3% des enquêtés ont recours aux médias traditionnels et 15,5% s'informent principalement par les médias numériques. 80% des enquêtés de Bingerville utilisent les médias traditionnels et 15,6% les médias numériques. Globalement, il ressort de l'étude un faible usage des canaux d'information tels que la communication interpersonnelle et la communication communautaire dont les pourcentages d'utilisation les plus élevés dans l'enquête sont respectivement de 6,1% et de 4,4%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	63,938	16	,000
Rapport de vraisemblance	79,060	16	,000
Association linéaire par linéaire	30,561	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient **p** étant de **0,000**, donc inférieur à **0,05**, il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés sur ce point.

Graphique 10 : Canaux d'information selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

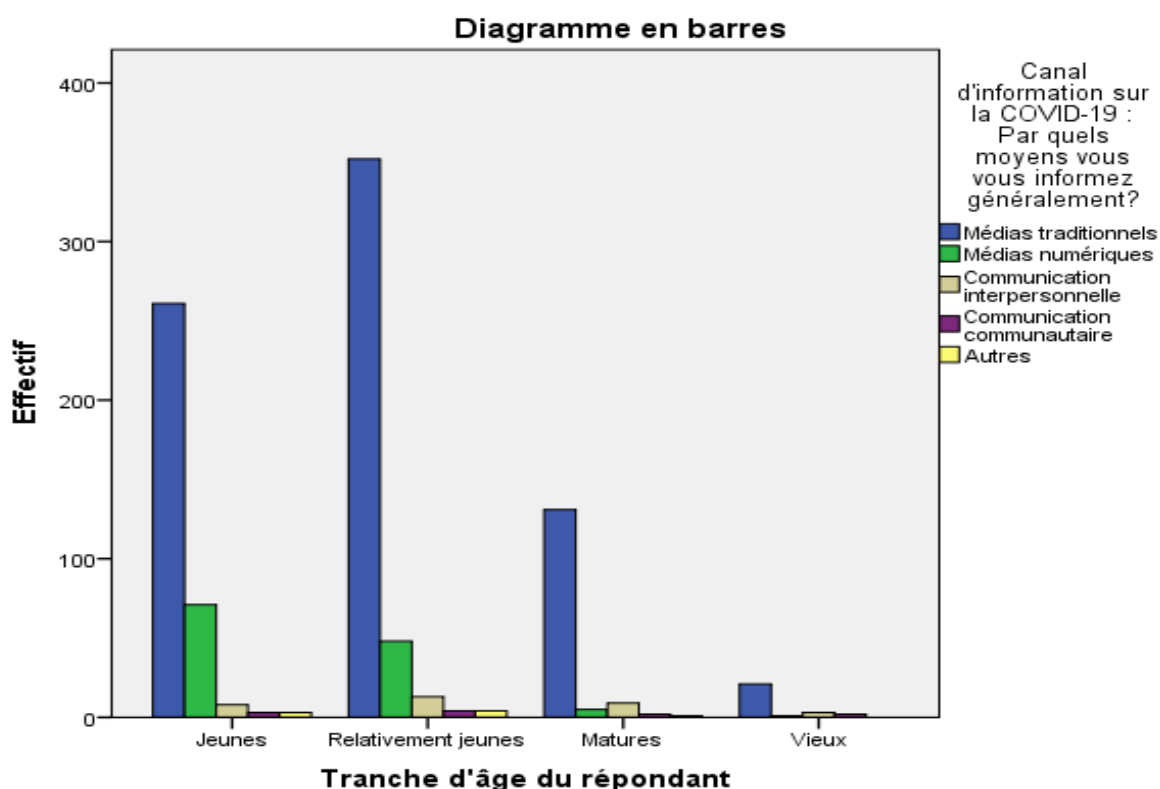
Les enquêtés de sexe masculin utilisent les médias traditionnels, les médias numériques, la communication interpersonnelle et la communication communautaire dans les proportions respectives de 83,6%, 13,6%, 1,4% et 1% des enquêtés. Pour leur part, les enquêtés de sexe féminin utilisent lesdits médias dans les proportions suivantes 77,6%, 12,7%, 6,8% et 1,4%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	24,012	4	,000
Rapport de vraisemblance	23,687	4	,000
Association linéaire par linéaire	12,699	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient p est de 0,000, inférieur à 0,05. Le test de khi-deux permet de conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe des enquêtés et leurs principaux canaux d'information sur la COVID-19.

Graphique 11 : Canaux d'information selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Les enquêtés jeunes ont recours aux médias traditionnels, médias numériques à la communication interpersonnelle et à la communication communautaire dans les proportions suivantes 75,4%, 20,5%, 2,3% et 0,9%. Ceux relativement jeunes y ont recours dans les proportions qui suivent 83,6%, 11,4%,

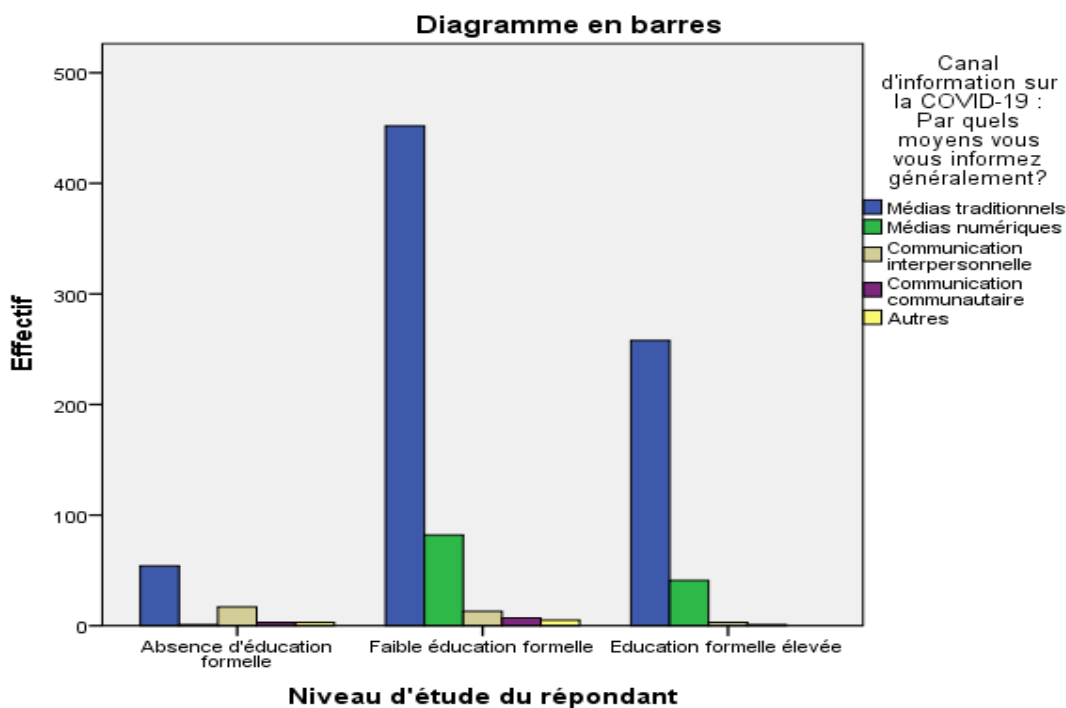
3,1% et 1%. Les enquêtés matures pour leur part utilisent principalement lesdits médias pour s'informer respectivement à 88,5%, 3,4%, 6,1% et 1,4%. En ce qui concerne les enquêtés vieux, ils y ont recours dans les proportions respectives qui suivent 81,2%, 13,3%, 3,5% et 1,2%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	49,015	12	,000
Rapport de vraisemblance	45,865	12	,000
Association linéaire par linéaire	,381	1	,537
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient p est de 0,000, inférieur à 0,05. On peut donc affirmer, selon le test de khi-deux, qu'il existe une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des enquêtés et leurs principaux canaux d'information sur la COVID-19.

Graphique 12 : Canaux d'information selon le niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

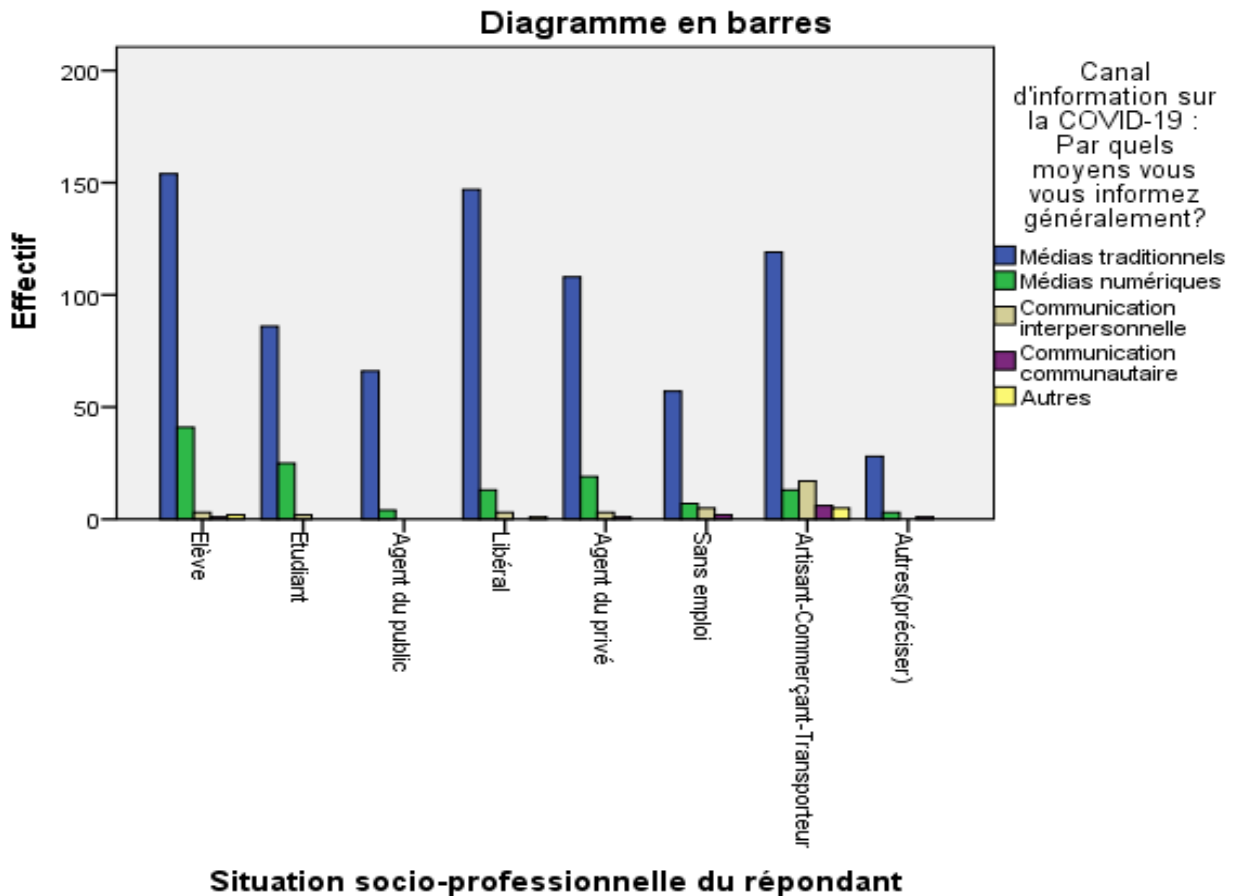
Les enquêtés de l'étude avec une absence d'éducation formelle utilisent les médias traditionnels, les médias numériques, la communication interpersonnelle et la communication communautaire dans les proportions suivantes 69,2%, 1,3%, 21,8% et 3,8%. Ceux avec une faible éducation formelle utilisent lesdits médias dans les proportions suivantes 80,9%, 14,7%, 2,3% et 1,3%. Enfin, les enquêtés disposant d'une éducation formelle élevée ont recours aux médias suscités dans les proportions 80,9%, 14,7%, 2,3% et 1,3%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	110,745	8	,000
Rapport de vraisemblance	75,746	8	,000
Association linéaire par linéaire	31,170	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient **p** est de **0,000**, inférieur à **0,05**. De ce fait, il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et leurs principaux canaux d'information sur la COVID-19.

Graphique 13 : Canaux d'information selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Pour toutes les catégories socioprofessionnelles, les médias traditionnels et les médias numériques sont les plus utilisés par les enquêtés pour s'informer sur la COVID-19. Par exemple, les pourcentages d'usage de ces médias sont respectivement de 76,6% et 20,4% chez les élèves ou encore de 82,4% et 14,5% chez les agents du privé. A l'inverse, la communication interpersonnelle et la communication communautaire sont peu utilisées dans toutes les catégories socioprofessionnelles. À titre indicatif,

seuls 2,3% des agents du privé ont été informés sur la COVID-19 par le biais de la communication interpersonnelle et 0,8% par la communication communautaire.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	94,878	28	,000
Rapport de vraisemblance	90,224	28	,000
Association linéaire par linéaire	7,181	1	,007
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient p étant de 0,000 et donc inférieur à 0,05, la différence entre la catégorie socioprofessionnelle des enquêtés et leurs principaux canaux d'information sur la COVID-19 est statistiquement significative.

4.4. Le respect des mesures barrières comme changement de comportement

Des mesures barrières ont été prescrites, par l'OMS, pour éviter de contracter la maladie. Les autorités, dans l'ensemble du pays, les imposent comme mode de riposte contre la pandémie. Ces dites mesures sont les suivantes :

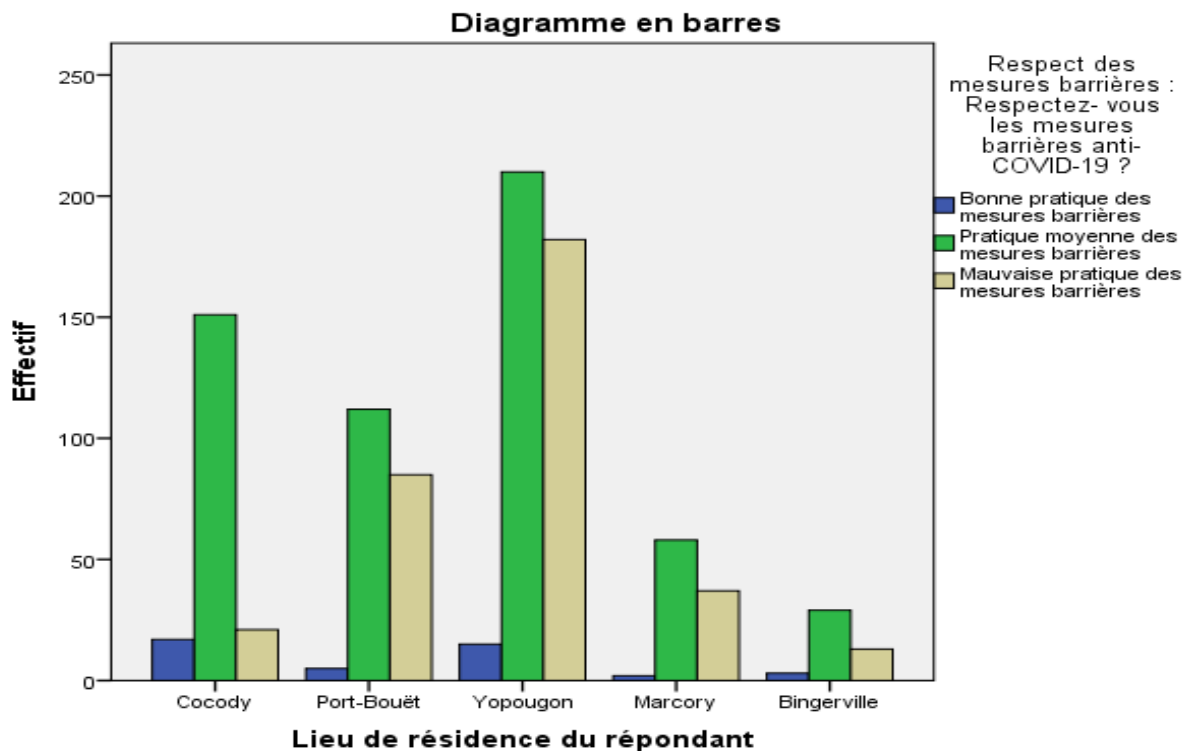
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir à usage unique, le jeter après chaque utilisation.
- Saluer sans se serrer la main.
- Éviter les accolades et les embrassades.
- Éviter de manipuler ou de consommer de la viande de brousse.
- Éviter les rassemblements et respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes partout où vous vous trouvez.
- Éviter les déplacements non indispensables

4.4.1. Niveau de respect des mesures barrières

Selon les enquêtés, les mesures barrières que la population respecte sont les suivantes, par ordre décroissant : port du masque (91,9%), gel (43,5%), lavage des mains (43,3%), toussotement dans le pli du coude (23,1%), distanciation (19%) et le fait de rester à la maison (1,8%).

Les graphiques qui suivent montrent le taux de respect de ces mesures barrières selon le lieu d'habitation, le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'instruction et la catégorie socioprofessionnelle.

Graphique 14 : Lieu de résidence et respect des mesures barrières



Source : Auteurs de l'étude, 2021

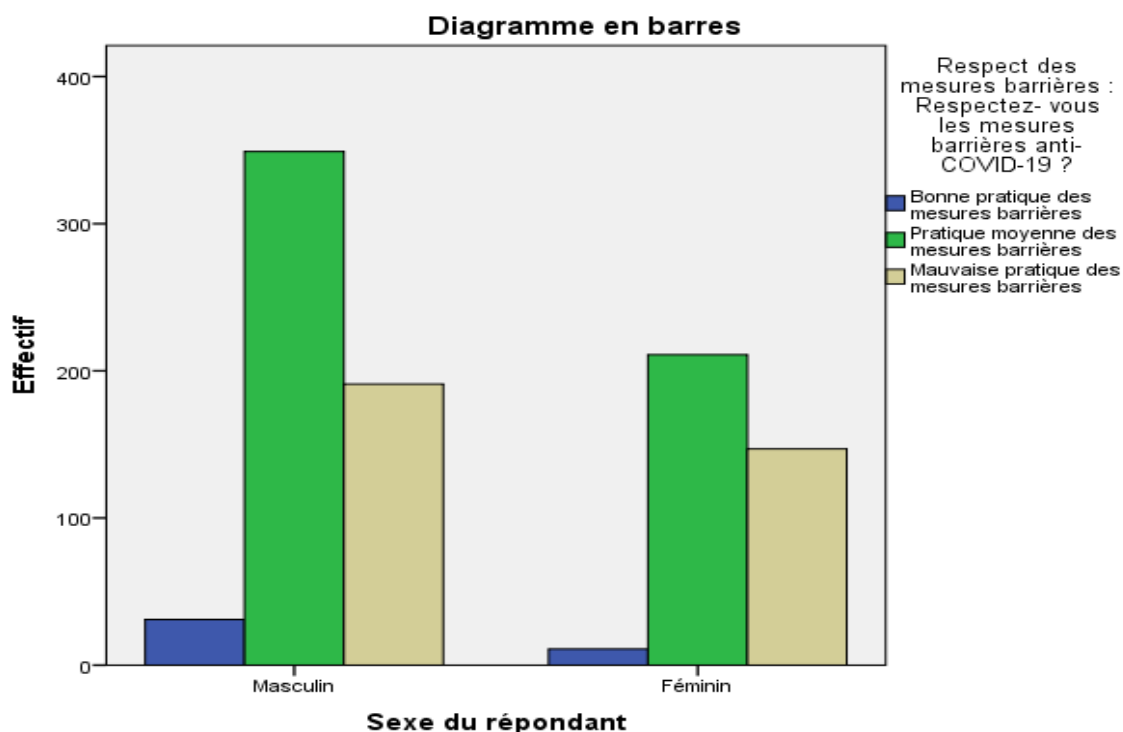
Dans les communes de Cocody, Port-Bouët, Yopougon et Bingerville, ce sont respectivement 9%, 2,5%, 3,7% et 2,1% des enquêtés qui ont une bonne pratique des mesures barrières. Par ailleurs, les enquêtés desdites communes ont une pratique moyenne des mesures barrières dans les proportions suivantes : Cocody (79,9%), Port-Bouët (55,4%), Yopougon (51,6%) et Bingerville (59,8%) des enquêtés qui présentent une pratique moyenne des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	74,963	8	,000
Rapport de vraisemblance	84,001	8	,000
Association linéaire par linéaire	25,186	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05** l'on peut affirmer qu'il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés et le respect des mesures barrières.

Graphique 15 : Répartition par sexe et respect des mesures barrières



Source : Auteurs de l'étude, 2021

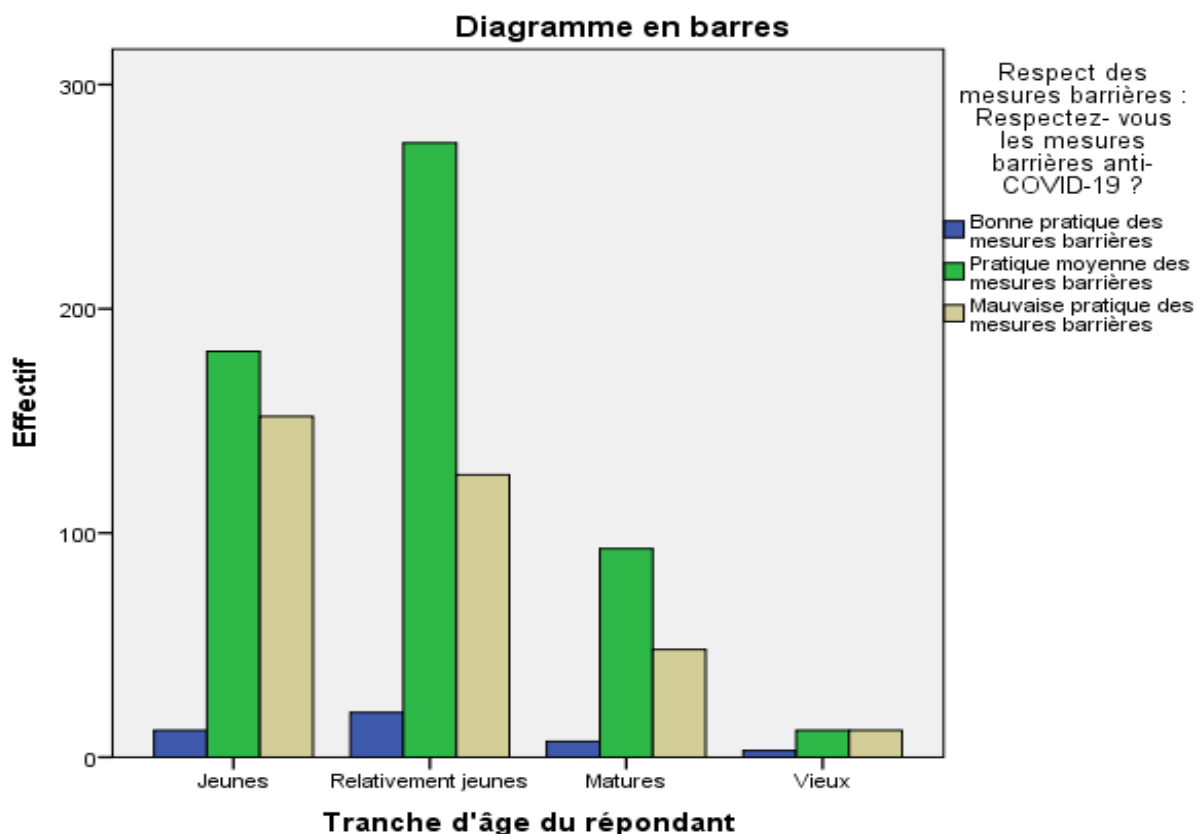
L'enquête met en évidence le fait que 5,4% des enquêtés de sexe masculin et 3% de ceux du sexe féminin présentent une bonne pratique des mesures barrières. Par ailleurs, 61,1% des enquêtés de sexe masculin et 57,2% de ceux du sexe féminin présentent une pratique moyenne des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,133	2	,047
Rapport de vraisemblance	6,276	2	,043
Association linéaire par linéaire	5,729	1	,017
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p** est de **0,047 inférieur à 0,05**, il existe une différence statistiquement significative entre le sexe des enquêtés et le respect des mesures barrières.

Graphique 16 : Le respect des mesures barrières et la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

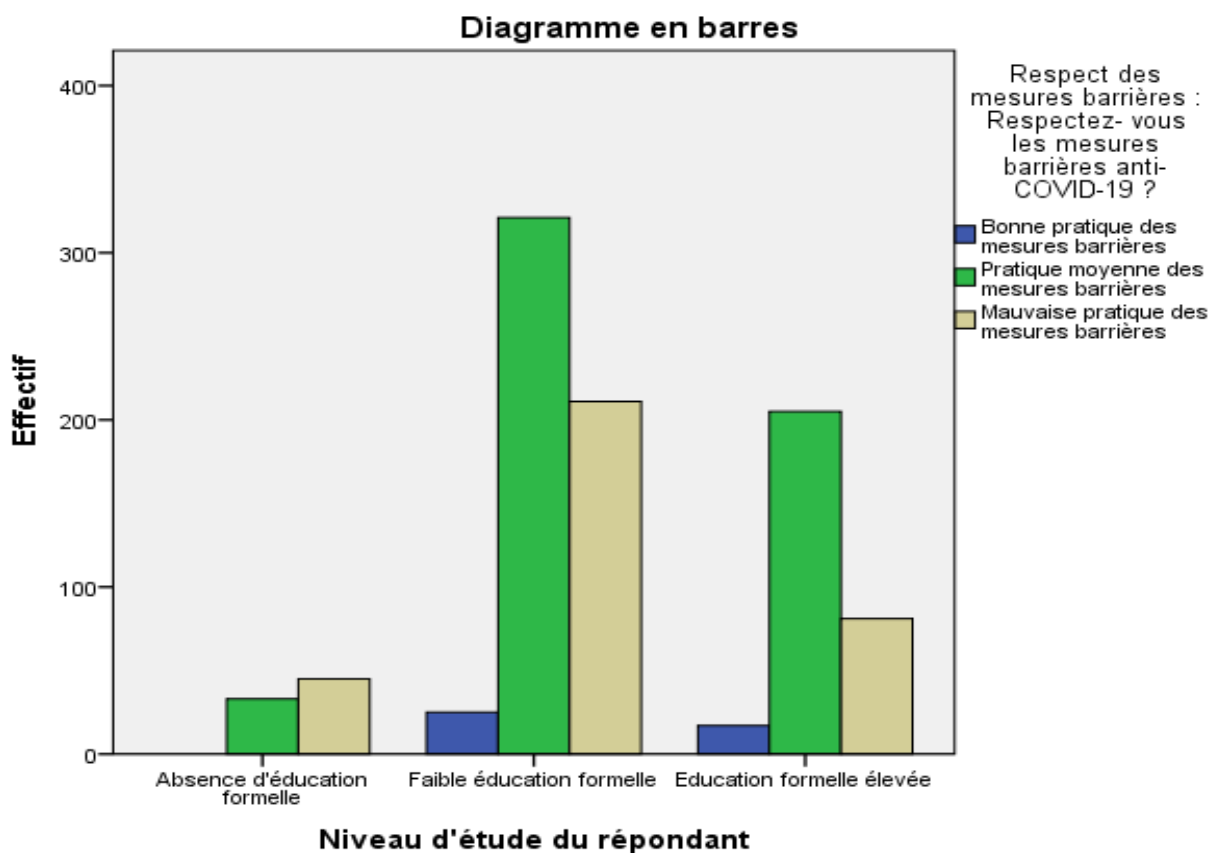
Il apparaît que seulement les proportions d'enquêtés jeunes, relativement jeunes, matures et vieux présentant une bonne pratique des mesures barrières sont faibles. Elles apparaissent dans les proportions suivantes : 3,5%, 4,8%, 4,7% et 11,1%. Par ailleurs, ce sont respectivement 52,5%, 65,2%, 62,8% et 44,4% des enquêtés ci-dessus identifiés qui présentent une pratique moyenne des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	21,512	6	,001
Rapport de vraisemblance	20,741	6	,002
Association linéaire par linéaire	7,313	1	,007
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Selon le test de khi-deux le coefficient **p est de 0,001 inférieur à 0,05**. Donc, il existe une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des enquêtés et leur respect des mesures barrières.

Graphique 17 : Niveau d'étude de la population et respect des mesures barrières



Source : Auteurs de l'étude, 2021

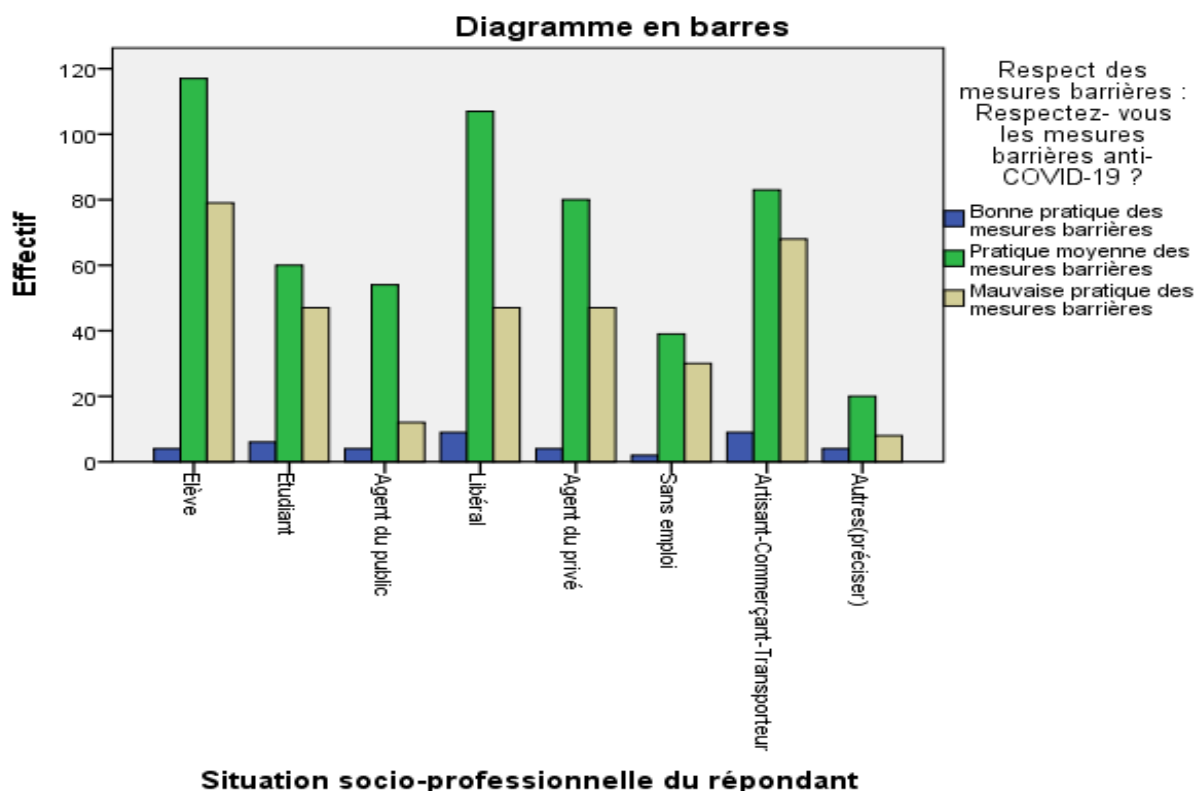
Quel que soit le niveau d'étude, les pourcentages d'enquêtés respectant les mesures barrières sont bas. Ainsi, 0% des enquêtés sans éducation formelle, 4,5% de ceux avec une faible éducation formelle et 5,6% de ceux avec une éducation formelle élevée affichent une bonne pratique des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	29,945	4	,000
Rapport de vraisemblance	32,760	4	,000
Association linéaire par linéaire	26,821	1	,000
Nombre d'observations valides	938		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. On peut donc retenir qu'il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et leur respect des mesures barrières.

Graphique 18 : Le respect des mesures barrières et la catégorie socio professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

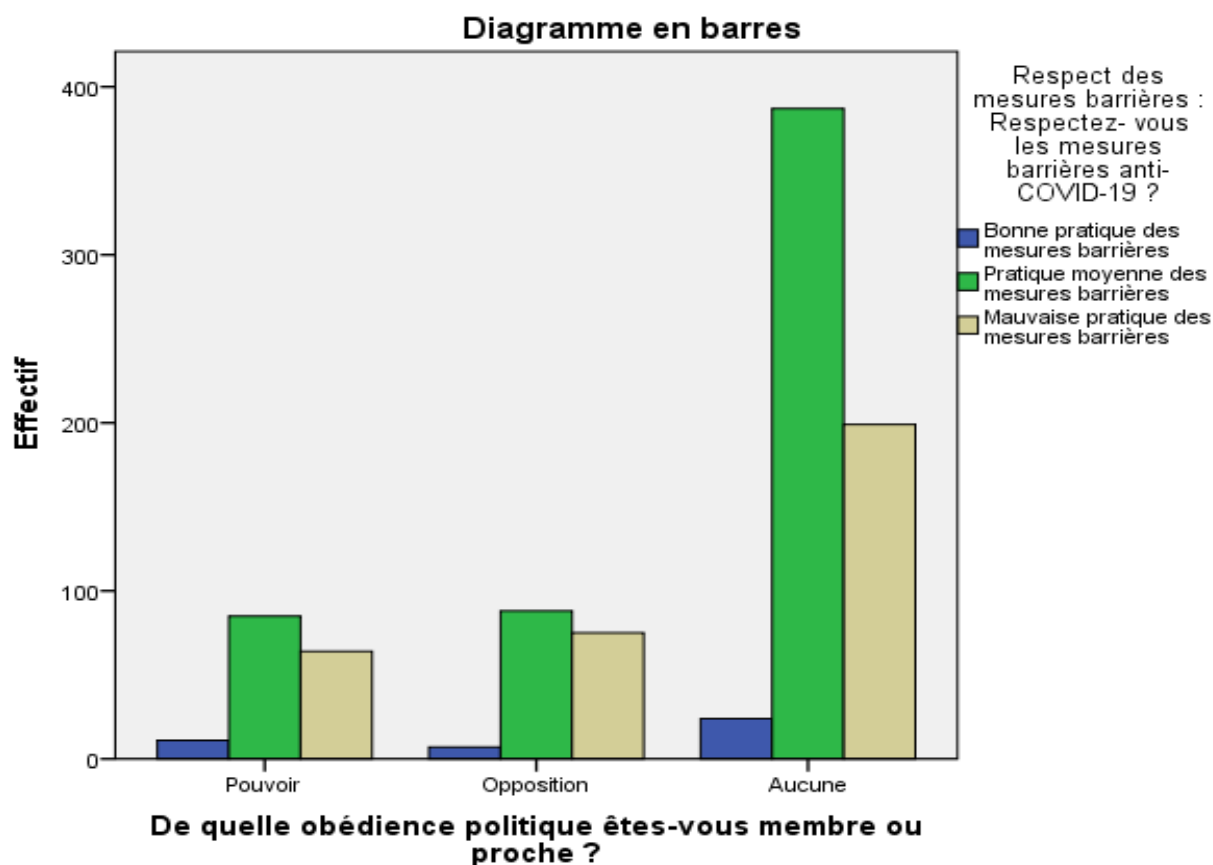
Une minorité d'enquêtés affirme avoir une bonne pratique des mesures barrières dans toutes les catégories socioprofessionnelles identifiées. Par exemple, 9,5% des élèves, 14,3% des étudiants, 9,5% des agents du public, 21,4% des enquêtés de profession libérale, 9,5% des agents du privé, 4,8% des sans-emplois et 21,4% des artisans-commerçants-transporteurs ont une bonne pratique des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	31,730	14	,004
Rapport de vraisemblance	32,476	14	,003
Association linéaire par linéaire	,233	1	,629
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,004 inférieur à 0,05**. L'on conclut alors qu'il existe une différence statistiquement significative entre la situation socio-professionnelle des enquêtés et leur respect des mesures barrières.

Graphique 19 : Taux de respect des mesures barrières selon l'obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

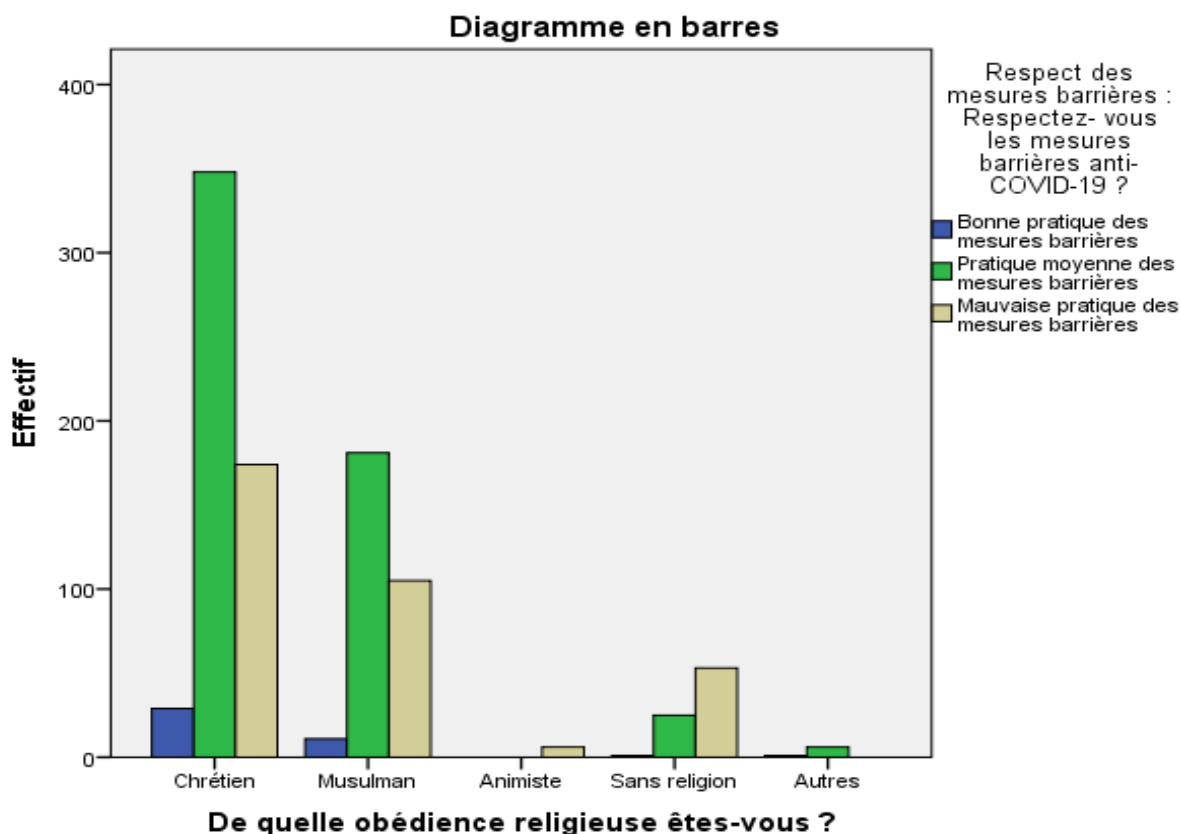
Globalement, peu d'enquêtés présentent une bonne pratique des mesures barrières quel que soit leur positionnement sur le plan politique. Ainsi, ce sont seulement 6,9% des enquêtés affirmant être proches du pouvoir, 4,1% de ceux déclarant être proches de l'opposition et 3,9% des enquêtés ne présentant aucune obédience politique qui affichent une bonne pratique des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	12,661	4	,013
Rapport de vraisemblance	12,296	4	,015
Association linéaire par linéaire	2,292	1	,130
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,013 inférieur à 0,05**. À la suite du test, l'on retient qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience politique des enquêtés et leur respect des mesures barrières.

Graphique 20 : Taux de respect des mesures barrières selon l'obédience religieuse



Source : Auteurs de l'étude, 2021

La proportion d'enquêtés disposant d'une bonne pratique des mesures barrières varie mais reste très faible chez les enquêtés sans distinction d'obédience religieuse. Dans ce sens, 5,3% des chrétiens, 3,7% des musulmans et 0% des animistes ont une bonne pratique des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	54,382	8	,000
Rapport de vraisemblance	56,422	8	,000
Association linéaire par linéaire	24,624	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. L'on aboutit à la conclusion qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et leur respect des mesures barrières.

4.4.2. L'observation matérielle de l'application des mesures barrières

L'observation s'est faite dans les cinq communes retenues comme le champ de l'enquête dans le district d'Abidjan. Dans le cadre de la collecte des données sur la Communication pour la Changement

Social et Comportemental et éducation pour la santé dans la crise du COVID-19 en Côte d'Ivoire, après la collecte des données quantitatives par le biais d'une enquête par questionnaire, une observation a également faite dans la commune de Yopougon, Marcory, Cocody, Port-Bouët et Bingerville. Cette observation s'est déroulée dans la première moitié du mois de mai, précisément du samedi 1er au samedi 15 mai 2021. Six (6) différents milieux ont été choisis dans le cadre de cette observation, à savoir : les gares routières, les moyens de transport, les écoles, les maquis, les marchés, les mosquées et les rues.

Notons que les principaux éléments d'observation étaient : la variété des masques utilisés, les cadres ou lieux de non-respect des mesures barrières, l'interaction des utilisateurs et des non utilisateurs de masques, l'utilisation des gels savons pour les mains, le respect de la distanciation sociale et l'interaction entre les populations, l'identification des périodes propices au non-respect des mesures barrières, l'identification et la description des endroits à risques d'infection à la Covid-19, et la description des lieux de lutte contre la Covid-19. L'observation effectuée sur le terrain par des membres de l'équipe de recherche et des enquêteurs répartis dans les cinq communes retenues comme zone de l'étude a permis de relever six points.

1- Les mesures barrières ne sont pas respectées dans plusieurs endroits de la commune : les écoles, les marchés, les rues, les maquis, les restaurants, les arrêts de bus, les transports en commun, les gares routières. La distanciation physique et le lavage des mains ne sont pas également respectés.

2- La majorité de la population ne respecte pas le port du masque. Cette majorité stigmatise les autres. Par contre la minorité qui respecte cette mesure barrière encourage les autres à suivre son exemple afin de lutter contre cette maladie.

3- Il n'y a pas assez de dispositifs de lavage des mains. Dans les endroits où on en trouve le dispositif est exposé à titre figuratif car il n'est pas utilisable. Les gels mains sont plus correctement utilisés par la population dans les pharmacies, les grandes surfaces, les écoles, les églises et autres lieux de culte.

4- La distanciation sociale n'est pas respectée dans les gares, les marchés, les écoles les transports en commun, dans la rue, les maquis. Mais dans les banques, les pharmacies et certaines structures la distanciation sociale est respectée.

5- Nous avons constaté dans plusieurs quartiers tout au long de la journée que la population ne respecte pas le port du masque et les autres mesures barrières. Il y a un respect dans les lieux de cultes et certains endroits où les masques sont exigés tels que les banques.

6- Les risques de contaminations sont plus dans les transports en commun, les gares, les maquis, les écoles, certains lieux de cultes, dans la rue (moins d'un mètre entre les personnes, plusieurs rassemblements, dans les bus il y a plus de 50 personnes).

A titre d'illustration, nous livrons ci-dessous un échantillon de prises de vue faites sur le terrain dans le cadre de l'observation des changements de comportements du public.

Image 11 : Marché SIDECI de Yopougon



Source : Enquête, 12/05/2021, 10h45

Image 12 : Une église de Yopougon



Source : Enquête, 26/04/2021, 11h00

Image 13 : Fidèles musulmans à la mosquée, Marcory **Image 14 : Étudiants en cours, UFHB**



Source : Enquête, 20/04/2021, 13h40

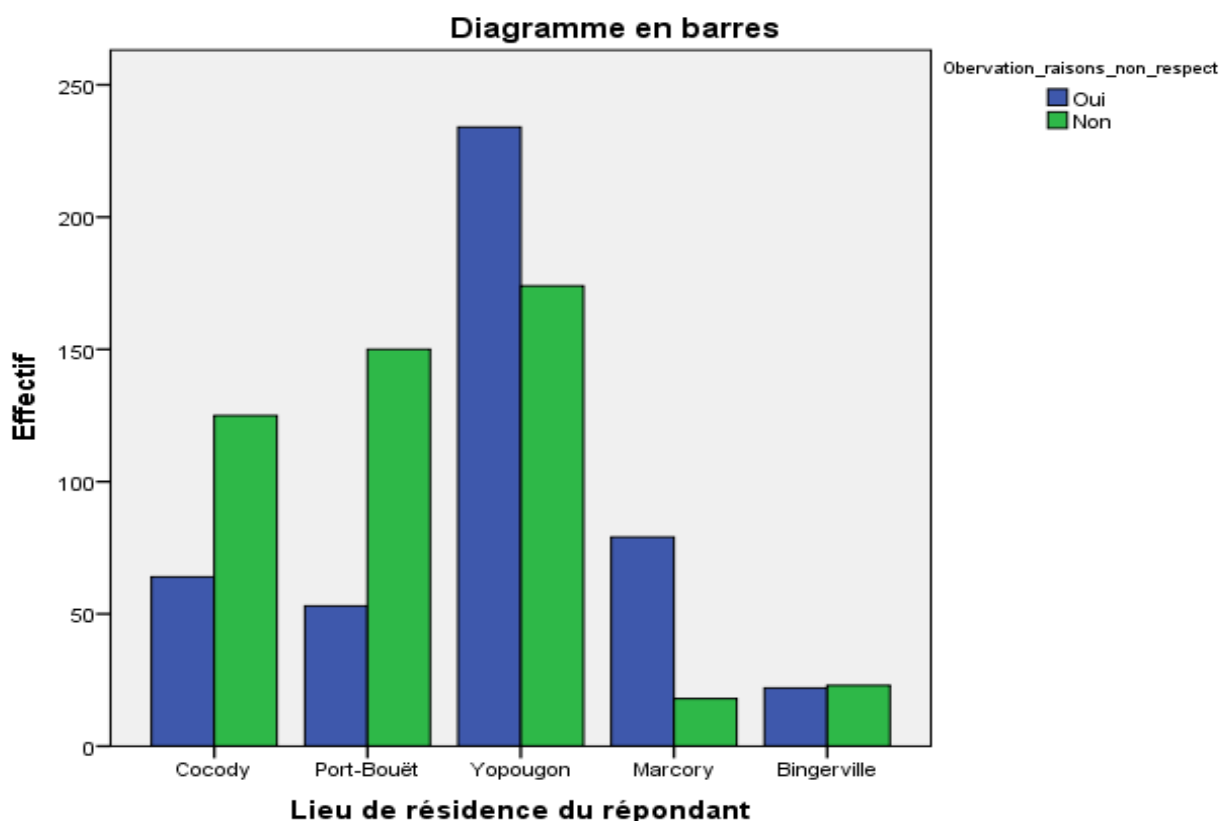


Source : Enquête, 19/05/2021, 10h

4.4.3. Raisons du non-respect des mesures barrières

Les populations interrogées ont évoqué des raisons de leur non-respect des mesures barrières. Elles sont présentées dans les illustrations ci-après.

Graphique 21 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le lieu de résidence



Source : Auteurs de l'étude, 2021

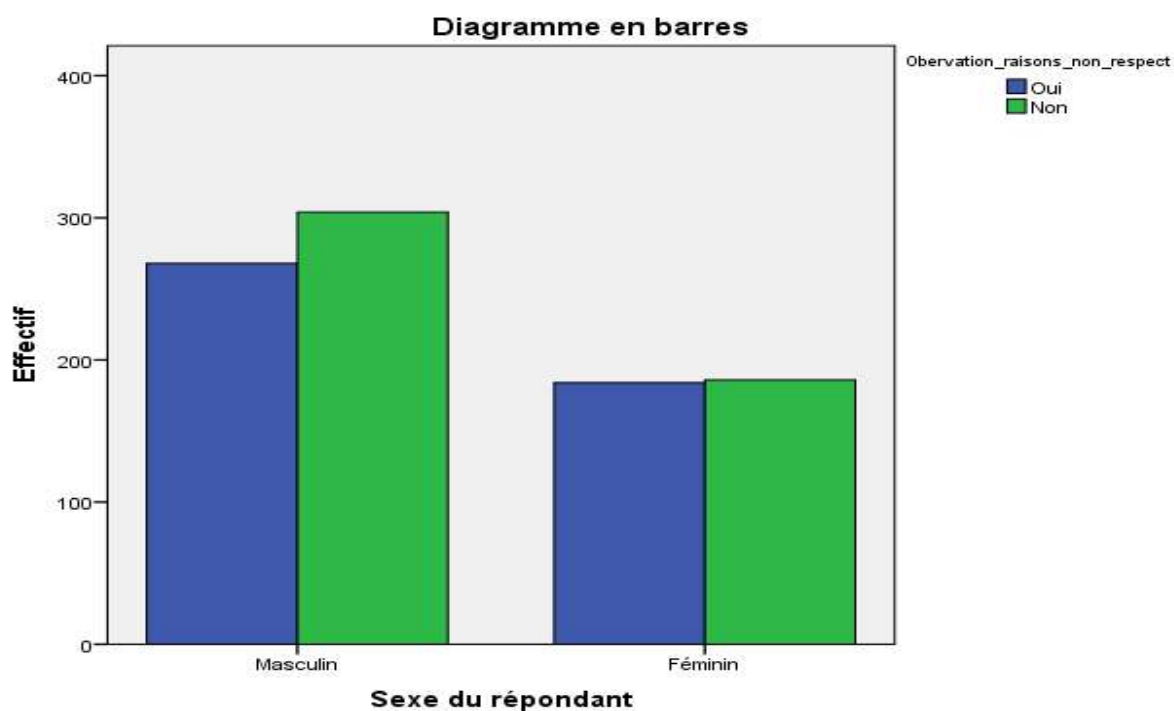
Globalement, l'illustration ci-dessus montre le croisement entre les raisons de non-respect des mesures barrières et le lieu de résidence des répondants. Il apparaît clairement que les répondants des communes de Yopougon (57,4%), de Marcory (81,4%) indiquent nettement qu'ils ont des raisons de non-respect des mesures barrières. Cependant, les répondants des communes Cocody (66,1%), de Port-Bouët (73,9%) et de Bingerville (51,1%) estiment qu'ils n'ont pas de raisons au non-respect des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	111,893	4	,000
Rapport de vraisemblance	117,090	4	,000
Association linéaire par linéaire	64,169	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Il apparaît que le coefficient **p est de 0,000, inférieur à 0,05**. À la suite du test, la conclusion est qu'il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés et les raisons de non-respect des mesures barrières.

Graphique 22 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

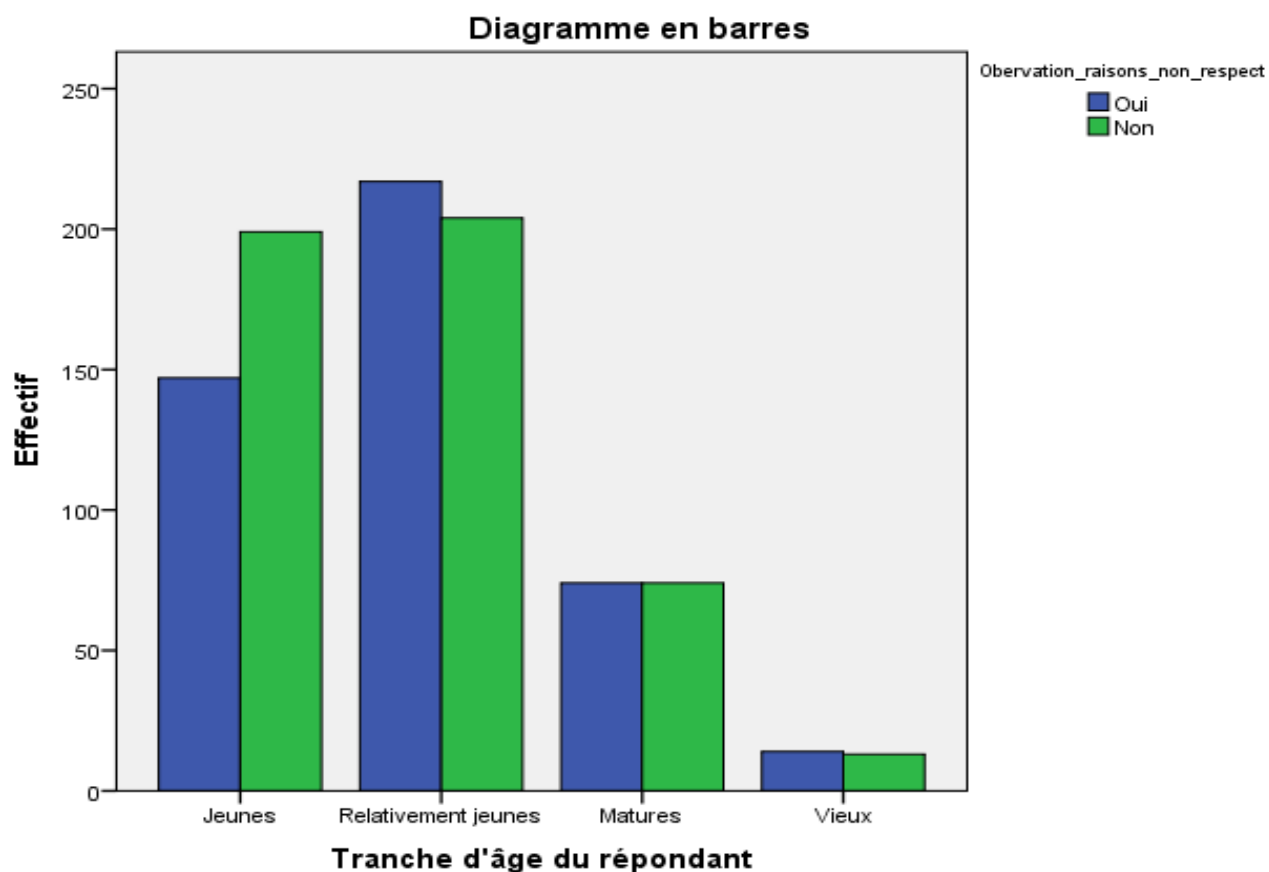
Globalement, on observe dans le croisement entre le sexe et les raisons de non-respect de mesures barrières, un quasi équilibre chez les femmes (49,7% pour le oui et 50,3% pour le non). Ce qui n'est pas le cas chez les répondants masculin (46,9% pour le oui et 53,1% pour le non). Ces derniers considèrent qu'ils n'ont majoritairement aucune raison de ne pas respecter les mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,745	1	,388
Correction pour la continuité	,634	1	,426
Rapport de vraisemblance	,745	1	,388
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	,744	1	,388
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. À la suite du test, l'on retient qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et les raisons de non-respect des mesures barrières.

Graphique 23 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

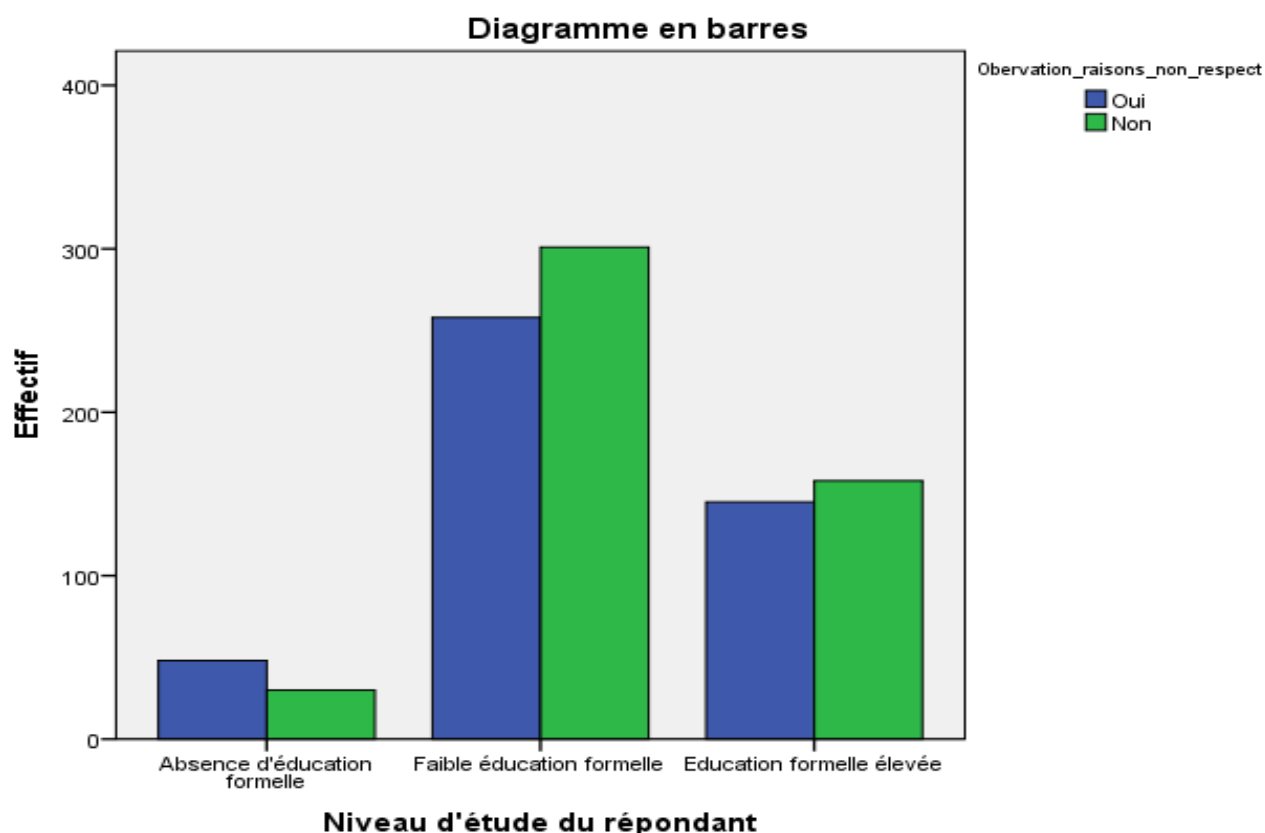
Deux grandes tendances apparaissent lorsqu'on croise les raisons du non-respect des mesures barrières et la tranche d'âge. Tandis que la tranche d'âge des matures (50%) et des vieux (51%) sont à l'équilibre sur les raisons de non-respect des mesures barrières, chez les plus jeunes (42,5%) en revanche ils disent ne pas avoir de raisons de non-respect des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,732	3	,081
Rapport de vraisemblance	6,750	3	,080
Association linéaire par linéaire	4,006	1	,045
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,081 supérieur à 0,05**. De ce fait, on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et les raisons de non-respect des mesures barrières.

Graphique 24 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon le niveau d’instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

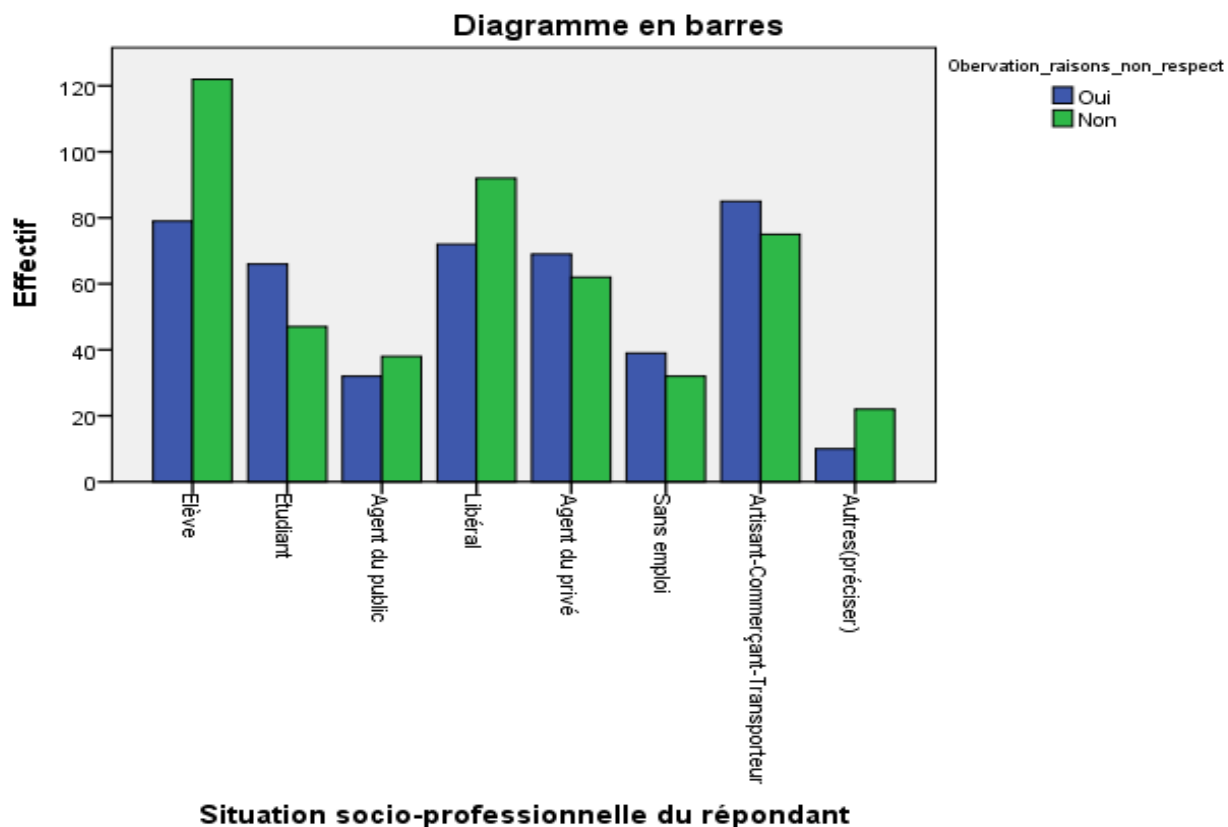
Selon les résultats qui apparaissent dans l'illustration ci-dessus, l'on note que les répondants ayant une absence d'éducation formelle (61,5%) déclarent avoir des raisons de non-respect des mesures barrières. Dans la catégorie des enquêtés ayant une faible éducation formelle (53,8%) et ceux ayant une éducation formelle élevée (52,1%), l'on observe plus de réponses négatives.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	6,494	2	,039
Rapport de vraisemblance	6,524	2	,038
Association linéaire par linéaire	1,467	1	,226
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,039 inférieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). Avec ce test, on remarque qu'il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et les raisons de non-respect des mesures barrières.

Graphique 25 : Raisons du non-respect des mesures barrières selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Dans les résultats présentés ci-dessus, l'observe que la catégorie socio-professionnelle des artisans-commerçants-transports (53,1%) évoque des raisons de non-respect des mesures barrières. Il en est de même chez les agents du privé (52,7%) et les sans emploi (54,9%).

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	20,036	7	,005
Rapport de vraisemblance	20,210	7	,005
Association linéaire par linéaire	2,099	1	,147
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,005 inférieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). À la suite du test de khi-deux, on peut alors faire remarquer qu'il existe une différence statistiquement significative entre la situation socio-professionnelle des enquêtés et les raisons de non-respect des mesures barrières.

4.4.4. Ce que les enquêtés pensent des mesures barrières

Les résultats de l'enquête montrent que les enquêtés de la commune de Cocody sont ceux qui croient le plus en l'efficacité des mesures barrières. Dans ce sens, 92,06% d'entre eux estiment que les mesures barrières sont efficaces contre la COVID-19. Par contre, les enquêtés de Yopougon affichent un taux sensiblement bas (70,34%) quant à la croyance en l'efficacité des mesures barrières. Ce taux est ainsi le deuxième plus faible dans cette enquête. Pourtant, la commune de Yopougon est une commune populaire et surpeuplée et l'on sait que la COVID-19 se propage dans les conditions de promiscuité. Dans ce sens, la croyance relativement basse des populations de Yopougon en efficacité desdites mesures peut constituer une faille dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

4.4.5. Efficacité des mesures

Le tableau ci-après présente l'appréciation de l'efficacité des mesures barrières par les populations.

Tableau 6 : Appréciation de l'efficacité des mesures barrières

Mesures barrières	Efficacité
Port du masque	77,28%
Respect de la distance d'un mètre	63,06%
Utilisation du gel	51,27%
Se laver les mains au savon	54,78%
Rester à la maison	37,79%
Tousser dans le pli du coude	44,59%
Autres	9,87%

Source : Auteurs de l'étude, 2021

L'appréciation de l'efficacité des mesures barrières est variable selon les enquêtés. Le port du masque est efficace aux yeux des populations à hauteur de 77,28%. Le respect de la distance d'un mètre, en tant que mesure barrière, obtient 63,06% auprès des populations de cette recherche. La mesure barrière qui semble la moins efficace, selon les enquêtés, est celle qui consiste à rester à la maison.

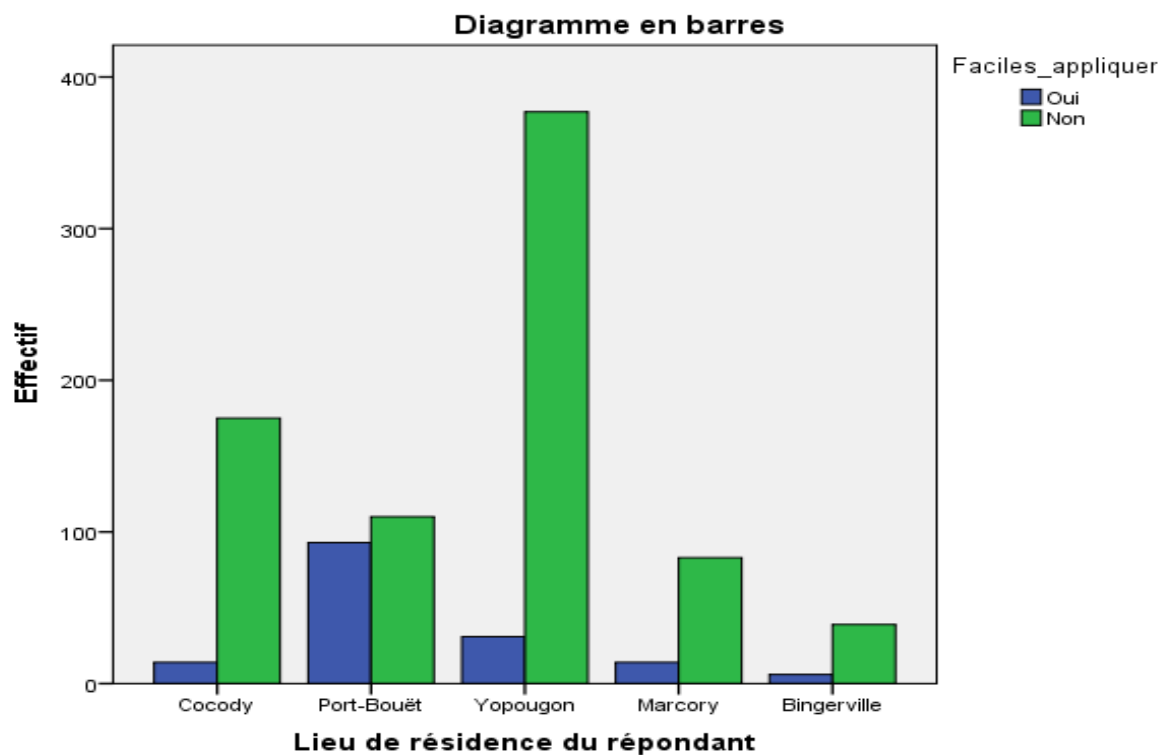
Il ressort de nos enquêtes que l'application des mesures barrières semble ne pas être aisée. Les enquêtés expliquent ce fait par les difficultés rencontrées qui sont d'ordre culturel, économique, physique. Aux dires des enquêtés, nous pouvons ajouter à ces difficultés une incrédulité d'une frange de la population quant à l'existence de la COVID-19. Par ailleurs, les enquêtés mentionnent le fait que les affirmations du président ivoirien (Cf. le journal français Le Point du 29/09/2020) tendant à relativiser la gravité de la COVID-19 ont favorisé un relâchement dans l'application des mesures barrières. Notons également que les enquêtés ont affirmé que les mesures barrières relativement appliquées dans les premiers moments de la maladie ont, par la suite, été moins appliquées par les populations. Par l'observation, nous avons constaté que la population utilise plus les masques jetables. Pour les écoles primaires, il y a plus de masques non jetables en tissu adaptés aux enfants. La

population en majorité ne porte pas de cache nez. Quelques personnes portent le masque mais pas correctement. Il est porté au menton en général de ce fait il n'y a pas de protection contre le virus.

4.4.6. Avis sur la facilité de mise en pratique des mesures barrières

La présente section montre l'avis des enquêtés sur la facilité d'application des mesures barrières en tenant compte de certaines caractéristiques sociodémographiques : lieu de résidence, sexe, âge, situation socioprofessionnelle, obédience religieuse et politique.

Graphique 26 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par lieu de résidence



Source : Auteurs de l'étude, 2021

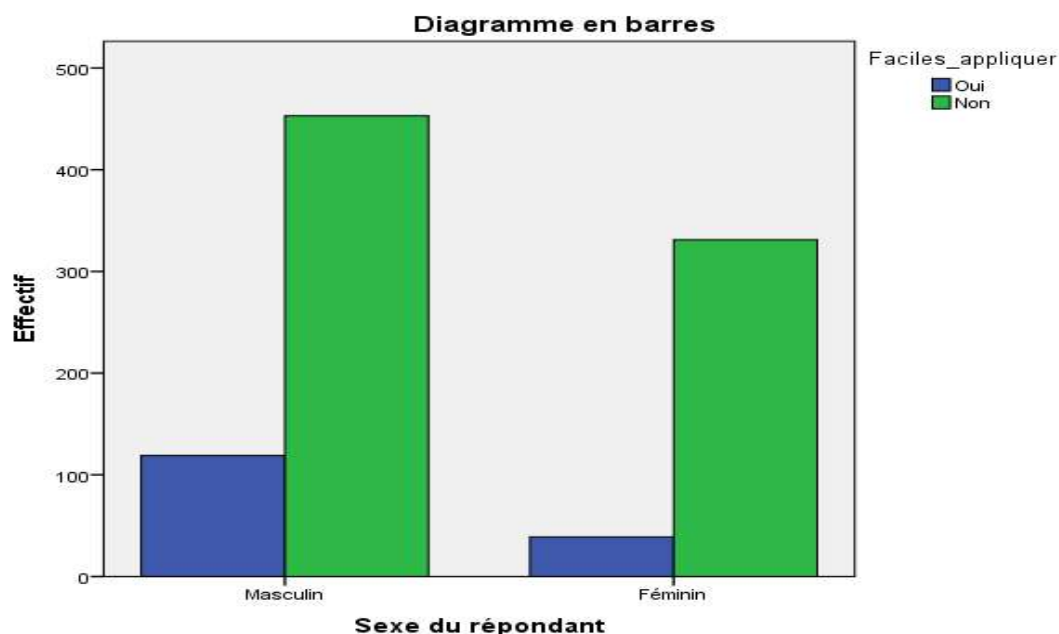
Selon le lieu de résidence, c'est chez les répondants des communes respectives de Yopougon (92,4%) et de Cocody (92,6%) que l'application des mesures barrières est la plus difficile. Par contre les répondants de la commune de Port-Bouët (54,2%) obtiennent un pourcentage relativement élevé sur l'application facile de ces mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	159,876	4	,000
Rapport de vraisemblance	137,477	4	,000
Association linéaire par linéaire	5,585	1	,018
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. À la suite du test de khi-deux, l'on peut conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés et leur avis sur l'application facile des mesures barrières.

Graphique 27 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

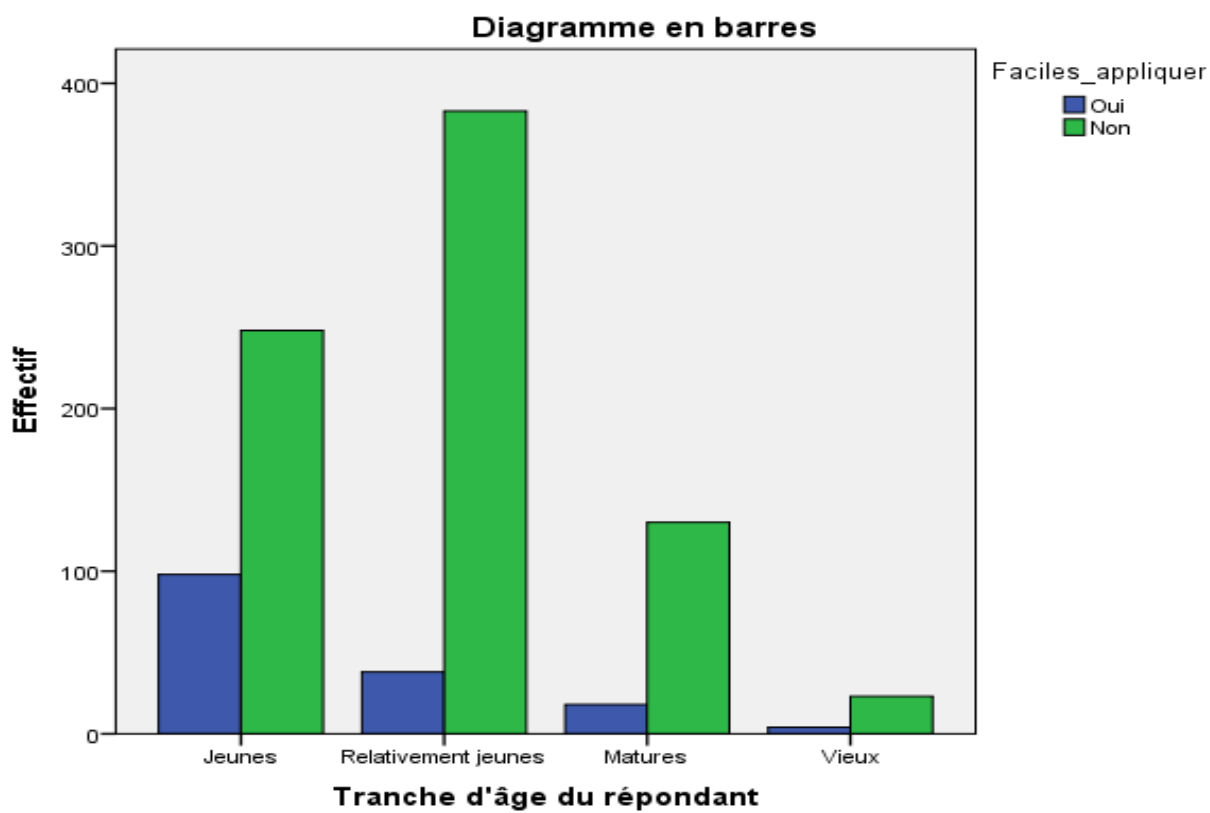
Globalement, le diagramme ci-dessus montre que les hommes (20,8%), plus que les femmes (10,5%), ont un avis favorable sur la facilité d'application des mesures barrières.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,954	1	,000
Correction pour la continuité	16,227	1	,000
Rapport de vraisemblance	17,851	1	,000
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	16,936	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Suite au test, l'on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe des enquêtés et leur avis sur l'application facile des mesures barrières.

Graphique 28 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

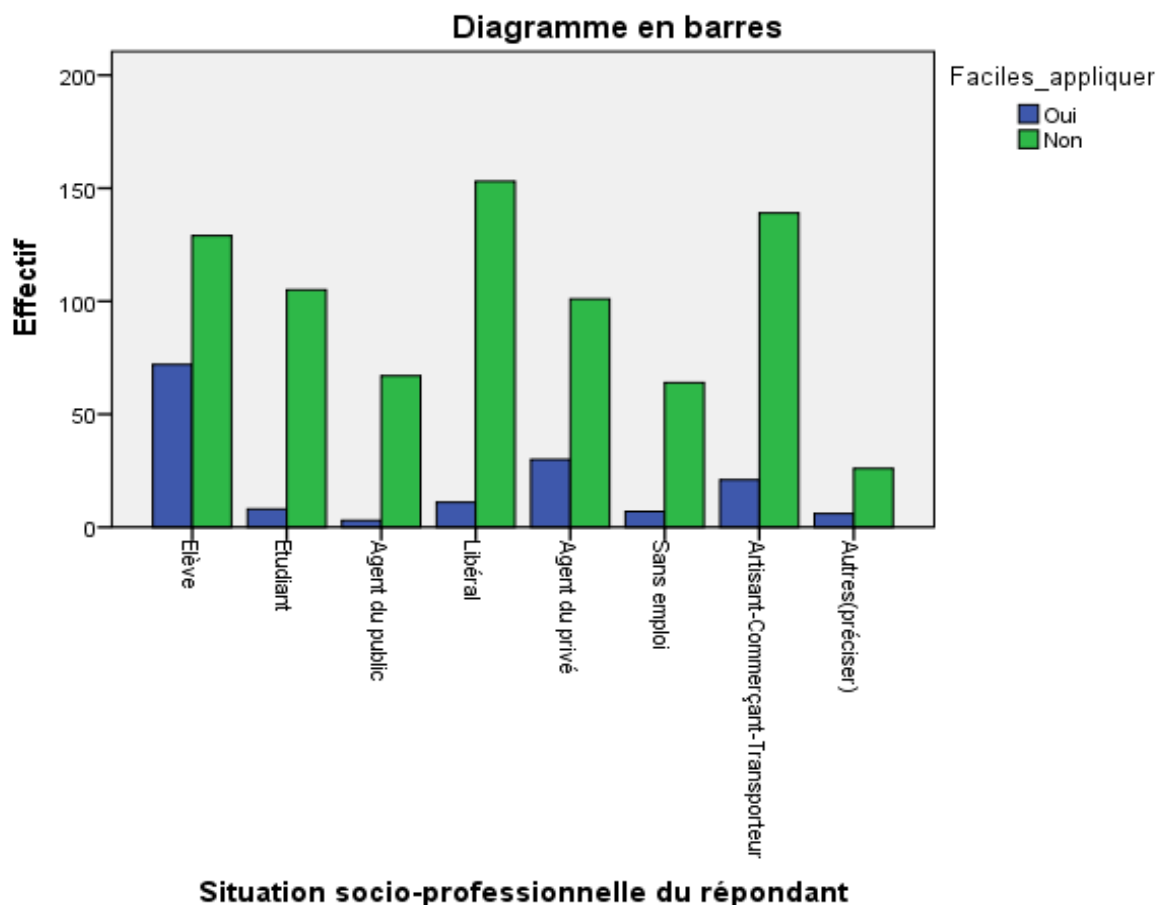
Lorsque l'on s'intéresse à la tranche d'âge des enquêtés, il ressort que dans chacune d'entre elle, seule une minorité d'enquêtés sont d'avis avec le fait que les mesures barrières sont faciles à appliquer. Ainsi, 28,3% des jeunes et 9% des relativement jeunes émettent l'avis ci-dessus indiqué.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	53,497	3	,000
Rapport de vraisemblance	52,187	3	,000
Association linéaire par linéaire	28,246	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p** est de **0,000 inférieur à 0,05**. À la suite de ce test, l'on retient qu'il existe une différence statistiquement significative entre tranche d'âge des enquêtés et leur avis sur l'application facile des mesures barrières.

Graphique 29 : Avis sur la facilité d'application des mesures barrières par catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

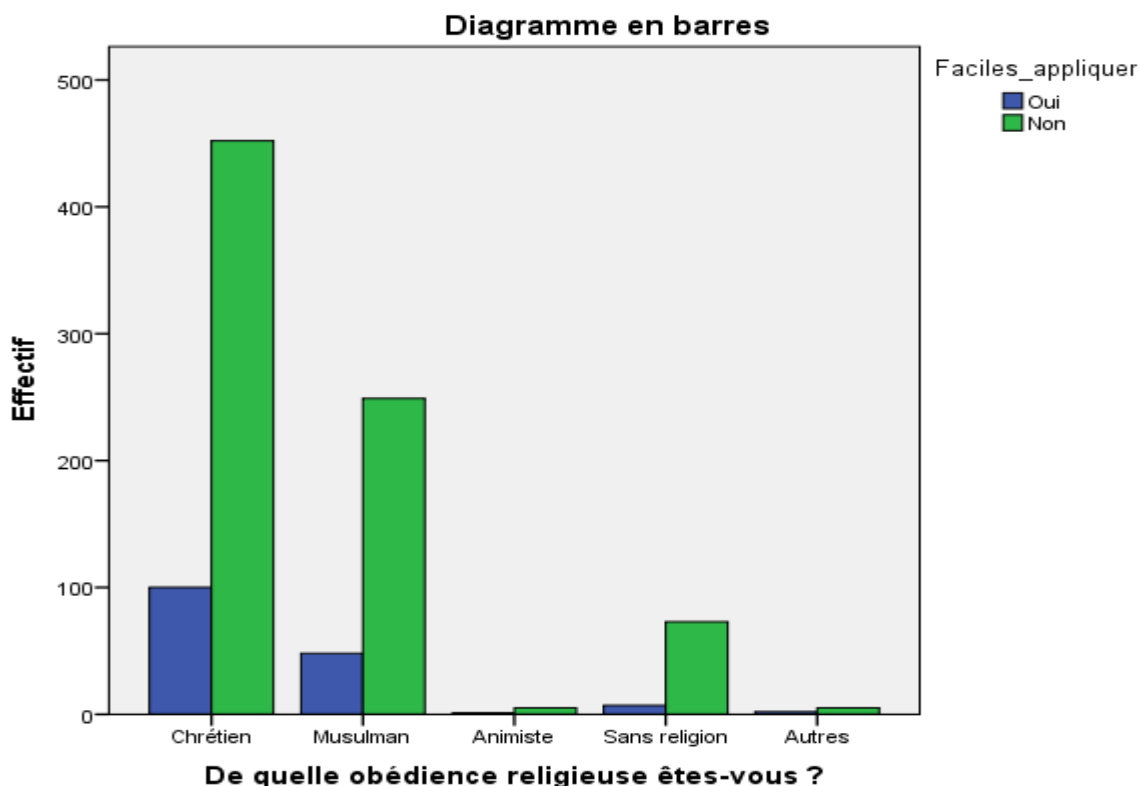
Le diagramme présentant les résultats de l'enquête en ce qui concerne la facilité d'application des mesures en lien avec la catégorie socio-professionnel, il apparaît que la plupart des répondants disent non (83,2%), que ces mesures barrières ne sont pas faciles à appliquer. Toutefois, on observe chez les élèves une relative proportion de réponse positive (35,8%).

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	87,140	7	,000
Rapport de vraisemblance	84,584	7	,000
Association linéaire par linéaire	15,533	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le résultat du test Khi-deux de Pearson indique que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. On peut donc conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre la catégorie socio-professionnelle des enquêtés et leur avis sur l'application facile des mesures barrières.

Graphique 30 : Appréciation de la facilité d'application des mesures barrières selon l'obédience religieuse



Source : Auteurs de l'étude, 2021

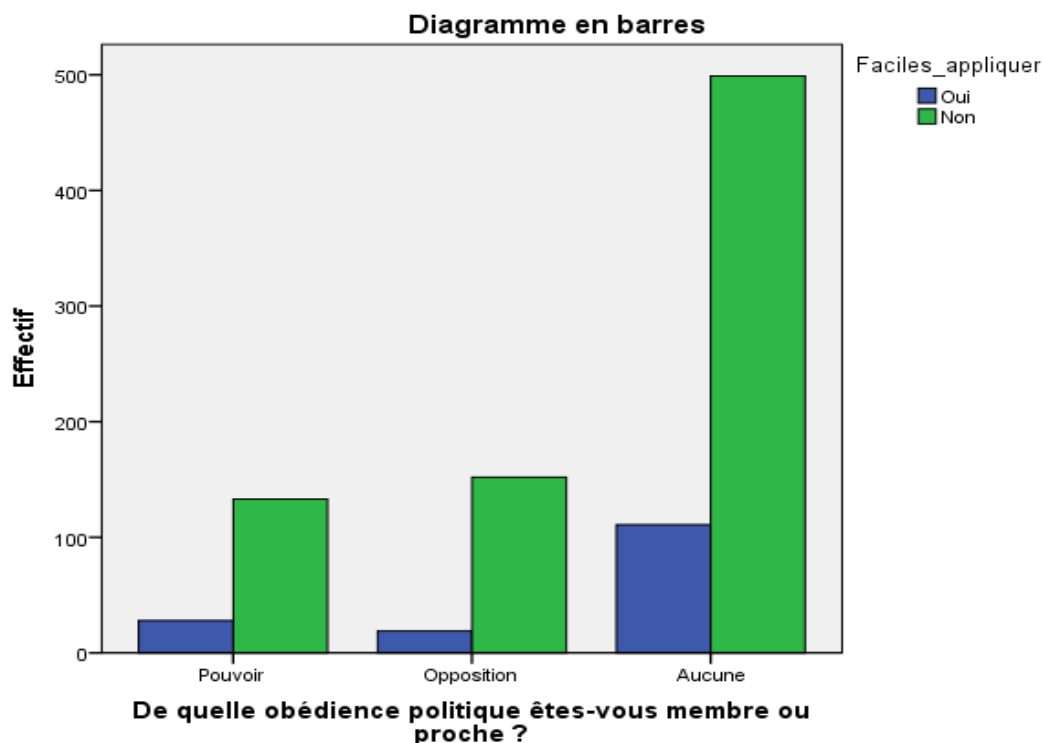
Autant les enquêtés de chaque composante religieuse et que ceux n'en ayant aucune obédience religieuse ont tous majoritairement émis l'avis que les gestes barrières étaient difficiles à appliquer. En effet, 81,8% des enquêtés chrétiens et 83,3% des enquêtés animistes ont émis un tel avis. Globalement, les pourcentages relatifs audit avis sont similaires dans différentes composantes religieuses et chez les enquêtés sans religion.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	5,180	4	,269
Rapport de vraisemblance	5,707	4	,222
Association linéaire par linéaire	2,829	1	,093
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient p est de 0,269 supérieur à 0,05. À la suite du test, l'on retient qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et leur avis sur la facilité d'application des mesures barrières.

Graphique 31 : Facilité d'application des mesures barrières selon l'obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

L'on constate que les mesures barrières sont faiblement appliquées par les enquêtés. Ainsi, la seule mesure barrière appliquée par une majorité d'enquêtés est le port du masque (91,93%). L'on note même que le confinement (rester à la maison) semble être rejeté par les enquêtés si bien que seulement 1,8% d'entre eux l'appliquent. Pour finir, aucune différence notable ne ressort des résultats obtenus quant à l'application des mesures barrières en fonction de l'obédience politique.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	4,857	2	,088
Rapport de vraisemblance	5,269	2	,072
Association linéaire par linéaire	,760	1	,383
Nombre d'observations valides	942		

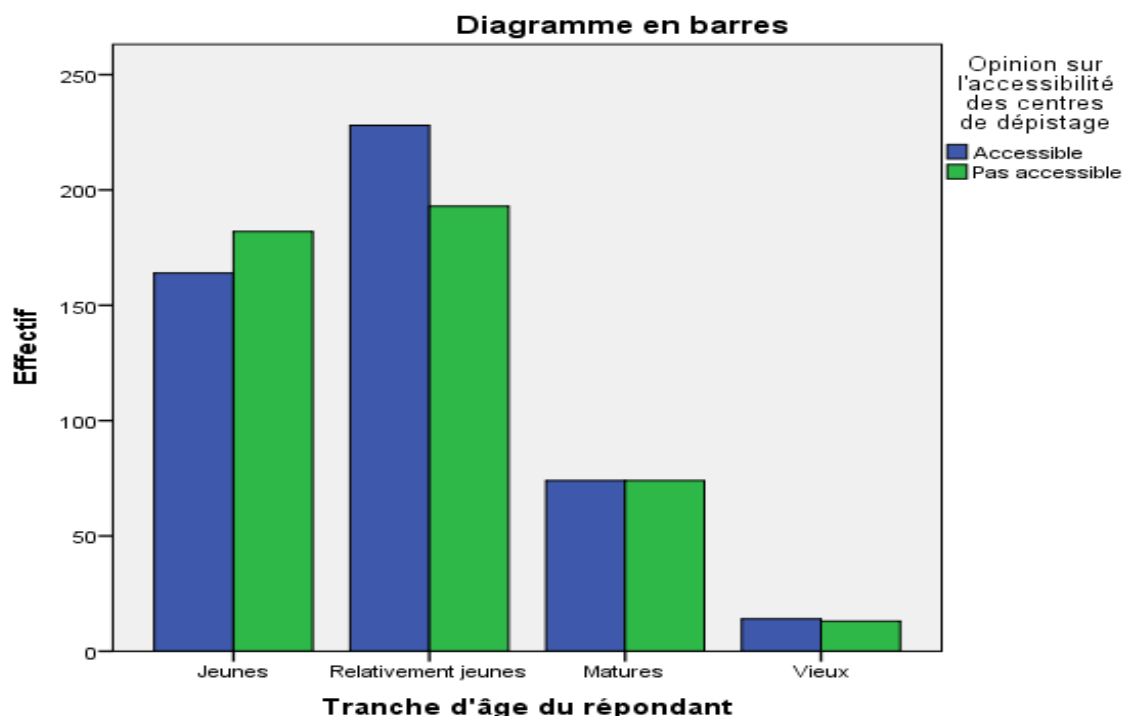
Source : Auteurs de l'étude, 2021

Suite à la réalisation du test Khi-deux de Pearson, il apparaît que le coefficient **p est de 0,088 supérieur à 0,05**. Il n'existe donc pas de différence statistiquement significative entre l'obédience politique des enquêtés et leur avis sur l'application facile des mesures barrières.

4.5. Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage

L'opinion des enquêtés sur l'accessibilité des centres de dépistage est mise en lumière en tenant compte de leur âge, sexe, lieu de résidence, niveau d'étude, obédience politique et obédience religieuse.

Graphique 32 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

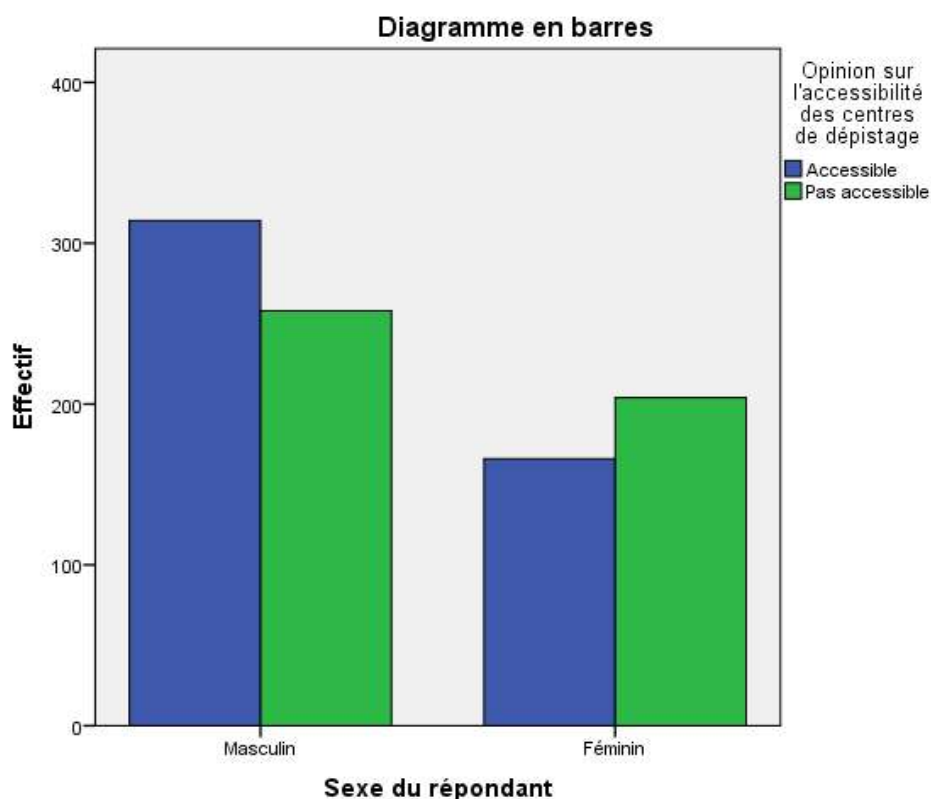
Les pourcentages relatifs à l'opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage varient en fonction de la tranche d'âge des enquêtés et restent moyens. Ainsi, 47,4% des jeunes enquêtés, 54,2% de ceux relativement jeunes, 50% des enquêtés matures et 51,9% des vieux enquêtés estiment que les centres de dépistage sont accessibles.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,541	3	,316
Rapport de vraisemblance	3,543	3	,315
Association linéaire par linéaire	,892	1	,345
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,316 supérieur à 0,05**. Après ce test, l'on peut conclure qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'âge des enquêtés et leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 33 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

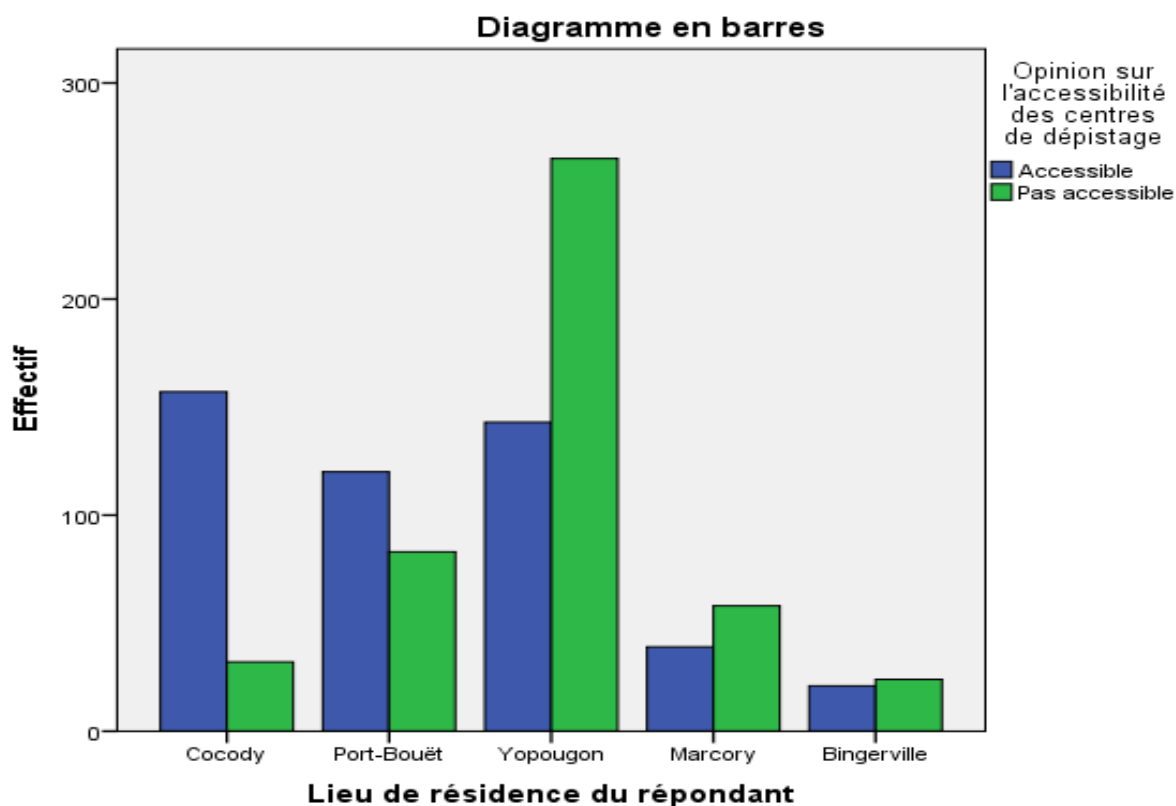
Il ressort des enquêtes que 54,9% des enquêtés de sexe masculin et 44,9% des enquêtés de sexe féminin estiment que les centres de dépistage sont accessibles. Ces pourcentages sont moyens et varient en fonction du sexe.

	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,045	1	,003
Correction pour la continuité	8,648	1	,003
Rapport de vraisemblance	9,057	1	,003
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	9,035	1	,003
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,003 inférieur à 0,05**. Suite au test, l'on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe des enquêtés et leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 34 : Opinion sur l’accessibilité des centres de dépistage et lieu de résidence



Source : Auteurs de l’étude, 2021

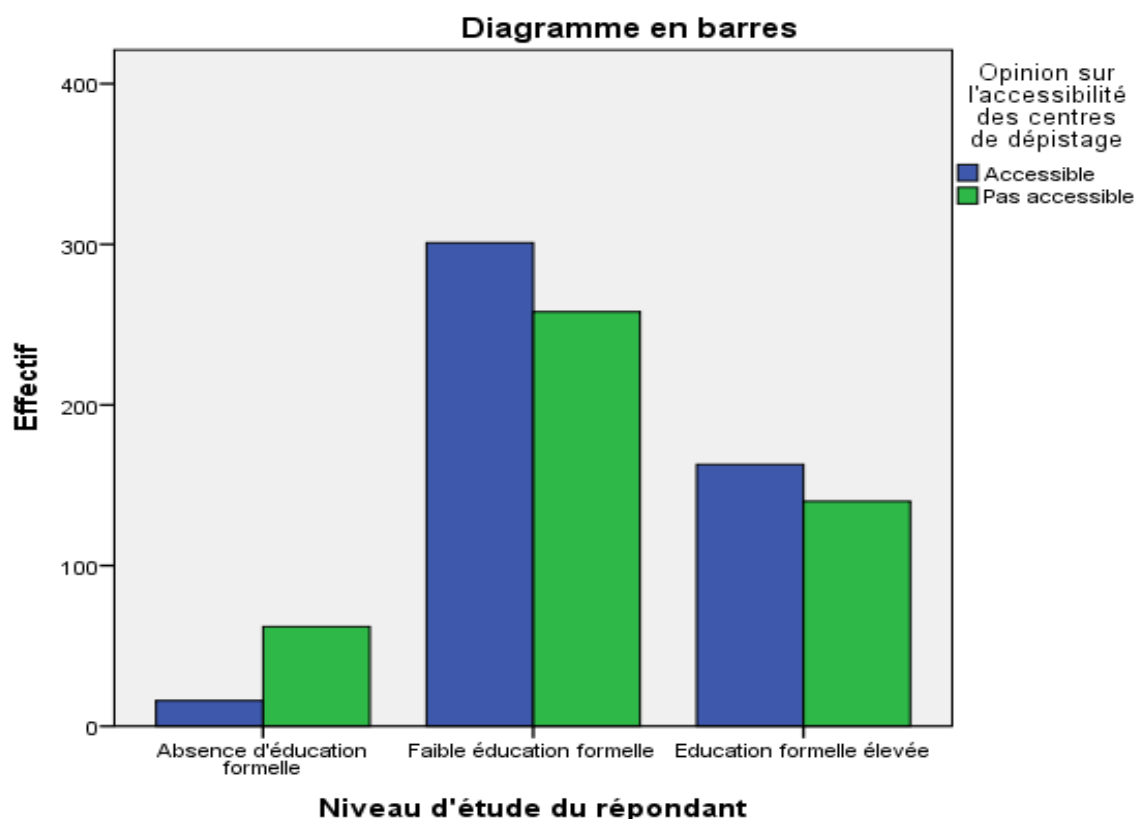
Il existe une grande variation entre les pourcentages relatifs à l’opinion sur l’accessibilité des enquêtés couplés à leur lieu de résidence. Ainsi, 83,1% des enquêtés de Cocody, 59,1% de ceux de Port-Bouët, 35% de ceux de Yopougon, 40,2% de ceux de Marcory et 46,7% de ceux de Bingerville estiment que le centre de dépistage sont accessibles.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	129,521	4	,000
Rapport de vraisemblance	137,526	4	,000
Association linéaire par linéaire	86,480	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l’étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d’obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Après le test, l’on aboutit à la conclusion selon laquelle il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence des enquêtés et leur opinion sur l’accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 35 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et niveau d'étude



Source : Auteurs de l'étude, 2021

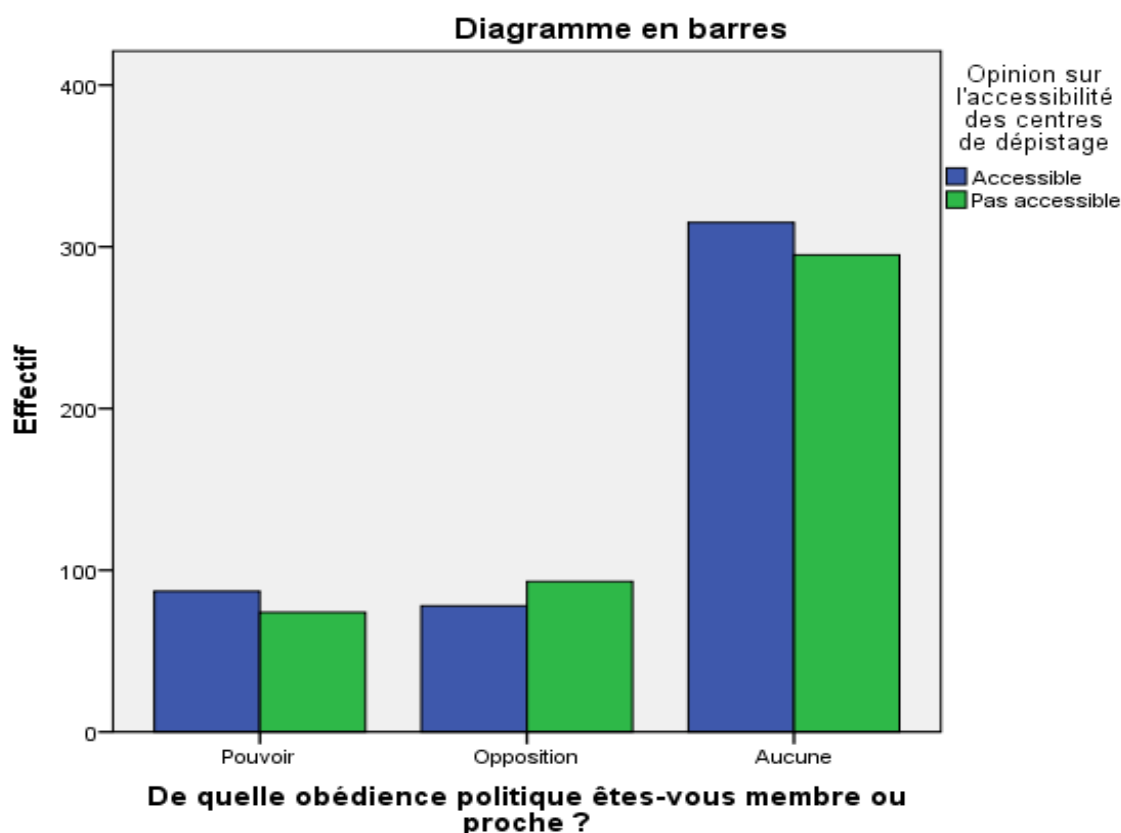
Les pourcentages des enquêtés selon leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et leur niveau d'étude sont très variables. En effet, 20,5% des enquêtés ayant une absence d'éducation formelle, 53,8% des enquêtés ayant une faible éducation formelle et 53,8% des enquêtés ayant une éducation formelle élevée estiment que les centres de dépistage sont accessibles.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	31,771	2	,000
Rapport de vraisemblance	33,605	2	,000
Association linéaire par linéaire	12,596	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Après ledit test, on note qu'il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 36 : Opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

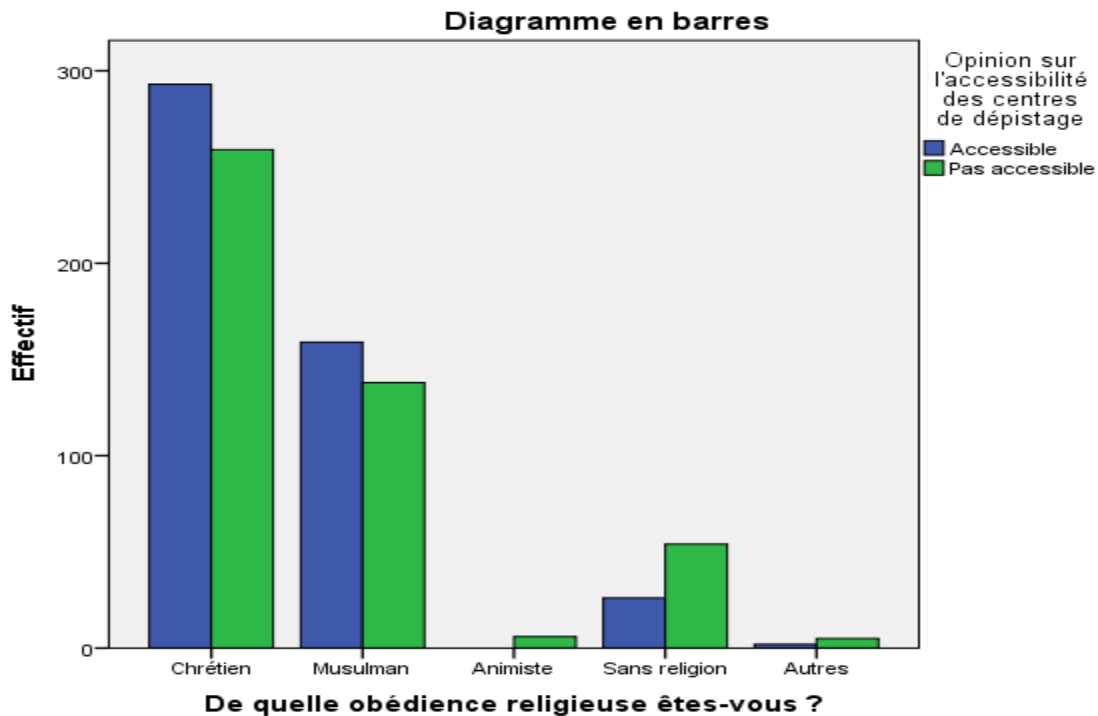
Il apparaît à l'issue de l'enquête que les pourcentages des enquêtés selon leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage et leur obédience politique connaît une grande variation. 54% des enquêtés proches du pouvoir, 45,6% de ceux proches de l'opposition et 51,6% de ceux n'ayant aucune obédience politique pensent que les centres de dépistage sont accessibles.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	2,678	2	,262
Rapport de vraisemblance	2,680	2	,262
Association linéaire par linéaire	,004	1	,947
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,262 supérieur à 0,05**. Ce test permet d'aboutir à la conclusion qu'il n'existe pas une différence statistiquement significative entre l'obédience politique des enquêtés et leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 37 : Opinion sur l’accessibilité des centres de dépistage et opinion religieuse



Source : Auteurs de l’étude, 2021

Les pourcentages des enquêtés relatif l’accessibilité des centres de dépistage et l’obédience religieuse connaît des variations. 53,1% des chrétiens, 53,5% des musulmans et 0% des animistes pensent que les centres de dépistage sont accessibles.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	20,328	4	,000
Rapport de vraisemblance	22,894	4	,000
Association linéaire par linéaire	12,009	1	,001
Nombre d'observations valides	942		

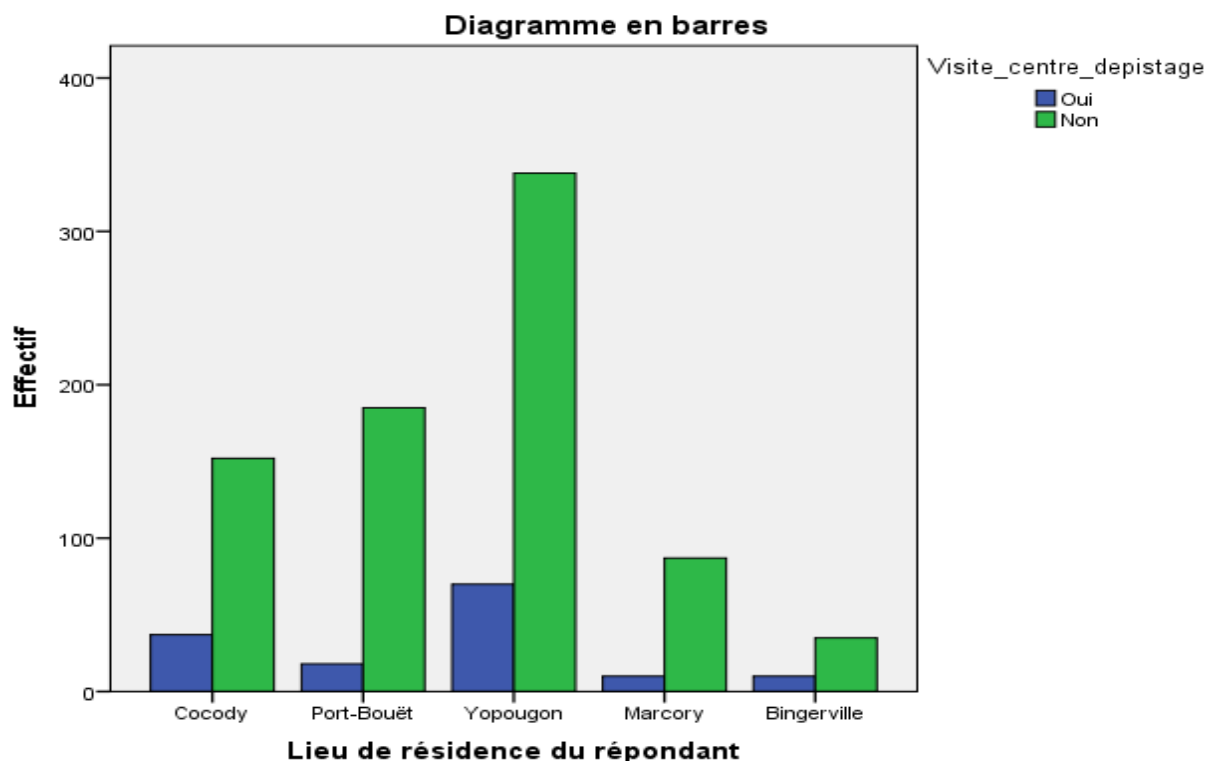
Source : Auteurs de l’étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d’obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre l’obédience religieuse des enquêtés et leur opinion sur l’accessibilité des centres de dépistage.

4.6. Fréquentation des centres de dépistage

Après avoir collecté l’opinion des répondants du l’accessibilité des centres de dépistage, il importe à présent de se tourner vers la fréquentation concrète des centres de dépistage par ceux-ci.

Graphique 38 : Fréquentation de centre de dépistage selon le lieu d'habitation



Source : Auteurs de l'étude, 2021

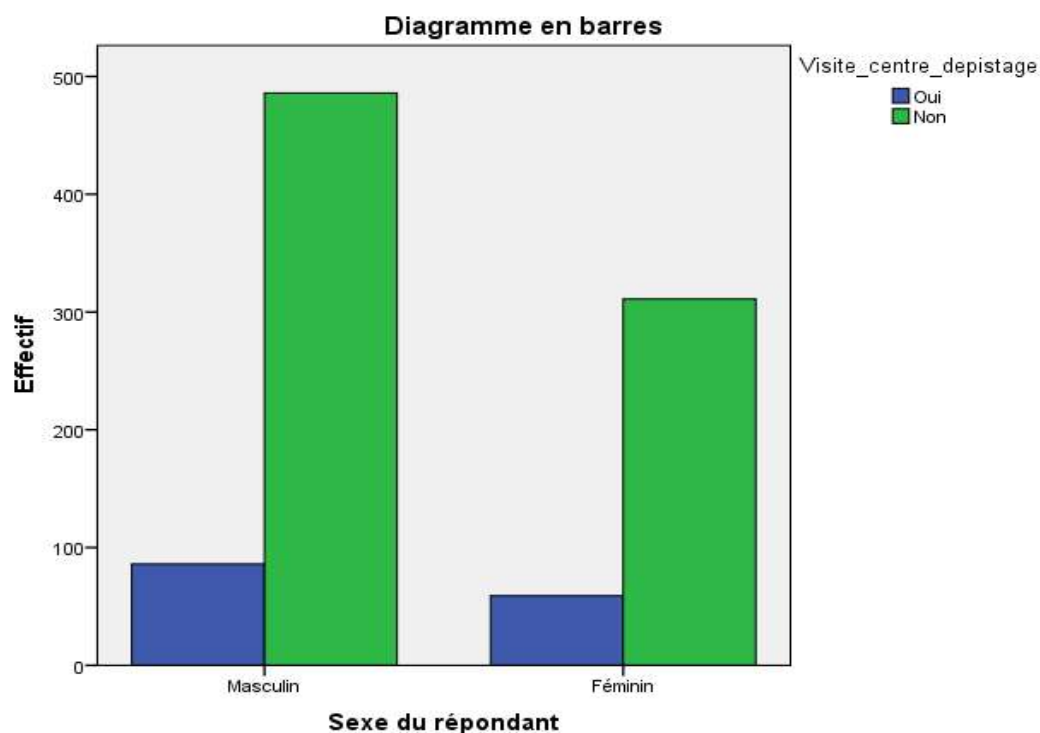
Dans les différentes communes de l'étude, il est possible d'observer qu'une minorité d'enquêtés a fréquenté les centres de dépistages. Ainsi dans les communes de Cocody, Port-Bouët, Yopougon, Marcory et Bingerville, ce sont respectivement 19,6%, 8,9%, 17,2%, 10,3% et 22,2% des enquêtés qui ont fréquenté un centre de dépistage.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	13,690	4	,008
Rapport de vraisemblance	14,544	4	,006
Association linéaire par linéaire	,013	1	,909
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,008 inférieur à 0,05**. Ainsi, on note qu'il existe donc une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et leur opinion sur l'accessibilité des centres de dépistage.

Graphique 39 : Nombre de personnes ayant fréquenté un centre de dépistage selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

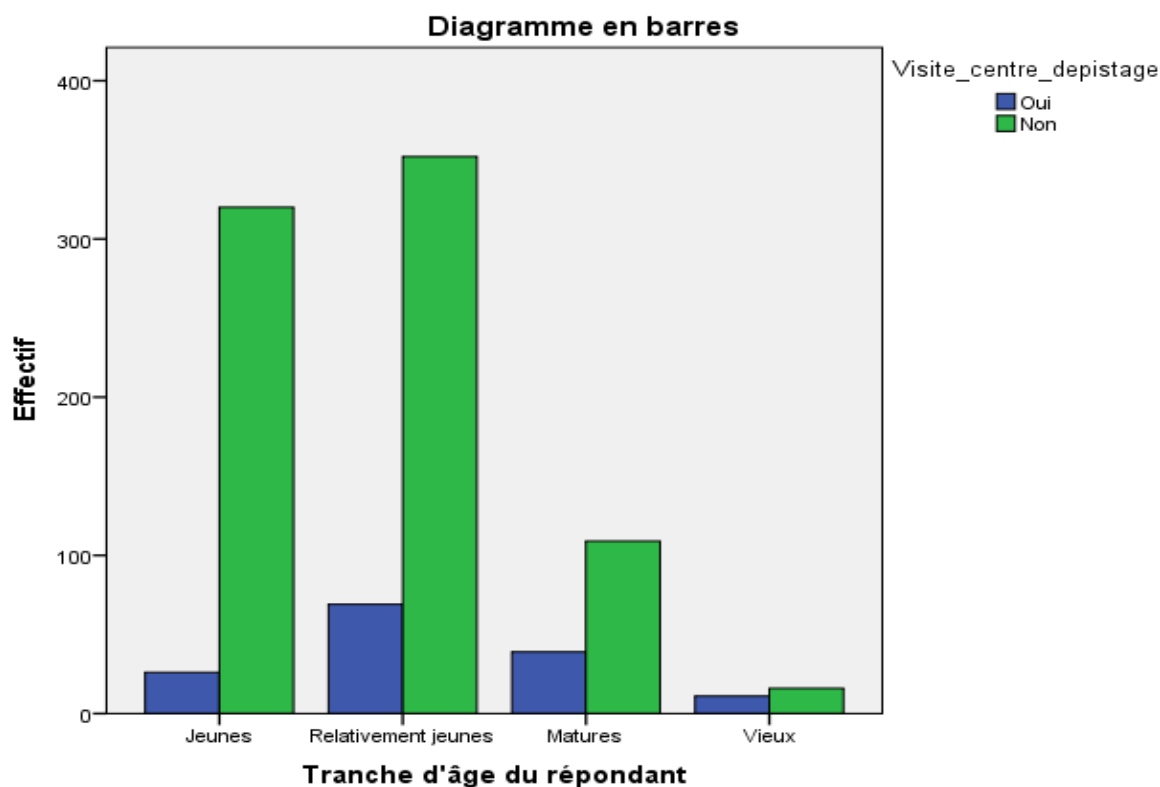
Globalement, la fréquentation des centres de dépistage est faible et ce, quel que soit le sexe des enquêtés. Il faut d'ailleurs noter que le taux de fréquentation des centres de dépistage varie peu chez les enquêtés de sexe masculin (15,03%) et féminin (15,95%).

	Valeur	DDL	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,143	1	,705
Correction pour la continuité	,082	1	,775
Rapport de vraisemblance	,143	1	,706
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	,143	1	,705
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,705, supérieur à 0,05**. Il n'existe donc pas une différence statistiquement significative entre le sexe des enquêtés et leur fréquentation des centres de dépistage.

Graphique 40 : Personnes ayant fréquenté un centre de dépistage selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

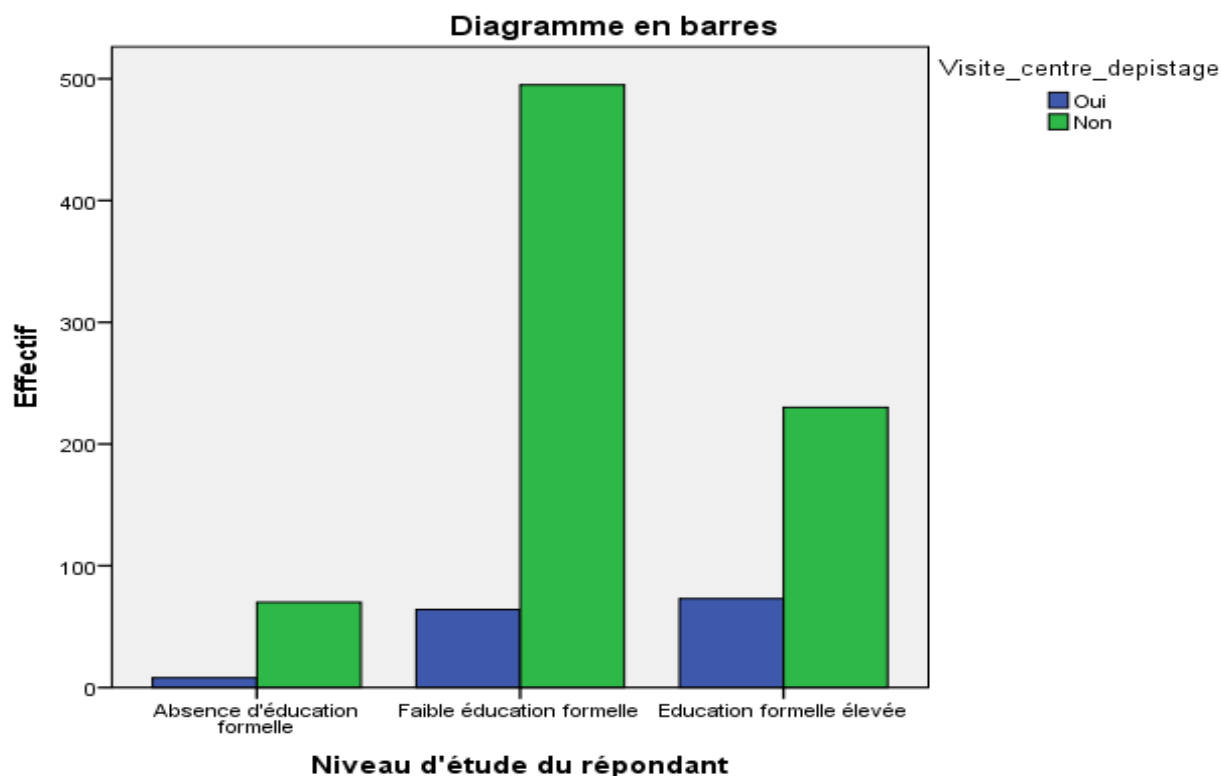
Les enquêtes ont mis en lumière le fait que 17,9% des jeunes, 47,6% des enquêtés relativement jeunes, 26,9% des matures et 7,6% des vieux ont visité un centre de dépistage. Il ressort globalement qu'une majorité d'enquêtés n'a pas fréquenté de centre de dépistage dans les différentes tranches d'âge.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	43,779	3	,000
Rapport de vraisemblance	41,722	3	,000
Association linéaire par linéaire	43,218	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des enquêtés et leur fréquentation des centres de dépistage.

Graphique 41 : Personnes ayant visité un centre de dépistage selon le niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

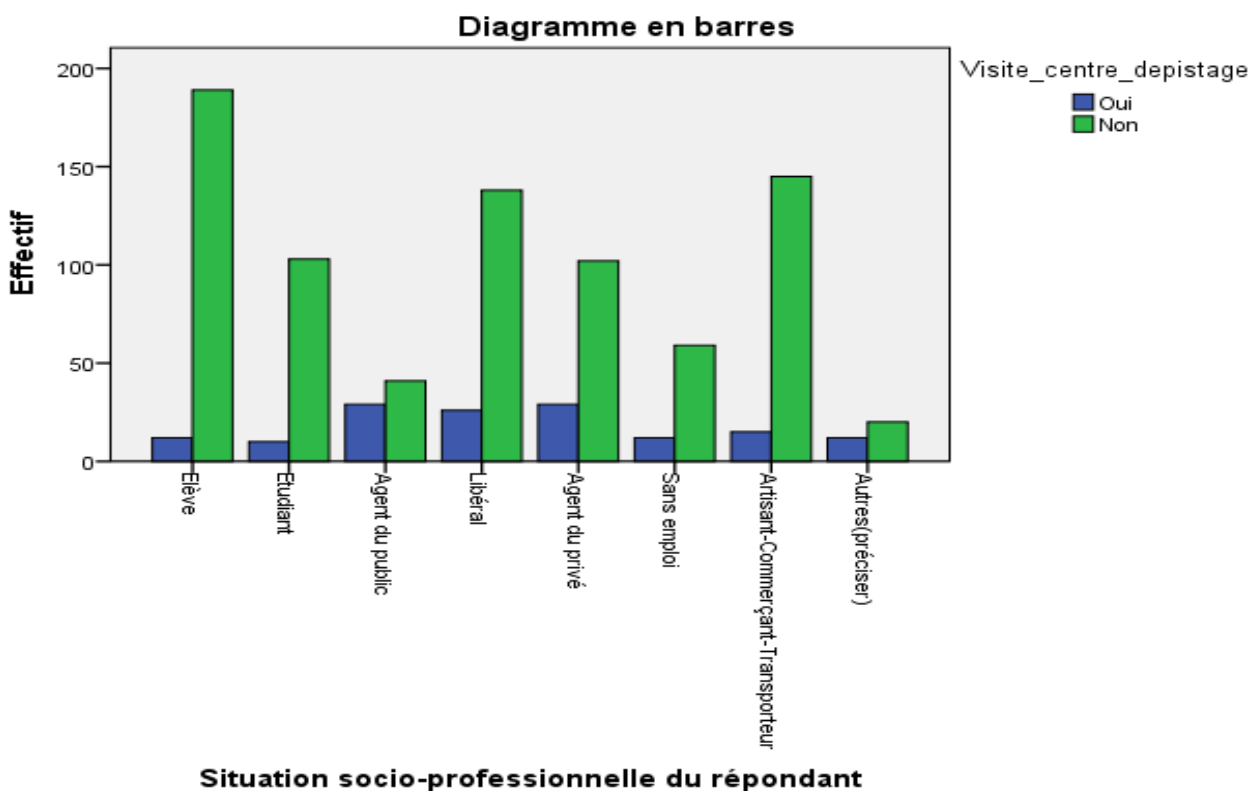
Il apparaît que 5,5% des enquêtés présentant une absence d'éducation formelle, 44,1% de ceux présentant une faible éducation formelle et 50,3% des enquêtés disposant d'une éducation formelle élevée ont fréquenté un centre de dépistage. Ainsi, la fréquentation des centres de dépistage semble augmenter proportionnellement avec l'accroissement du niveau d'instruction.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	25,819	2	,000
Rapport de vraisemblance	24,467	2	,000
Association linéaire par linéaire	21,478	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction des enquêtés et leur fréquentation des centres de dépistage.

Graphique 42 : Fréquentation de centre de dépistage selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Globalement, la fréquentation des centres de dépistage reste faible dans toutes les catégories socioprofessionnelles identifiées dans l'étude. A titre d'exemple, seulement 8,3% des élèves, 6,9% des étudiants, 20% des agents du public, 17,9% des enquêtés de profession libérale, 20% des agents du privé, 8,3% des sans emplois, 10,3% des commerçants-artisans-transporteurs qui ont fréquenté un centre de dépistage. L'on constate néanmoins que les enquêtés dispensant d'un emploi formel (agents du publics, profession libérale et agents du privé) sont ceux qui semblent fréquenter le plus les centres de dépistage.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	25,819	, 2	,000
Rapport de vraisemblance	24,467	2	,000
Association linéaire par linéaire	21,478	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

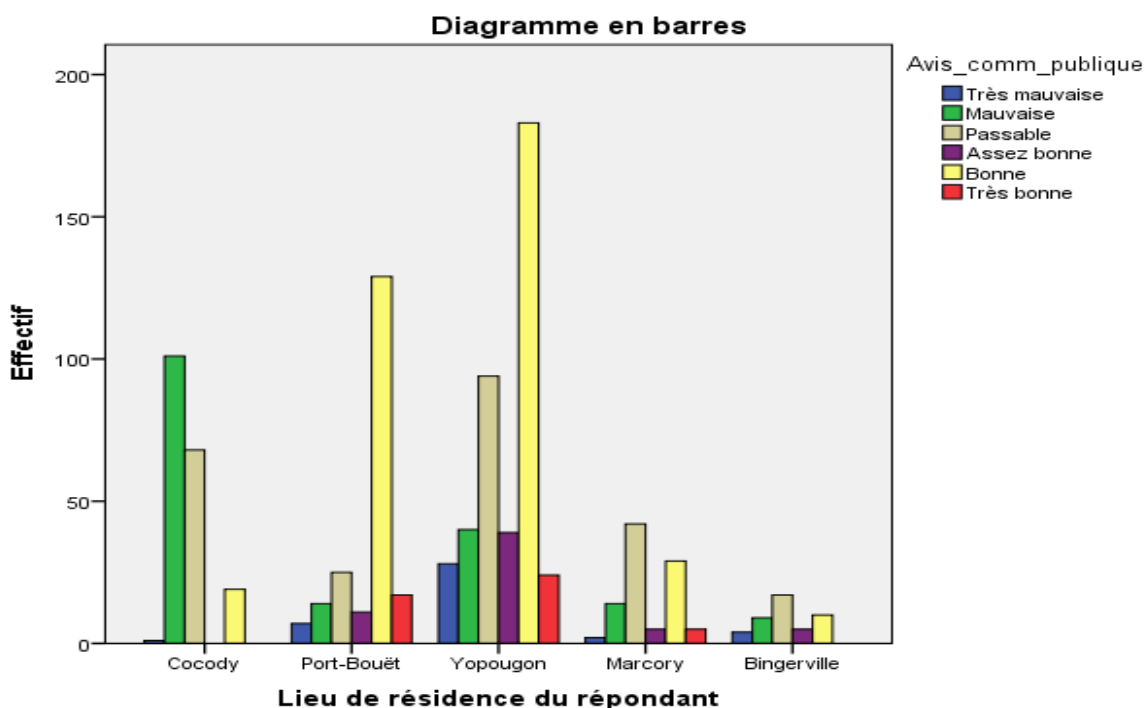
Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre l'exercice d'une profession formelle et la fréquentation des centres de dépistage.

4.6. Opinions sur la communication publique

Les résultats de l'enquête ont permis de collecter l'opinion des populations sur la communication publique. Lesdites opinions sont variables. Les graphiques ci-dessous permettent d'apprécier l'opinion selon le lieu d'habitation, le sexe, la tranche d'âge, le niveau d'instruction et la catégorie socio-professionnelle.

Graphique 43 : Opinion sur la communication publique selon le lieu d'habitation



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le lieu de résidence a été croisé avec les opinions des répondants sur la communication publique en Côte d'Ivoire. Les résultats de l'enquête montrent que les répondants de la commune de Cocody sont plus critiques vis-à-vis de la communication publique (56,7%). Les répondants de la commune de Yopougon viennent en première position (66,7%). Alors que ceux des communes de Port-Bouët 16,7%, Marcory 4,8% et Bingerville 4,5% sont moins critiques envers la communication publique.

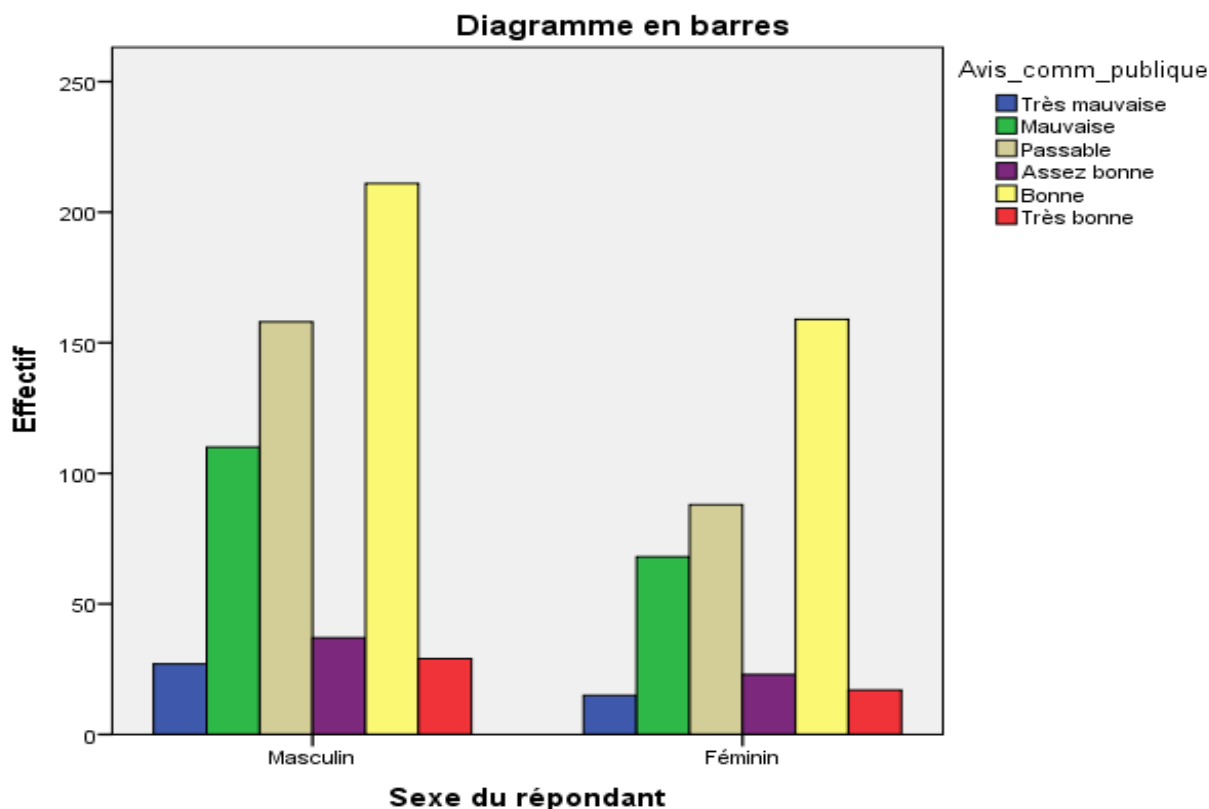
Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	324,152	20	,000
Rapport de vraisemblance	332,020	20	,000
Association linéaire par linéaire	18,736	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. À la suite de ce test, l'on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre

l'obédience religieuse des enquêtés et leur opinion sur la communication publique sur la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Graphique 44 : Opinion sur la communication publique selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

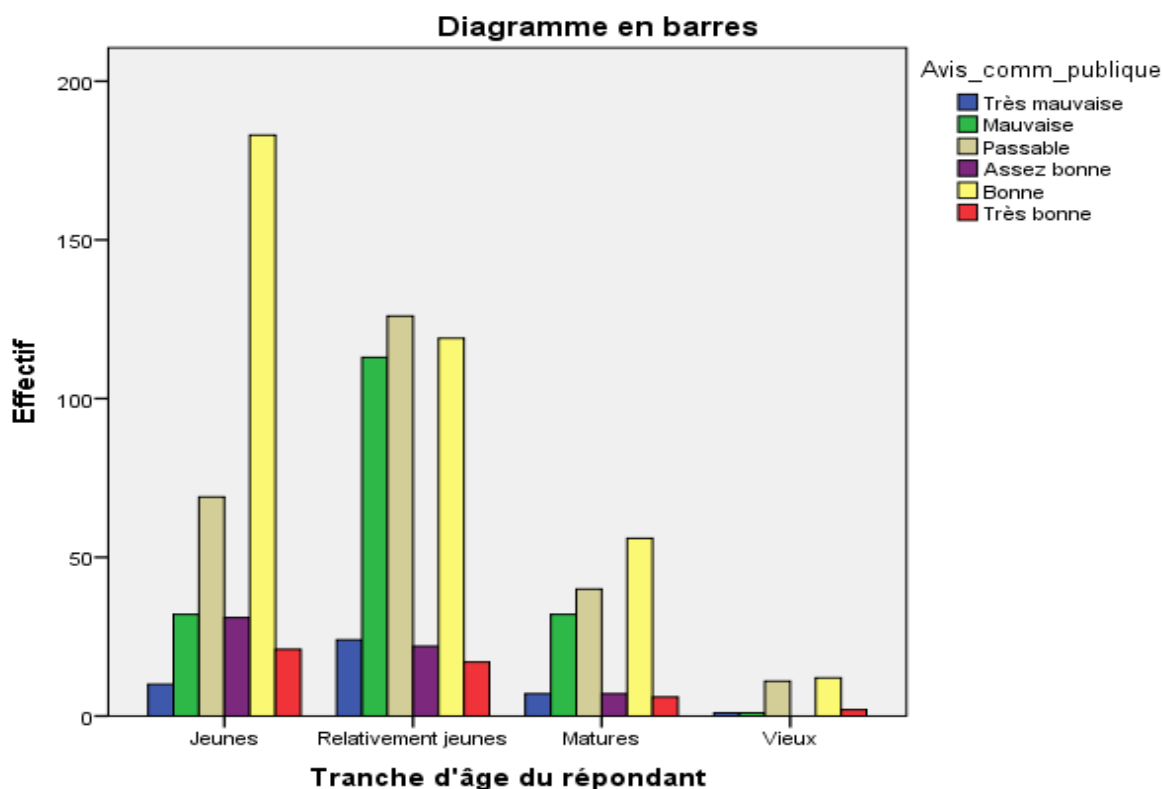
Les pourcentages qui apparaissent dans le diagramme ci-dessus montre clairement que les deux sexes (homme 63% et femme 37%) ont une perception différenciée sur la communication publique.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	3,822	5	,575
Rapport de vraisemblance	3,819	5	,576
Association linéaire par linéaire	1,872	1	,171
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,575 supérieur à 0,05**. L'on peut conclure qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et leur opinion sur la communication publique en Côte d'Ivoire.

Graphique 45 : Opinion sur la communication publique par tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

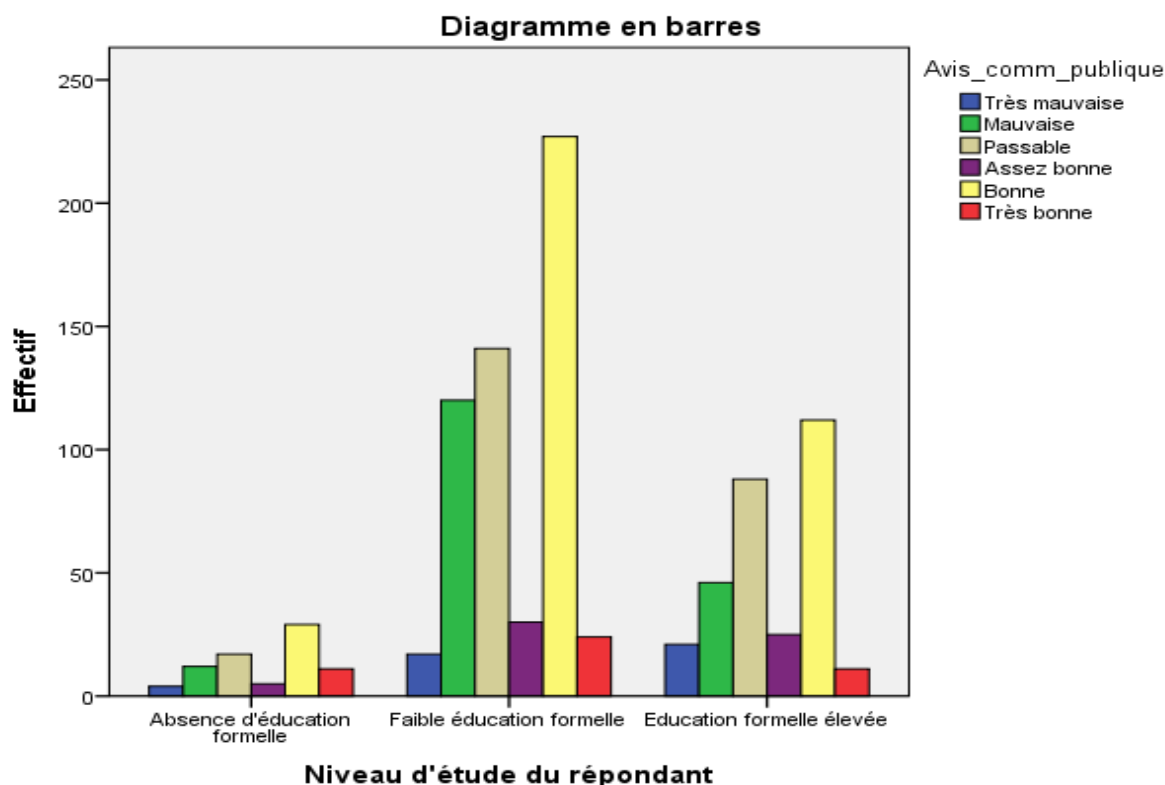
La barre de couleur jaune indique dans ce diagramme que les répondants considèrent que la communication publique est bonne à 49,5% et à 45,7% très bonne). Ainsi, de manière très nette, les jeunes se distinguent car c'est la population qui se prononce en ayant une perception relativement bonne de la communication publique.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	86,670	15	,000
Rapport de vraisemblance	91,976	15	,000
Association linéaire par linéaire	22,789	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Ce test permet de retenir qu'il existe une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des enquêtés et leur opinion sur la communication publique.

Graphique 46 : Opinion sur la communication publique par niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

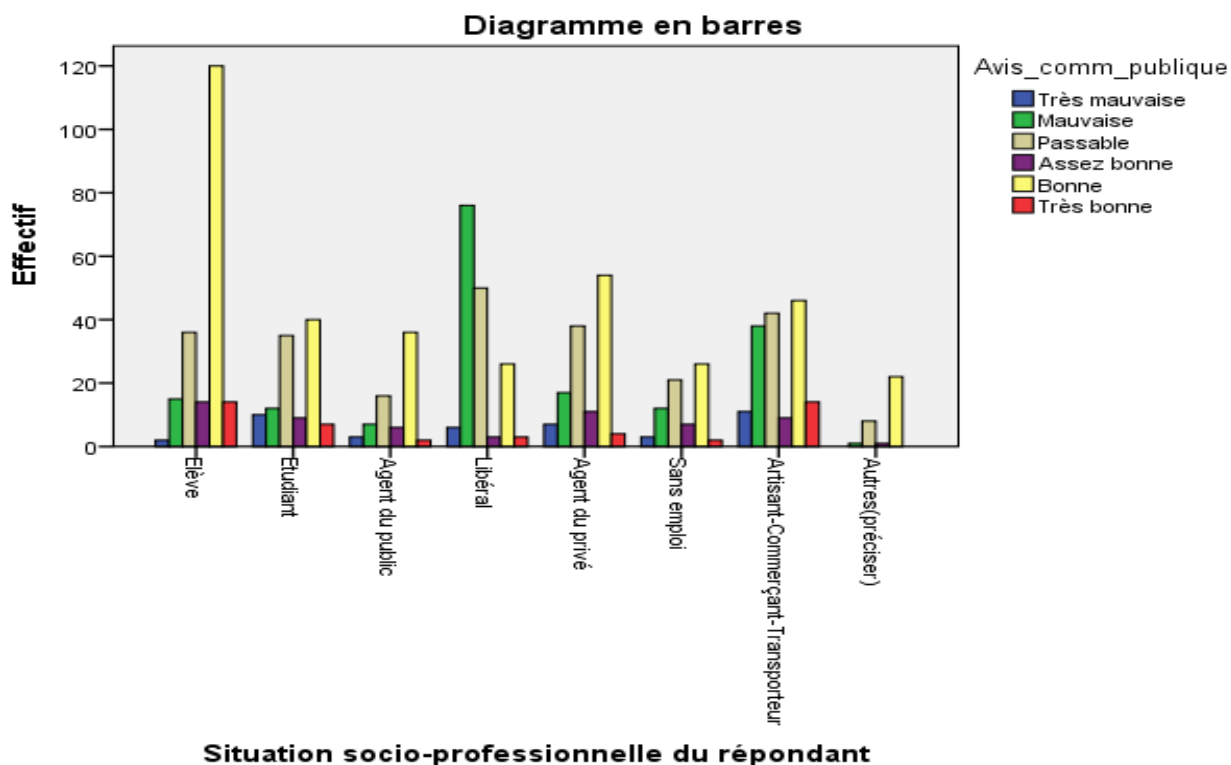
Le niveau d'instruction a été considéré comme un facteur déterminant de l'opinion des populations sur la communication publique. Ainsi, les résultats du diagramme qui précède indiquent clairement que les répondants ayant une faible éducation formelle (67,4%) trouvent la communication publique sur la COVID-19 mauvaise. Alors que les répondants ayant une éducation formelle élevée (50%) trouvent que la communication publique est mauvaise.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	31,348	10	,001
Rapport de vraisemblance	26,632	10	,003
Association linéaire par linéaire	2,909	1	,088
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude des enquêtés et leur opinion sur la communication publique sur la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Graphique 47 : Opinion sur la communication publique par catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

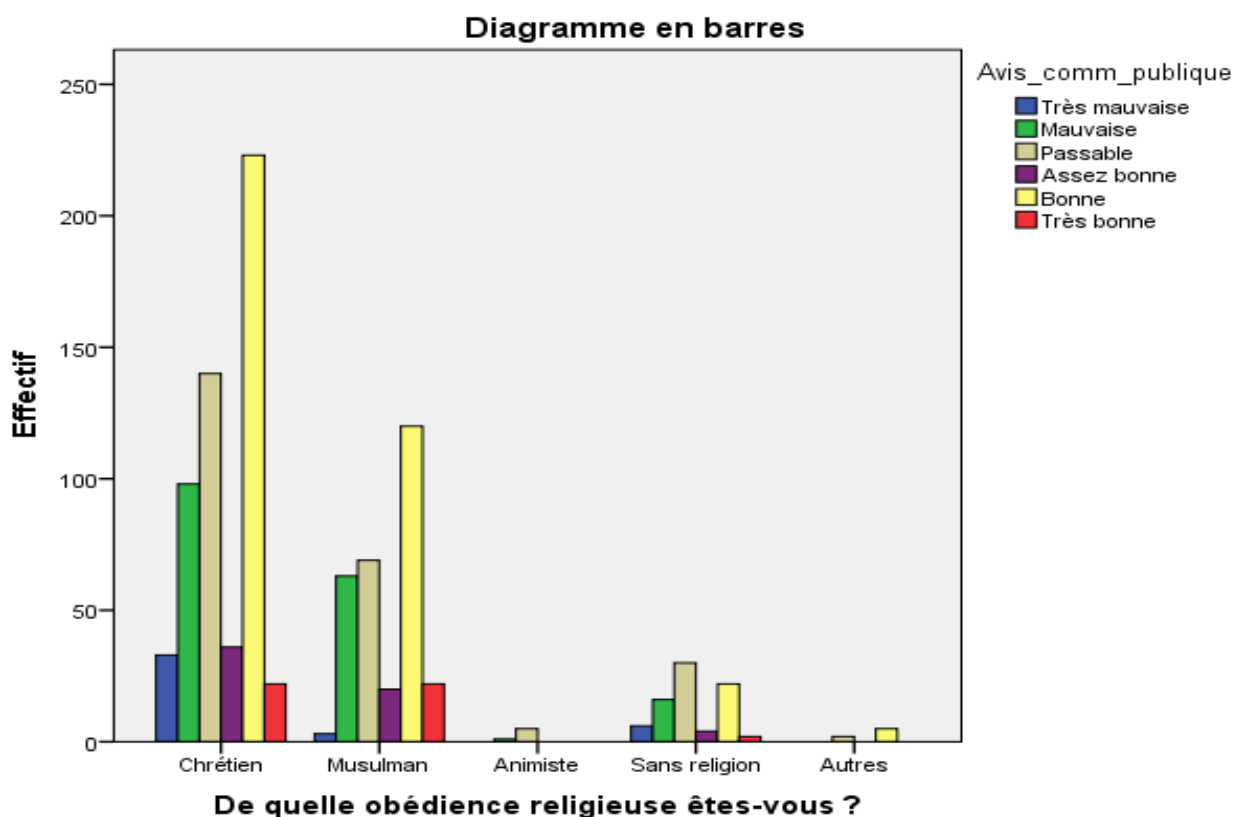
En prenant en considération la catégorie socio-professionnelle, les résultats de ce diagramme montrent que ce sont les élèves qui ont plutôt une bonne opinion de la communication publique dans l'organisation de la riposte en Côte d'Ivoire (30,4%), il en est de même pour les libéraux et les artisans-commerçants-transporteurs. Tandis que les autres catégories socio-professionnelles comme étudiants (15,2%), ont des opinions mitigées.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	200,163	35	,000
Rapport de vraisemblance	198,514	35	,000
Association linéaire par linéaire	20,038	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Il existe donc une différence statistiquement significative entre la catégorie socio-professionnelle des enquêtés et leur opinion sur la communication publique dans la riposte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire.

Graphique 48 : Appréciation de la communication publique selon l'obédience religieuse



Source : Auteurs de l'étude, 2021

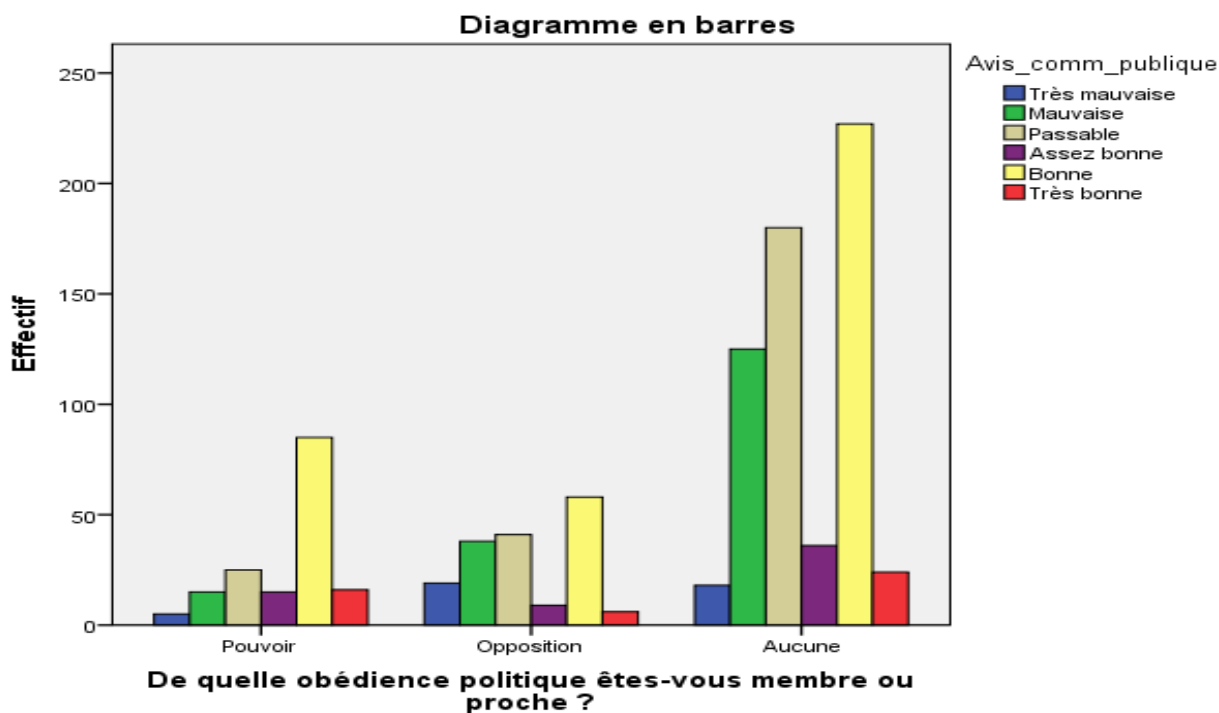
S'agissant de considérer l'obédience religieuse des répondants pour mesurer leur appréciation de la communication publique, il apparaît clairement que ce sont les enquêtés d'obédience chrétienne (78,6%) qui ont une opinion défavorable de la communication publique. Quant aux musulmans, ils sont (47,8%) à trouver que la communication publique est très bonne.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	43,002	20	,002
Rapport de vraisemblance	48,282	20	,000
Association linéaire par linéaire	1,094	1	,296
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. L'on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse des enquêtés et leur appréciation de la communication publique sur la pandémie.

Graphique 49 : Appréciation de la communication publique selon l'obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Dans le diagramme ci-dessus, il importe de noter que les répondants qui n'ont aucune obédience politique représentent une part considérable des enquêtés (64,8%). En prenant en compte les personnes qui ont clairement exprimées leur obédience politique, on remarque que ce sont les enquêtés ayant une obédience politique proche du pouvoir qui ont une appréciation favorable à la communication publique (25% pour assez bonne, 23% pour bonne et 34,8% pour très bonne).

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	62,631	10	,000
Rapport de vraisemblance	58,209	10	,000
Association linéaire par linéaire	15,542	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

La réalisation du test Khi-deux de Pearson permet d'obtenir un coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05** l'on conclut qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience politique des enquêtés et leur appréciation de la communication publique sur la COVID-19.

4.8.Circulation des rumeurs sur la maladie

Dans cette partie, il est question d'aborder les aspects de la communication liée à la maladie et la gestion de l'information plus particulièrement durant la crise sanitaire. Notre enquête d'avril à mai

2021 révèle que plusieurs idées reçues et rumeurs autour de la covid-19 circulent au sein de la population d'Abidjan :

- la COVID-19 ne peut pas tuer les Africains autant que les Blancs (25,69%) ;
- la COVID-19 est une maladie des pays froids (24,95%) ;
- la COVID-19 est un virus créé pour réduire la population mondiale (13,80%) ;
- la COVID-19 ne concerne que les personnes âgées (12,53%) ;
- la COVID-19 ne concerne que les personnes souffrant de maladies chroniques (9,45%) ;
- la COVID-19 est une maladie des gens pour ceux qui voyagent en avion (7,11%).

Tableau 7 : Croyances et rumeurs sur la COVID 19 sur la période de mars à août 2021

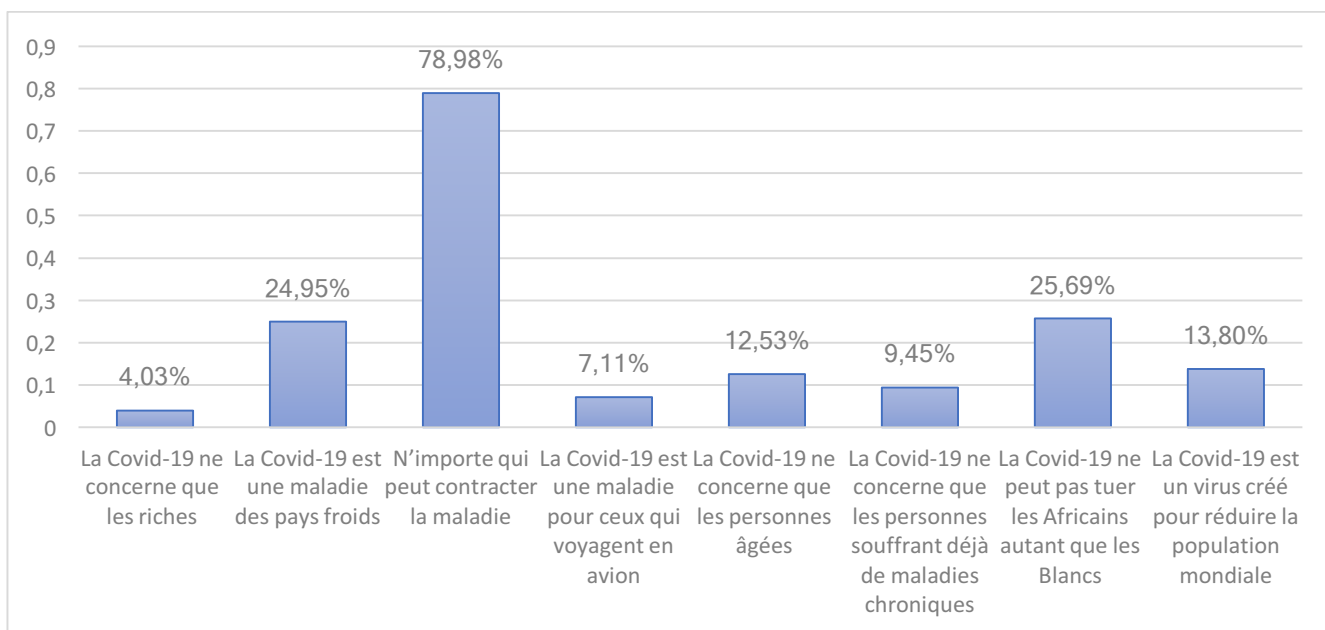
Idée générale	Croyance associée	Rumeurs illustratives
Déni de la maladie et des cas confirmés	La COVID-19 n'existe pas. Le gouvernement gonfle les chiffres pour se faire de l'argent. Le gouvernement refuse de montrer les prétendus malades pour des raisons politiques	Le nombre de cas confirmés annoncé n'est qu'un calcul politique du gouvernement. Le gouvernement augmente le nombre de cas pour bénéficier du soutien financier que l'OMS accorde aux pays luttant contre la COVID-19. La COVID-19 n'a jamais existé en Côte d'Ivoire.
Origine et évolution de la maladie	La COVID-19 a été créée dans un laboratoire. La COVID-19 est répandue intentionnellement juste pour réduire la population humaine. La COVID-19 est fini.	Le coronavirus, c'est d'un ensemble de plusieurs virus qui ont été mélangés en laboratoire. COVID-19 a été créé intentionnellement pour nuire. Actuellement, le danger est passé, mais les autorités continuent de donner une peur irrationnelle.
Mesures de santé publique recommandées	Les mesures recommandées ne fonctionnent pas ou sont dangereux. Il est dangereux ou inutile de demander un test ou un traitement pour COVID-19.	Les masques sont infectés par la COVID-19. Mieux vaut utiliser ceux qui sont faits localement. Les centres de test COVID-19 sont les endroits où on peut être contaminé par la maladie
Fabrication de vaccins et déploiement	Un vaccin COVID-19 dangereux est déguisé en un vaccin de routine. Les vaccins COVID-19 sont conçus pour infecter ou tuer la population. L'État nous obligera à nous faire vacciner.	Il existe un vaccin qui transmet la COVID-19, quand on veut se suicider, on t'injecte le virus, on souffre, et on meurt juste après. Le vaccin rend malade. Les personnes vaccinées rentrent automatiquement sous contrôle de la 5g ; Les blancs veulent utiliser les africains comme des cobayes pour tester les vaccins ; La consommation d'alcool prémunit contre la contamination de la COVID-19 ; La consommation des feuilles de Nîmes guérit la COVID-19 ;

		La COVID-19 n'est qu'un plan de réduction de la population mondiale par une épuration systématique des Noirs élaboré par la fondation Bill et Mélina Gates. Le vaccin servirait donc à réaliser ce projet visant principalement les Africains ;
Prévention alternative et prise en charge	<p>Certains aliments ou boissons aident à se prémunir contre la COVID-19 ou la guérissent.</p> <p>Le lavage d'une certaine manière prévient ou guérit COVID-19.</p> <p>Certains médicaments préviennent ou traitent la COVID-19.</p> <p>Les rapports sexuels guérissent la COVID-19.</p> <p>Il y a un nouveau remède qu'on cache aux populations.</p>	<p>Ayez des relations sexuelles régulièrement pour tuer le coronavirus.</p> <p>On dit que le gouvernement dit de ne manger que ce qui est chaud et se laver à l'eau chaude, car cela guérit le coronavirus.</p> <p>On dit qu'en Italie, le remède contre le coronavirus a enfin été trouvé.</p> <p>Boire de l'eau de concombre tous les matins est très efficace pour éliminer le virus COVID-19.</p> <p>Le médicament (Remdesivir) existait avant corona, ils ont créé leur virus et aussi les médicaments pour gagner de l'argent par la mort de milliers de personnes. Le monde est pourri au sommet.</p>
Perception du risque ou de vulnérabilité	<p>COVID-19 ne tue ni n'infecte certaines personnes (p. ex. âge, groupe sanguin, situation économique).</p> <p>COVID-19 ne tue ni n'affecte les Africains ou les Noirs.</p>	<p>Un africain ou un black ne peut attraper le coronavirus à cause de la peau noire.</p> <p>La composition génétique du sang africain résiste au coronavirus.</p> <p>Le coronavirus ne tue pas les enfants, mais attaque les gens qui sont très vieux et les tue.</p>
Perception de la gravité et symptômes de la maladie	<p>Les fermetures et les effets économiques de la pandémie sont pires que le virus lui-même.</p> <p>COVID-19 s'est affaibli ou n'est plus une menace</p>	<p>Le coronavirus tue plus vite qu'Ébola.</p> <p>Le paludisme est bien pire que la COVID-19 en termes de mortalité.</p> <p>Les patients qui survivent à la COVID-19 souffrent toujours de problèmes cardiaques.</p> <p>La menace de la COVID-19 est exagérée par les autorités politiques et sanitaires ;</p> <p>Un patient sur 20 ressentira à nouveau les symptômes de la maladie un mois, voire près de 3 mois après la première apparition de symptômes.</p>

Source : recueillies par Natalie Tibbels et al (2021) Traduction par Bassemory Koné et Kela F. Tagouya¹

¹ « Effets des-Fake news sur l'adhésion aux programmes de vaccination en période de COVID-19 », Communication au colloque international pluridisciplinaire (En ligne) La communication numérique au prisme des transformations sociétales, UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE les 07 & 08 Octobre 2021

Graphique 50 : Opinions sur certaines rumeurs relatives à la COVID-19



Source : Auteurs de l'étude, 2021

La population estime que la principale source de rumeurs pour la COVID-19 est les réseaux sociaux numériques (60,98%) suivie de la communication interpersonnelle (34,75%) et les proches (26,65%). La population reconnaît que la principale source de rumeurs pour la COVID-19 est les réseaux sociaux numériques (60,98%) suivie de la communication interpersonnelle (34,75%) et les proches (26,65%).

Tableau 8 : Sources fréquentes de rumeurs (%)

Sources fréquentes de rumeurs	Pourcentage
Télévision	12,90%
Radio	1,81%
Journaux papier	4,58%
Média en ligne	10,23%
Réseaux sociaux numériques	60,98%
Communication interpersonnelle	34,75%
Proches	26,65%
Guide religieux	0,43%
Travail/école	6,82%
Autres	3,41%

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Si le tableau ci-dessus présente les principales sources des rumeurs selon les enquêtés de cette étude, il convient de préciser que les réseaux sociaux numériques avec plus 60%, la communication interpersonnelle 34,75% et les proches 26,65%.

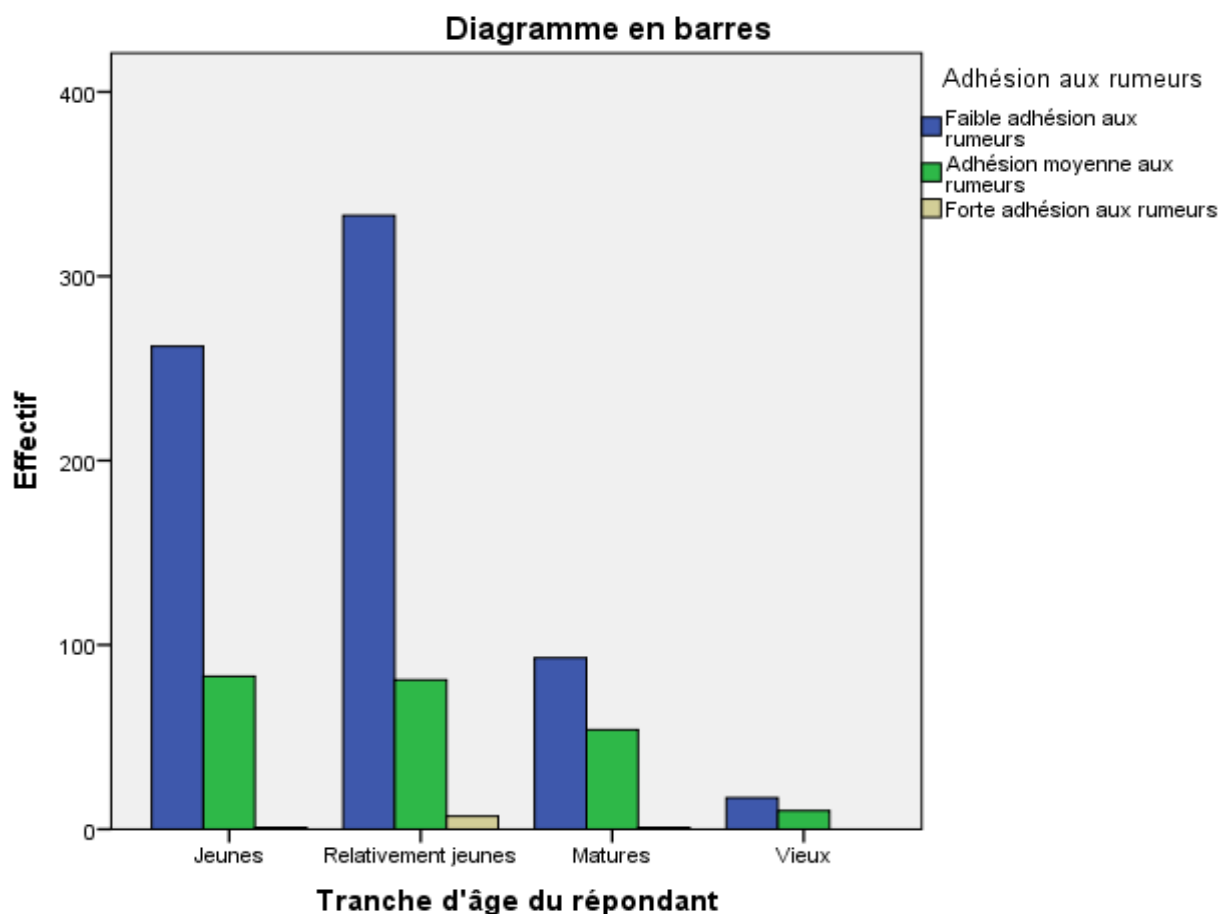
Selon les enquêtés, la rumeur a joué un rôle majeur dans la gestion de la pandémie de la COVID-19. Aussi, estiment-ils que lesdites rumeurs aient été véhiculées par les réseaux sociaux. En ce qui concerne les « solutions africaines » dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, tous les participants aux discussions de groupe estimaient qu'elles existaient et se montraient enthousiastes quant à leur utilisation. Pour plusieurs enquêtés, le fait que les autorités africaines n'y aient recours que marginalement constituait une preuve de leur inféodation à l'Occident.

Si les rumeurs ont été une difficulté dans la riposte contre la COVID-19, il convient d'indiquer que les croyances typiques de l'Africain ont joué un rôle significatif dans la relation à la COVID-19. Le degré de croyance en Dieu à travers les pratiques religieuses (Islam, Christianisme et autres croyances traditionnelles) ou non religieuse (intuition, superstition et autres). S'en remettre à Dieu, en tant que rédempteur, chez l'ensemble des participants aux entretiens de groupe, on observe les mêmes réactions. La fermeture des lieux de cultes, pendant le confinement, a été perçue comme un acte de blasphèmes pour certains et comme une déception profonde. Ils considèrent tous que leur foi en Dieu peut sauver ou épargner de la contamination de la COVID-19. La foi en Dieu semble à leurs yeux le meilleur bouclier contre toutes formes de maladies. Une forte croyance traverse également la culture populaire des participants, celle de considérer que « les microbes ne tuent pas les africains ». On peut entendre par « microbes » tous types d'entités extérieures qui peut affecter les systèmes immunitaires des africains. Autrement dit, non seulement cette perception de l'invulnérabilité de l'africain est répandue, mais également, elle semble antérieure à l'avènement de la COVID-19. Il se pose alors la problématique de la croyance en la santé. Il existe même une théorie consacrée dans la perspective de modéliser cette réalité du rapport à la santé de la part des africains. La grande majorité des participants accorde une importance indéniable à la médecine traditionnelle ou alternative fondée sur une culture familiale ou communautaire.

4.9.Croyance aux rumeurs

La croyance aux rumeurs qui ont circulé pendant la pandémie a été mesurée en lien avec les catégories sociodémographiques retenues dans le cadre de la recherche.

Graphique 51 : Croyance aux rumeurs selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

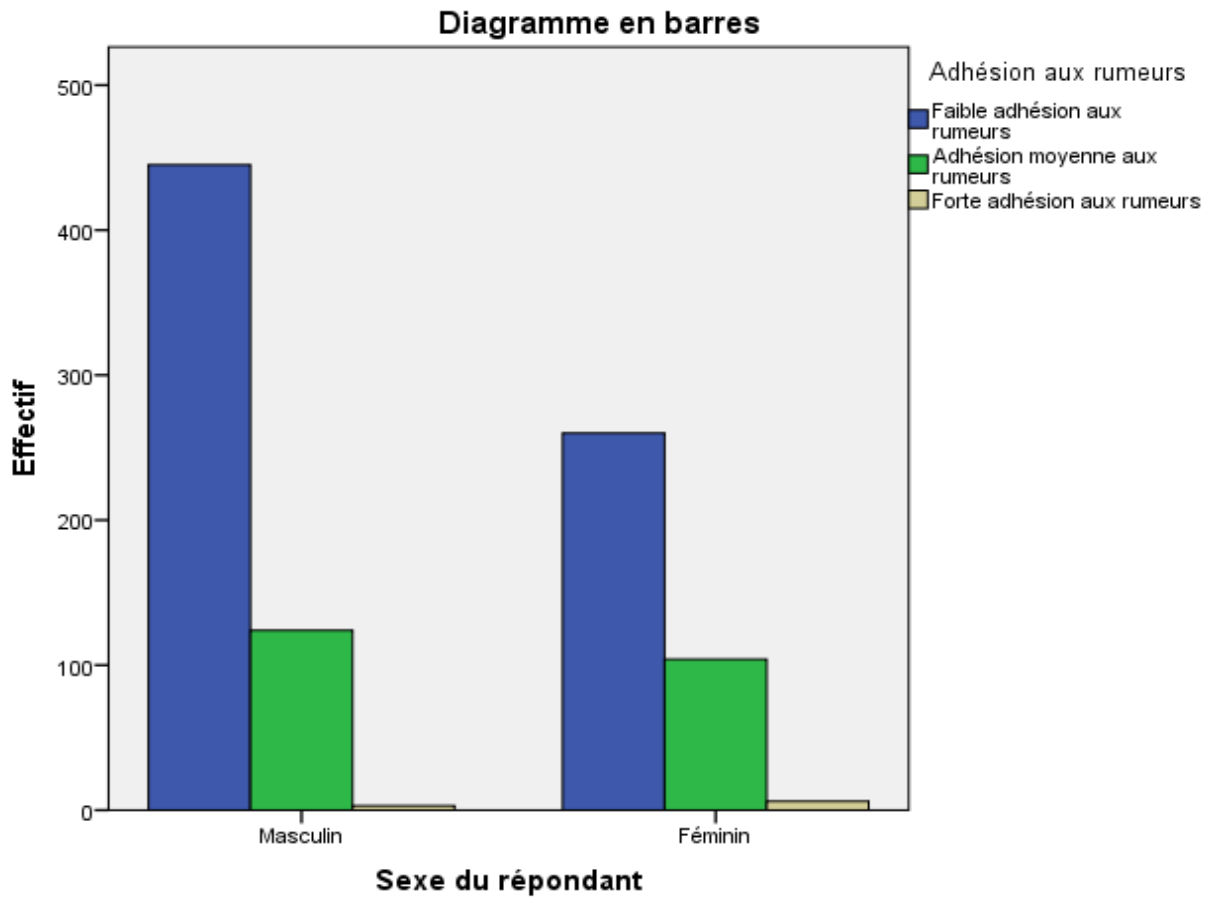
Les résultats de l'étude indiquent que le croisement de la catégorie tranche d'âge avec la croyance aux rumeurs montrent que les enquêtés relativement jeunes croient plus aux rumeurs avec 77,8%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	23,960	6	,001
Rapport de vraisemblance	23,430	6	,001
Association linéaire par linéaire	6,646	1	,010
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Considérant, le test de Khi-deux de Pearson ci-dessus, le coefficient **p est de 0,001 inférieur à 0,05** l'on retient qu'il existe une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des répondants et l'adhésion aux rumeurs sur la COVID-19.

Graphique 52 : Croyance aux rumeurs selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

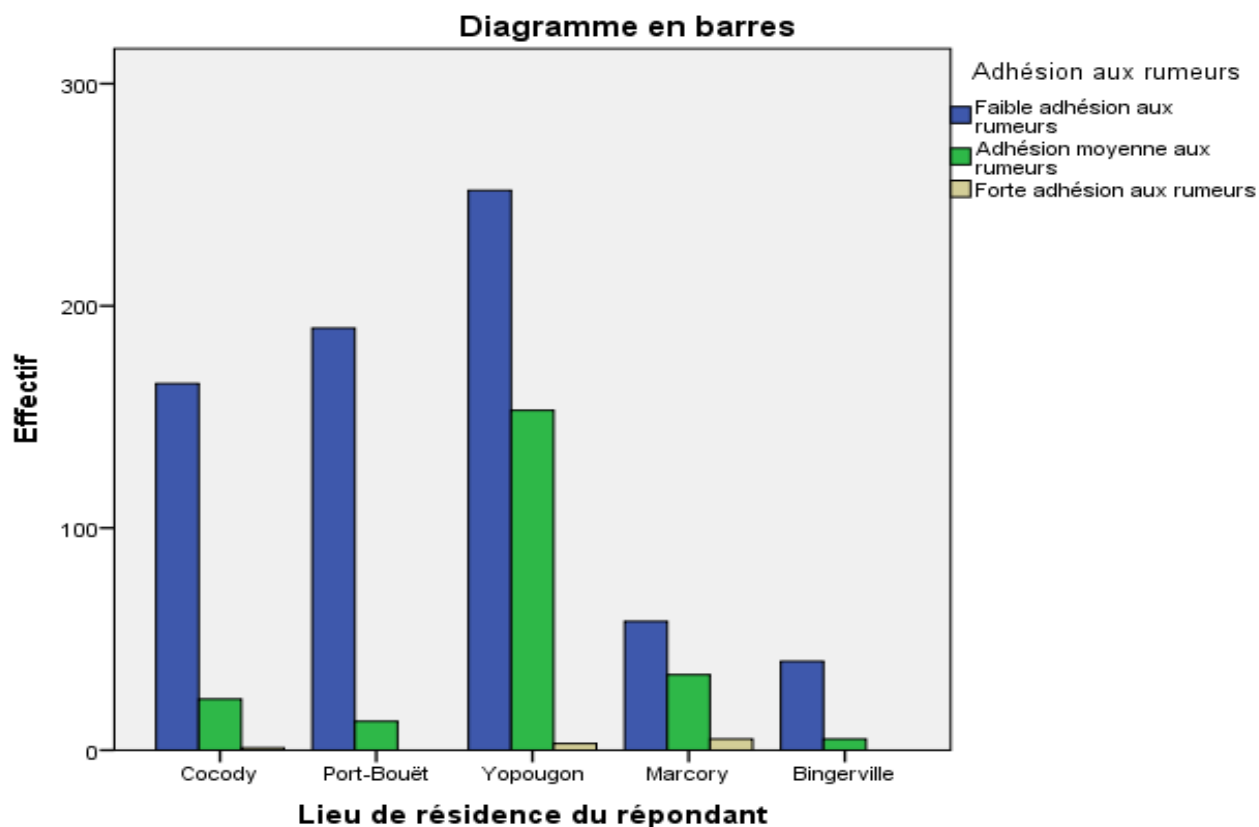
Les résultats de l'étude la croyance aux rumeurs selon le sexe montrent que ce sont les populations féminines qui ont une plus forte croyance aux rumeurs avec 66,7% contre 33,3% des populations masculines de notre échantillon.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,369	2	,015
Rapport de vraisemblance	8,241	2	,016
Association linéaire par linéaire	7,872	1	,005
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En regardant le Khi-deux de Pearson, nous pouvons constater que le coefficient **p est de 0,015 inférieurs à 0,05**, l'on aboutit à la conclusion qu'il existe une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes s'agissant de la croyance aux rumeurs sur la COVID-19.

Graphique 53 : Croyance aux rumeurs selon le lieu de résidence



Source : Auteurs de l'étude, 2021

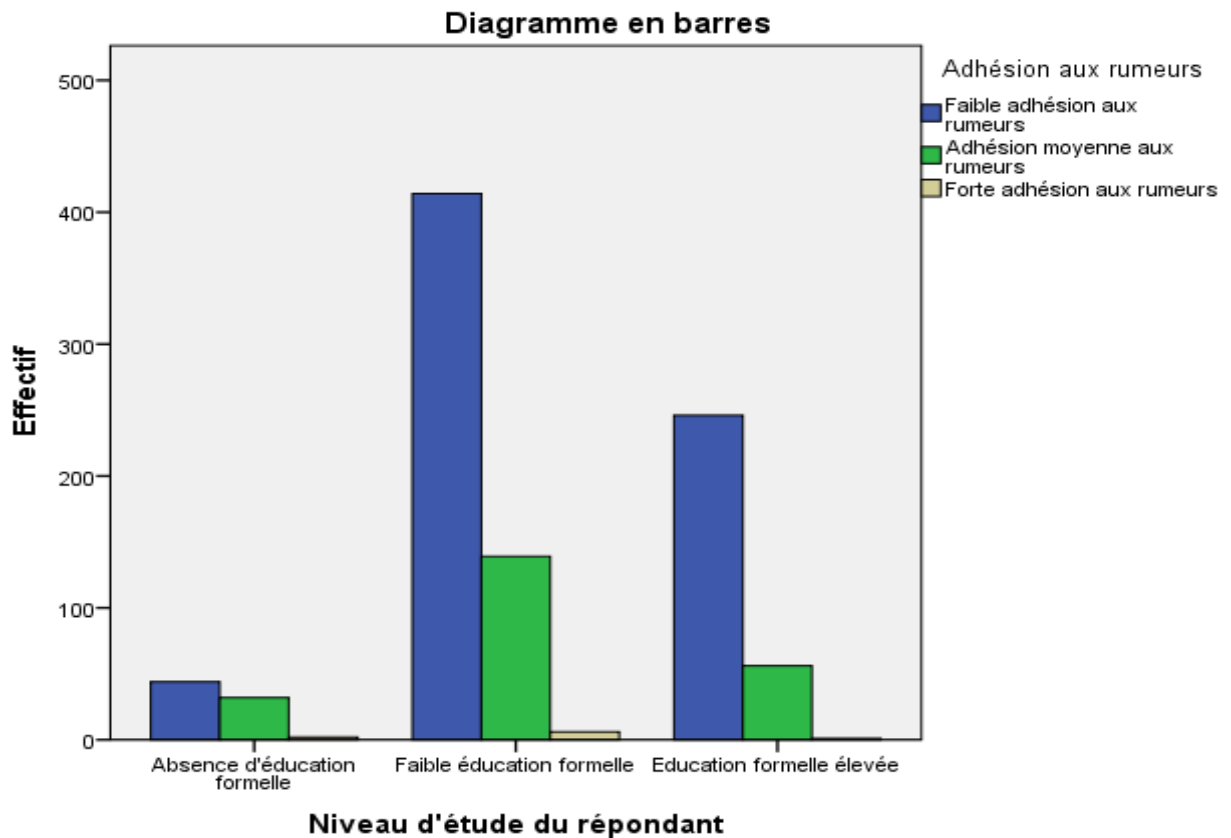
En mettant en relation le lieu de résidence des répondants et leur croyance aux rumeurs, les résultats montrent que les populations de Marcory et de Yopougon ont une forte croyance aux rumeurs avec respectivement 55,6% et 33,3% de score obtenus.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	123,330	8	,000
Rapport de vraisemblance	126,015	8	,000
Association linéaire par linéaire	38,767	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En considérant le test de Khi-deux de Pearson, le constat révèle que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**, on remarque qu'il existe une différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes s'agissant du niveau de connaissance de la COVID-19.

Graphique 54 : Croyance aux rumeurs selon le niveau d'étude



Source : Auteurs de l'étude, 2021

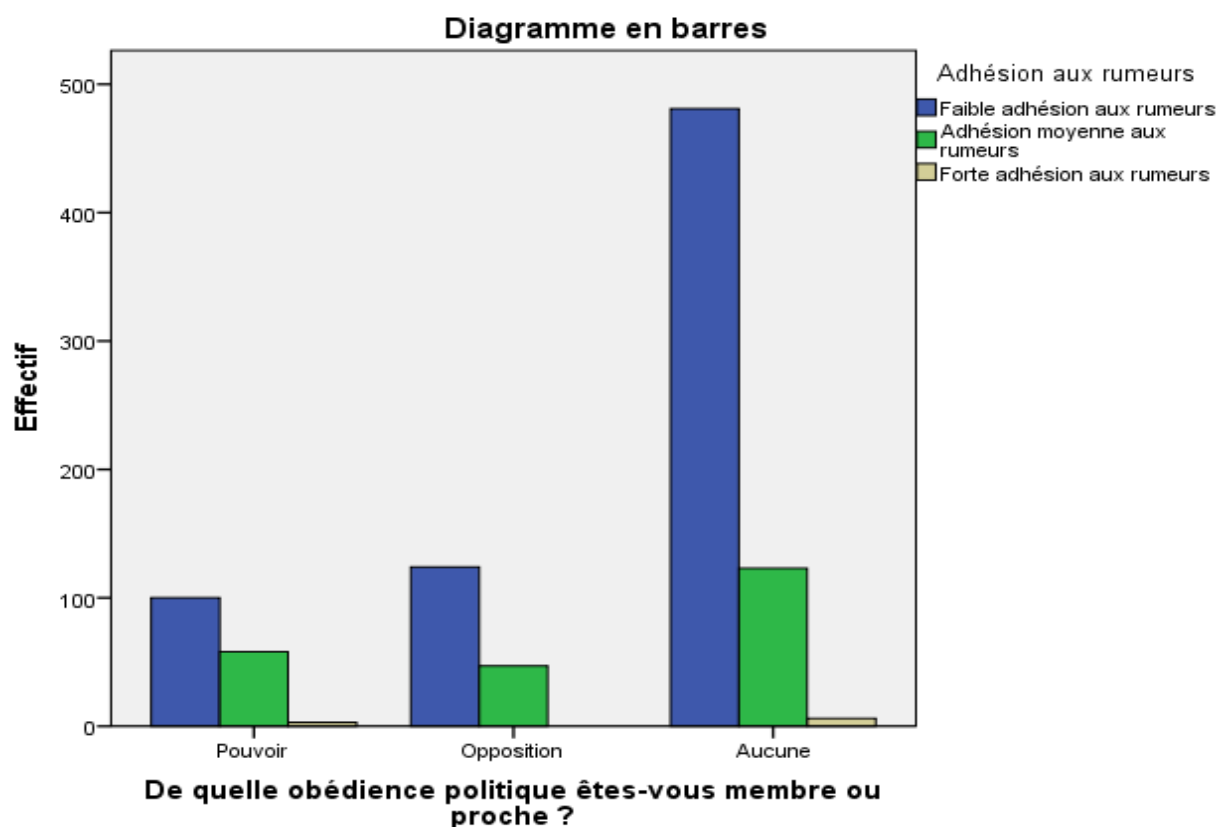
En croisant le niveau d'étude des répondants et croyance aux rumeurs sur la COVID-19, il apparaît que ceux ayant un faible niveau éducation formelle obtiennent 66,7% de la variable forte adhésion aux rumeurs contre 22,2% des répondants qui une absence d'éducation formelle liée à cette même variable.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	21,988	4	,000
Rapport de vraisemblance	20,782	4	,000
Association linéaire par linéaire	19,353	1	,000
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En regardant le Khi-deux de Pearson nous constatons que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**, l'on note qu'il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'étude et la croyance aux rumeurs sur la COVID-19.

Graphique 55 : Croyance aux rumeurs selon l'obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

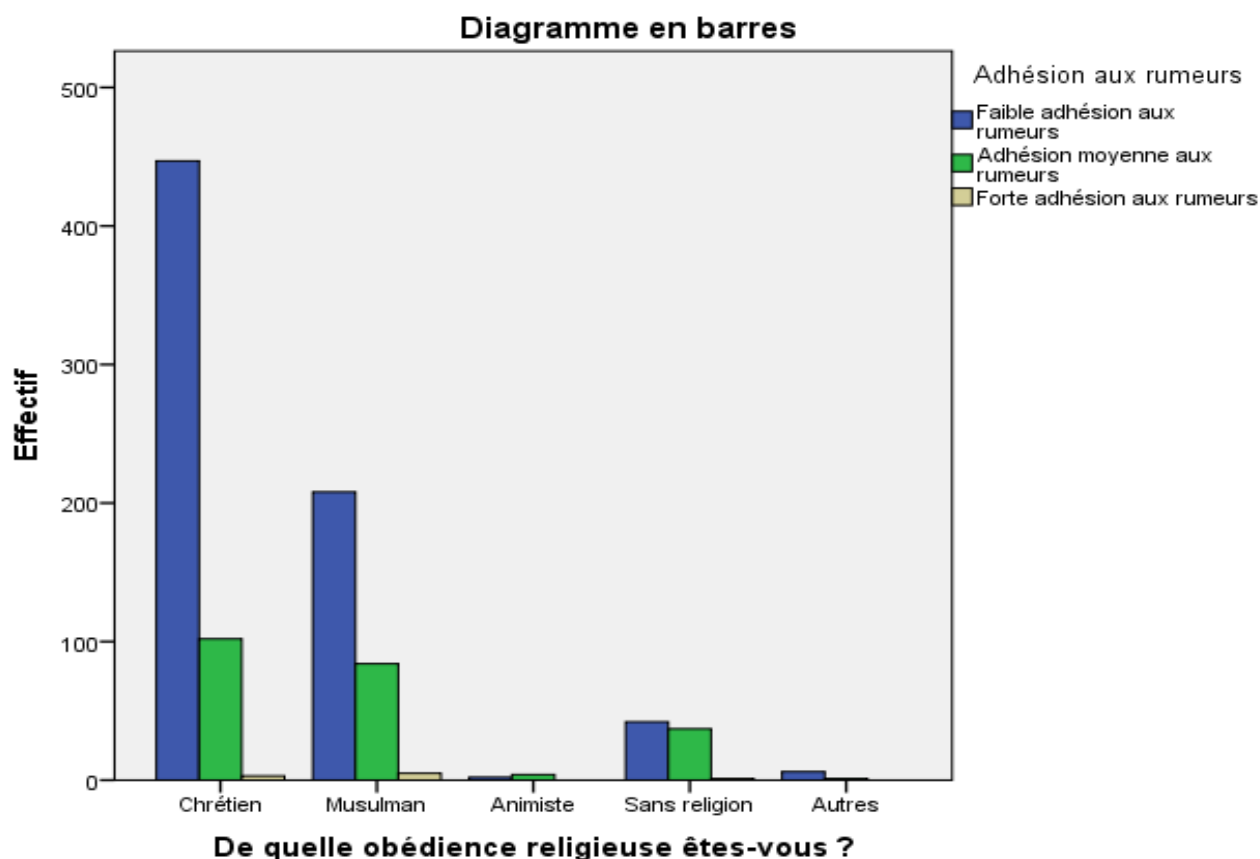
En considérant l'obédience politique des enquêtés, globalement, l'on peut noter qu'il y a une faible croyance aux rumeurs. Néanmoins, il convient de relever que ceux qui déclarent n'avoir aucune obédience politique sont plus nombreux que ceux qui ont une obédience soit proche du pouvoir ou de l'opposition. Dans cette dernière catégorie, on relève que les enquêtés proches de l'opposition obtiennent 72,5% de personnes qui ont une faible croyance aux rumeurs.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	22,118	4	,000
Rapport de vraisemblance	22,634	4	,000
Association linéaire par linéaire	18,095	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet de constater que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05** et l'on peut retenir qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience politique des enquêtés et leur croyance aux rumeurs qui circulent sur la COVID-19.

Graphique 56 : Croyance aux rumeurs selon l'obédience religieuse



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Selon l'obédience religieuse des enquêtés, la croyance aux rumeurs se présente comme suit : les personnes d'obédience chrétienne ont une faible adhésion aux rumeurs à raison de 81% des enquêtés de cette catégorie contre 70% des personnes d'obédience musulmane.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	43,685	8	,000
Rapport de vraisemblance	40,347	8	,000
Association linéaire par linéaire	30,812	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux de Pearson permet constater que le coefficient **p** est de **0,000** inférieur à **0,05**. L'on peut conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre l'obédience religieuse et l'adhésion aux rumeurs qui circulent sur la COVID-19.

4.10. Solutions africaines, entre rumeurs, croyances et réalité

De nombreux traitements ou autres solutions africaines ont été utilisés dans la lutte contre cette pandémie en Côte d'Ivoire. Ainsi, les principales solutions africaines dans la lutte contre la COVID-19 énumérées par les enquêtés sont les suivantes :

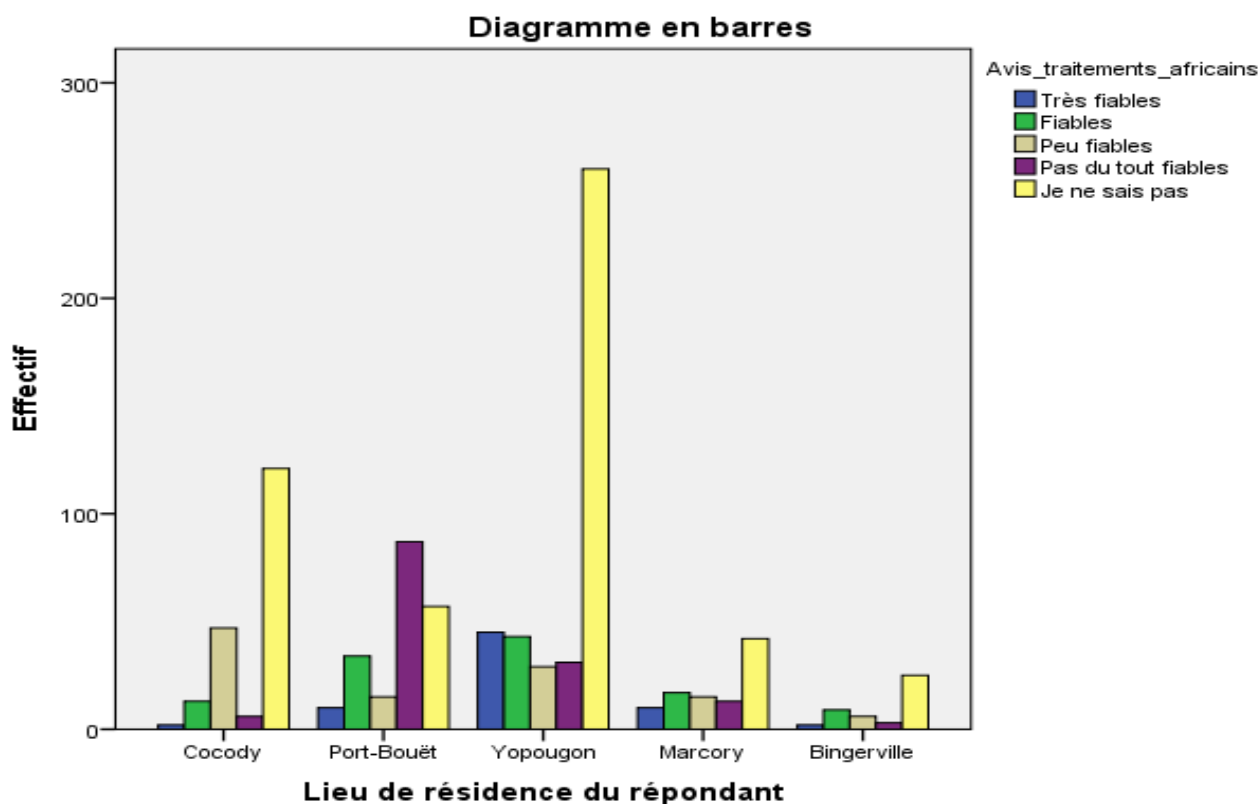
Tableau 9 : Présentation des principales solutions africaines

Solutions	Pourcentage
Chloroquine	14,78%
COVID-organics	32,30%
Jaune amer	45,36%
Pfizer	0,34%
Artemisia	21,99%
Basilic	8,93%
Feuilles de neem	69,42%
Djeka*	40,89%

Source : Auteurs de l'étude, 2021

* Djéka : type de feuille (transformée en tisane ou liker) pour lutter contre la COVID-19

Graphique 57 : Solutions africaines selon le lieu d'habitation



Source : Auteurs de l'étude, 2021

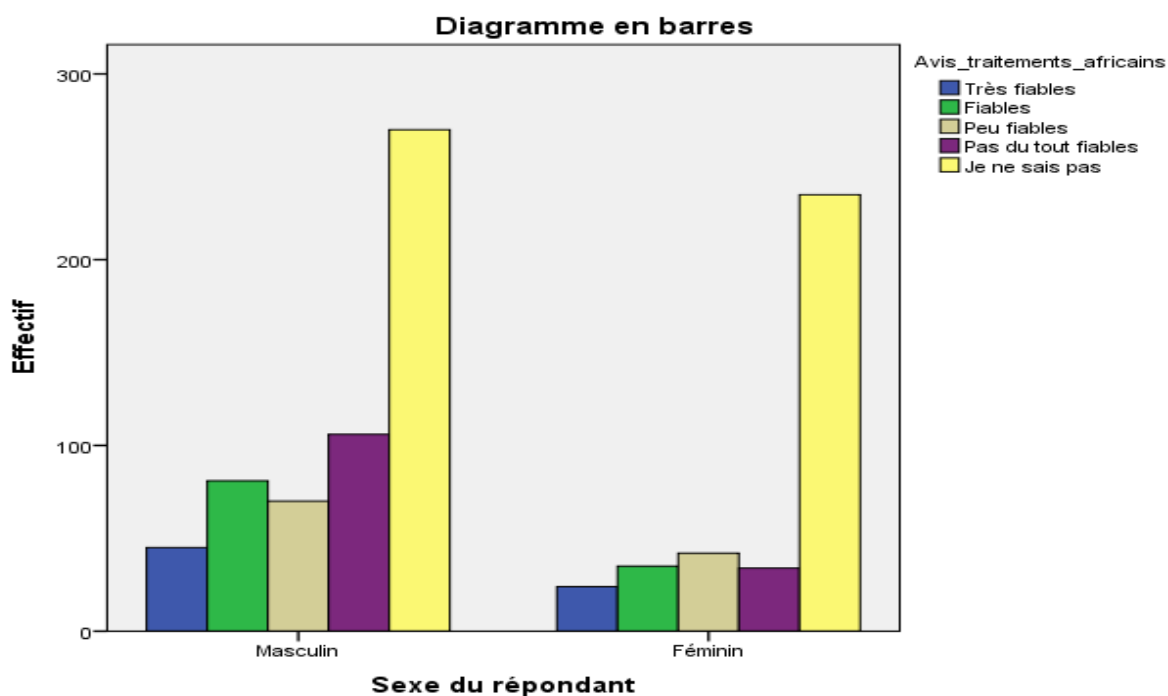
Globalement, l'on note que les répondants dans leur majorité (63,5%) disent ne pas savoir si les solutions africaines sont fiables ou pas. Toutefois, les résultats de l'enquête à travers le diagramme ci-dessus montrent que les répondants ont eu recours ou ont une confiance dans les solutions africaines variablement selon leur lieu de résidence. La commune de Yopougon se démarque très clairement avec un pourcentage élevé (65,2%). Tandis que, c'est dans la commune de Port-Bouët que le pourcentage est bas (62,1%) des répondants qui disent que les solutions africaines ne sont pas du tout fiables.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	252,706	16	,000
Rapport de vraisemblance	233,247	16	,000
Association linéaire par linéaire	4,590	1	,032
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le test de Khi-deux (coefficient p est de 0,000 inférieur à 0,05) nous montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre le lieu de résidence et la fiabilité reconnue aux solutions africaines sur la COVID-19.

Graphique 58 : Solutions africaines selon le sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

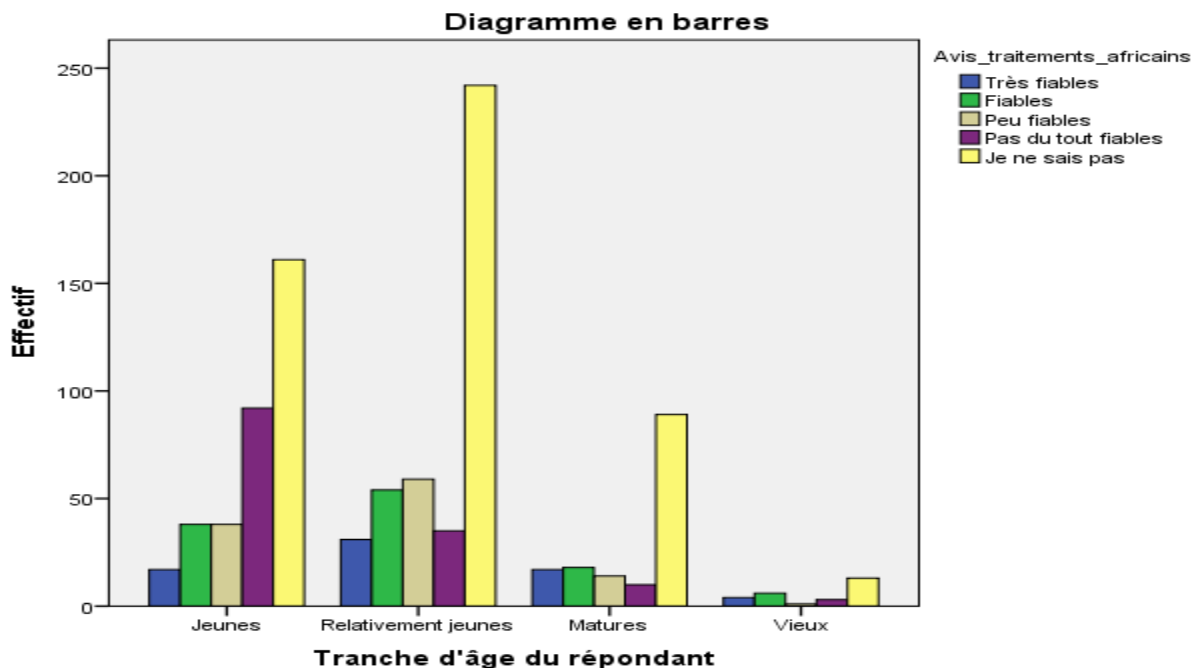
Le graphique indique que c'est beaucoup plus chez les répondants masculins (69,8%) que les solutions africaines sont considérées comme fiables.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	29,109	4	,000
Rapport de vraisemblance	29,957	4	,000
Association linéaire par linéaire	11,755	1	,001
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le coefficient **p de 0,000, inférieur à 0,05** montre qu'il existe une différence statistiquement significative entre le sexe et l'adhésion aux solutions africaines qui circulent sur la COVID-19. Les résultats obtenus mettent en lumière le fait que les enquêtés de sexe masculin sont les plus enclins à adopter l'usage des solutions africaines.

Graphique 59 : Solutions africaines selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

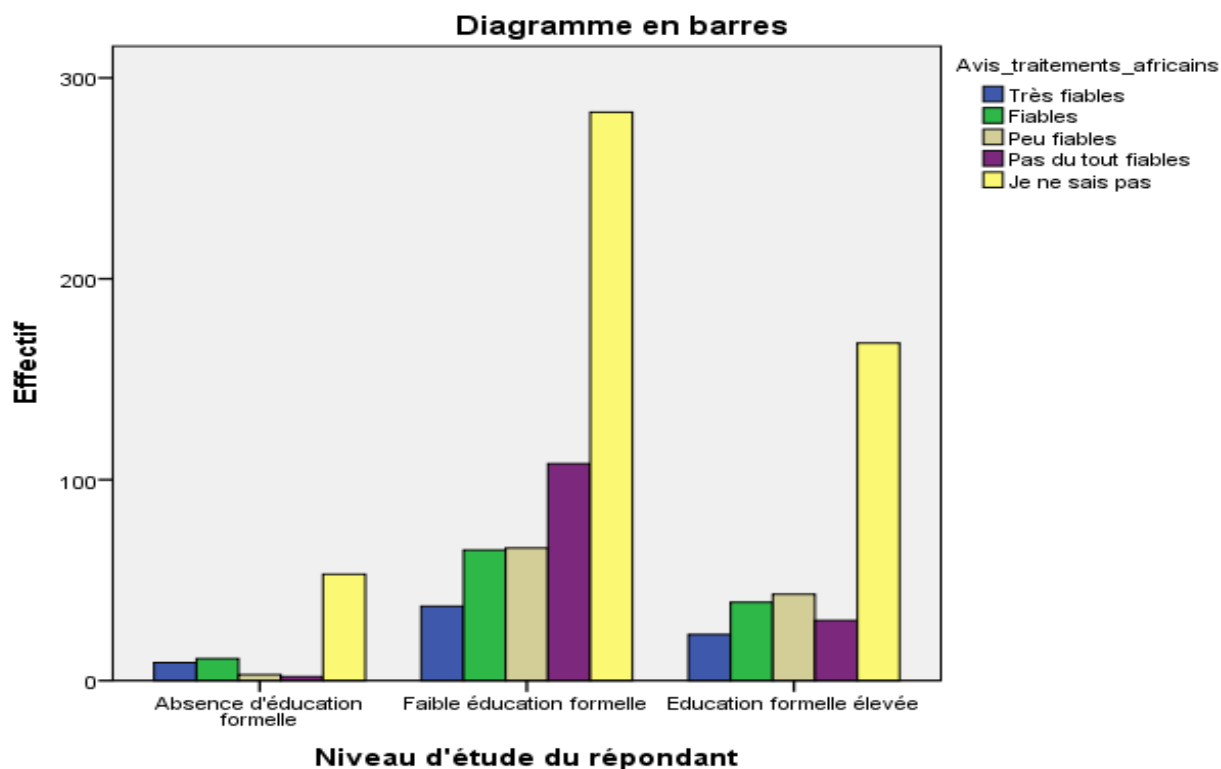
En prenant en compte la tranche d'âge dans la perception sur les traitements africains contre la COVID-19, il ressort que les jeunes (65,7%) et les populations relativement jeunes (25%) pensent que les solutions africaines ne sont pas du tout fiables.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	71,854	12	,000
Rapport de vraisemblance	69,340	12	,000
Association linéaire par linéaire	1,454	1	,228
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En nous référant au résultat du test regardant le Khi-deux (**p est de 0,000 inférieur à 0,05**), l'on aboutit à la conclusion permettant de dire qu'il existe une différence statistiquement significative entre la tranche d'âge des répondants et la fiabilité reconnue des solutions africaines dans la lutte contre la COVID-19.

Graphique 60 : Solutions africaines selon le niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

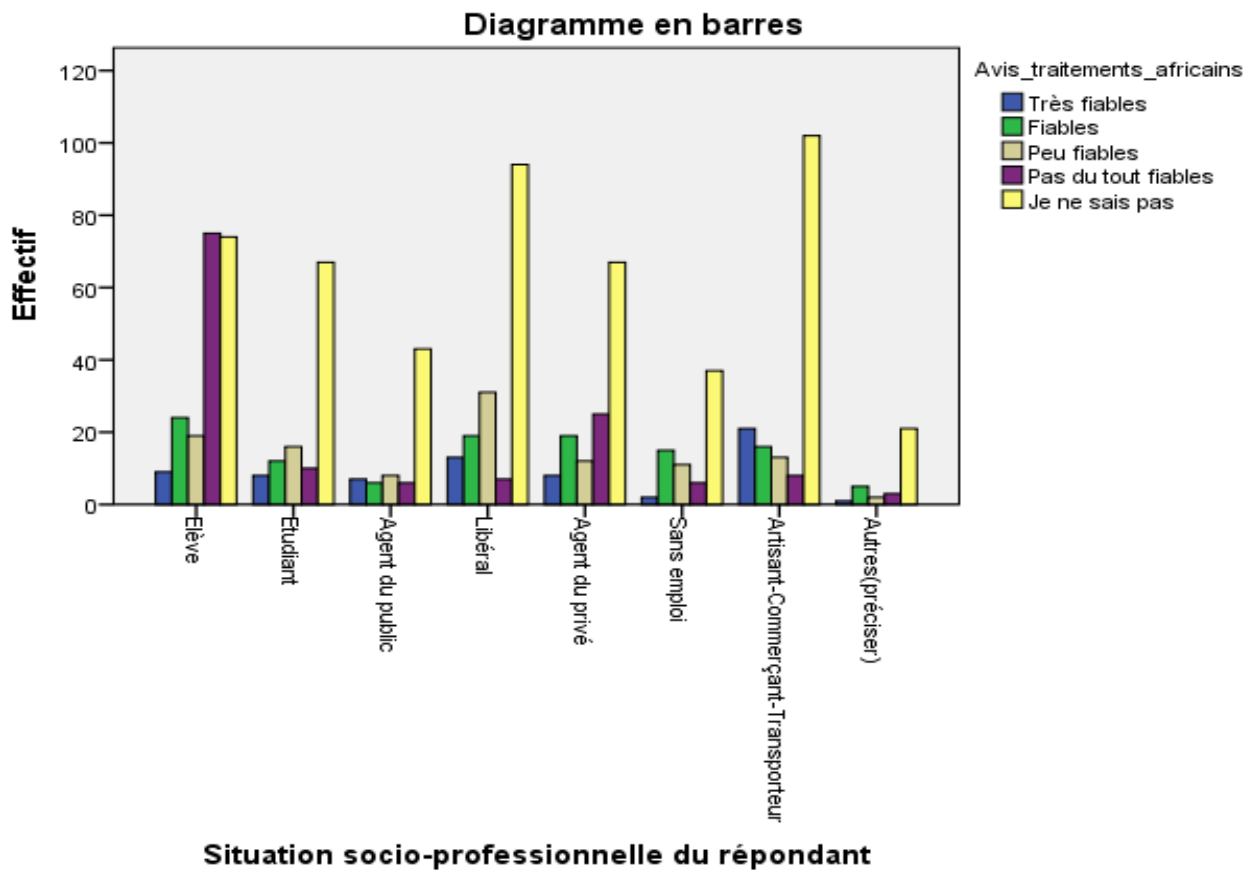
Le niveau d'instruction a été croisé avec les avis sur le traitement africain contre la COVID-19, il apparaît dans les résultats dans ce diagramme que les répondants ayant une faible éducation formelle (77,1%) pensent que les solutions africaines ne sont pas fiables. Alors 33,9% de ceux qui ont une éducation formelle élevée trouvent que les traitements africains sont fiables.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	32,868	8	,000
Rapport de vraisemblance	38,121	8	,000
Association linéaire par linéaire	,253	1	,615
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En regardant le Khi-deux de Pearson nous constatons que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. À la suite du test de khi-deux, l'on remarque qu'il existe une différence statistiquement significative entre le niveau d'instruction et leur avis sur les solutions africaines contre la COVID-19.

Graphique 61 : Solutions africaines selon la catégorie socio-professionnelle



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Globalement, les résultats de ce diagramme montrent que ce sont les élèves (53,6%) qui déclarent que les traitements de solutions africaines ne sont pas du tout fiables.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	149,529	28	,000
Rapport de vraisemblance	138,357	28	,000
Association linéaire par linéaire	,107	1	,744
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En regardant le Khi-deux de Pearson nous constatons que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. Suite à ce test, on retient qu'il existe une différence statistiquement significative entre la catégorie socio-professionnelle et l'avis favorable aux traitements de solutions africaines sur la COVID-19.

CHAPITRE V : LA GESTION DE LA COMMUNICATION A L'ÉPREUVE DE LA VACCINATION

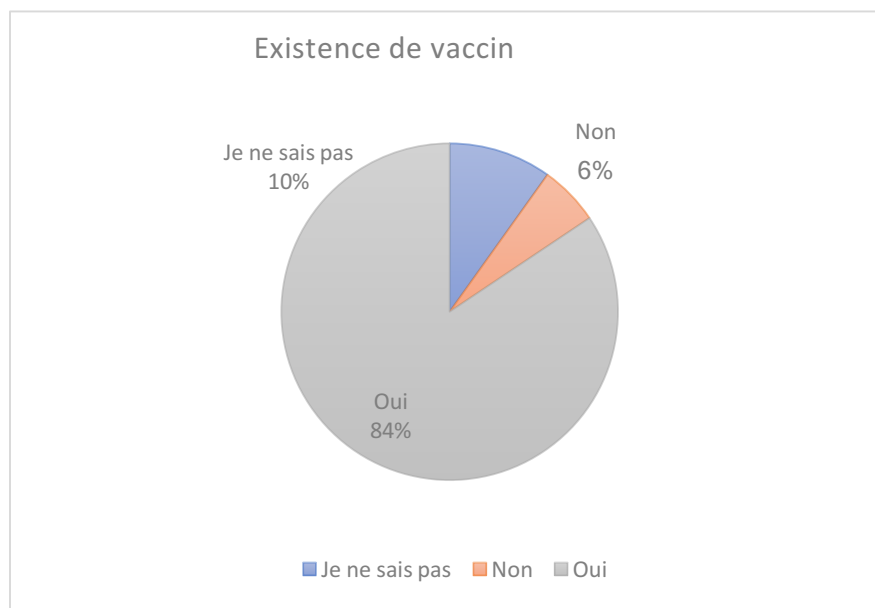
Ce chapitre présente les principales données croisées des enquêtes quantitatives (la suite de ces données est en annexes). En outre, nous exposons les données qualitatives issues des focus group et des deux vagues des enquêtes par interception. Le questionnaire a été administré par une équipe de 05 doctorants et 05 (étudiants en Master) dans les cinq communes du champ de l'étude. Les Focus Group réalisés entre la date du 01 avril et le 20 mai 2021. Il faut peut-être préciser que l'enquête par questionnaire s'est faite au moment du démarrage de la vaccination en Côte d'Ivoire. Cette enquête a été réalisée pendant les premiers mois après le démarrage de la campagne de vaccination. Ainsi, elle a permis de collecter l'avis des enquêtés sur leur volonté de se faire vacciner.

5.1. Résultats de l'enquête quantitative par questionnaire

5.1.1. Connaissance, perception et attitudes en rapport avec la vaccination

L'existence d'un vaccin contre la COVID-19 est connue puisque 84,39% de la population atteste de son existence. Le graphique ci-dessous indique bien que seulement 10% des personnes interrogées déclarent ne pas savoir et 6% disent ne pas savoir qu'il existe un vaccin contre la COVID-19.

Graphique 62 : Connaissance de l'existence du vaccin

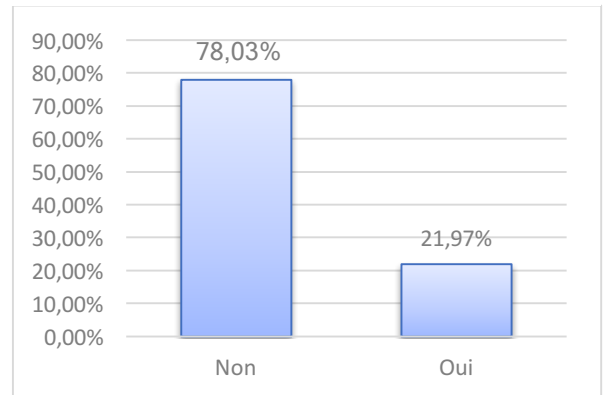
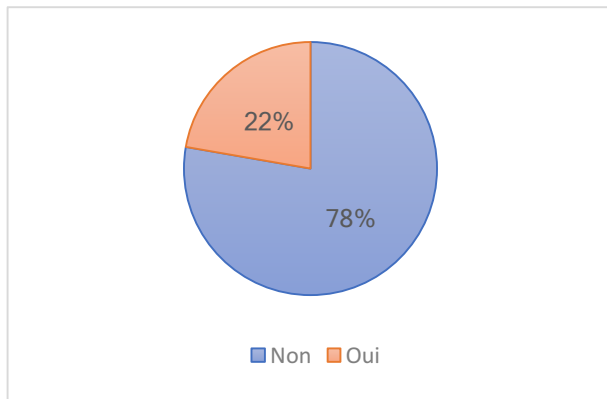


Source : Auteurs de l'étude, 2021

Tous les participants à l'enquête ont affirmé n'avoir pas été vaccinés contre la COVID-19 en avril 2021. Ils sont unanimement sceptiques quant au bien-fondé de ce vaccin. Dans ce sens, la plupart des enquêtés (78%) affirmaient redouter des conséquences négatives sur la santé des vaccinés. Les perceptions sont de divers ordres fondées sur un ensemble d'arguments. Pour les uns, le vaccin a été élaboré dans un temps trop court pour être fiable. Tandis que les scientifiques et l'histoire des vaccins

nous indiquent qu'il faut un minimum de dix ans pour avoir un vaccin fiable. La particularité de la COVID-19 a imposé une célérité pour l'obtention du vaccin et cela à tout prix.

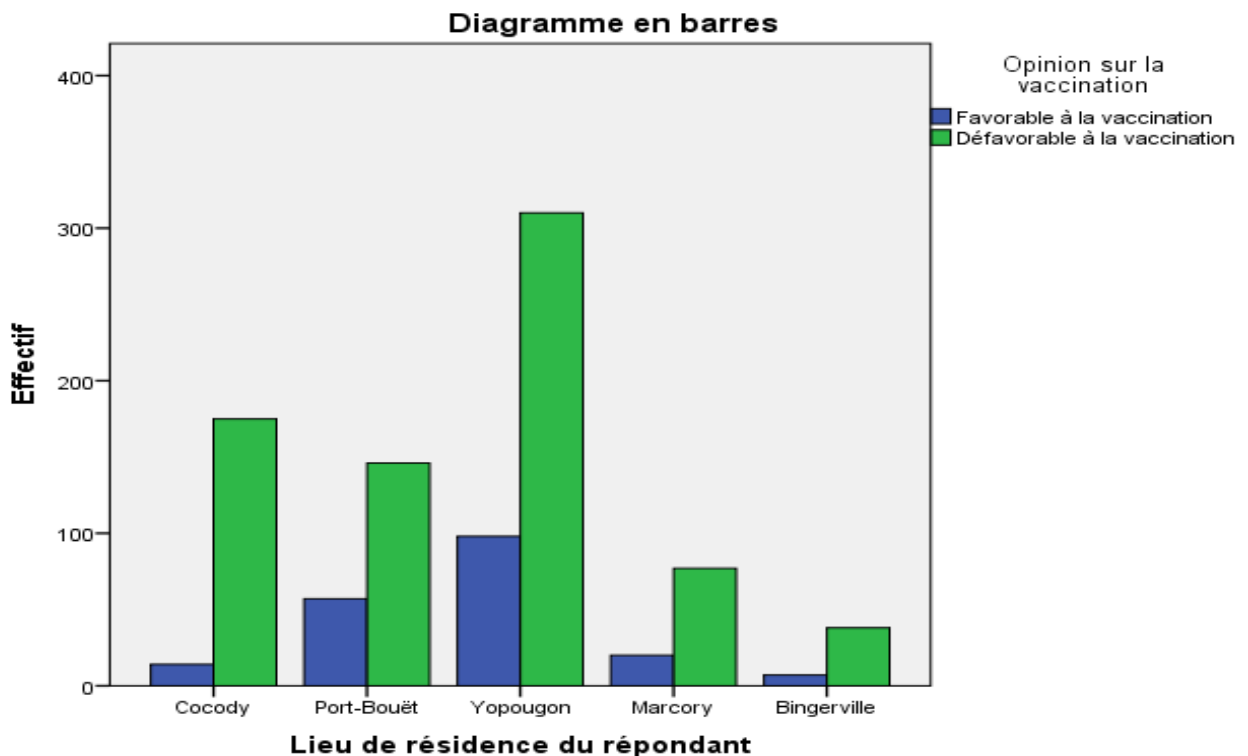
Graphique 63 : Niveau de confiance au vaccin (%) **Graphique 64 : Personnes prêts à se faire vacciner (%)**



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Ci-après, on peut apprécier les résultats selon le lieu d'habitation, selon le sexe, selon la tranche d'âge, selon le niveau d'instruction et selon la catégorie socioprofessionnelle. Il importe de préciser que la période de réalisation de cette enquête était globalement défavorable au vaccin en raison de la rapidité avec laquelle ce vaccin a été mis en place dans le monde.

Graphique 65 : Avis sur le fait d'être prêt à se faire vacciner selon le lieu d'habitation



Source : Auteurs de l'étude, 2021

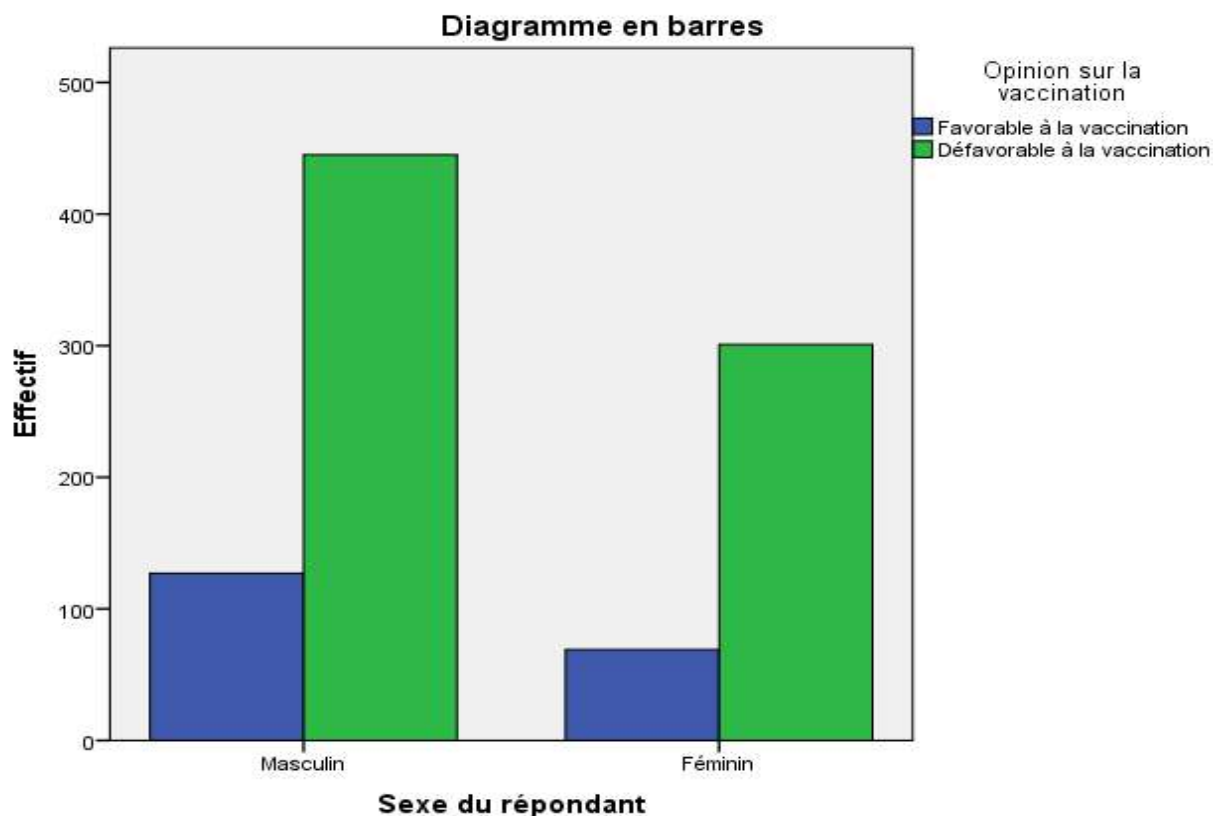
En prenant en compte les lieux de résidence croisés avec l'opinion sur la vaccination, il appert que les enquêtés qui vivent dans les communes de Cocody et de Yopougon sont les plus défavorables à la vaccination avec respectivement les scores 92,6% et 76%. Tandis que ceux vivant dans les communes de Port-Bouët obtiennent 71,9%, le score le plus bas.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	30,420	4	,000
Rapport de vraisemblance	35,114	4	,000
Association linéaire par linéaire	5,431	1	,020
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Avec le test de Khi-deux de (le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**), l'on peut conclure qu'il existe une différence statistiquement significative entre les lieux de résidence et l'opinion sur la vaccination contre la COVID-19.

Graphique 66 : Avis sur le fait d'être prêt à se faire vacciner par sexe



Source : Auteurs de l'étude, 2021

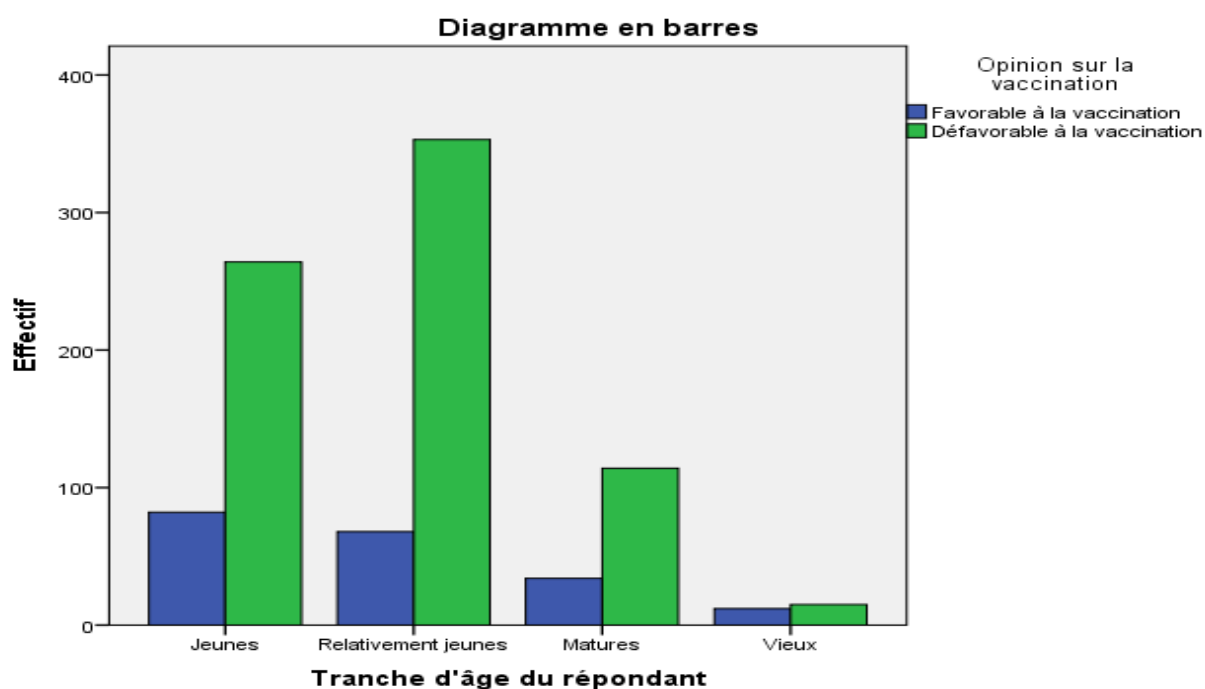
Le sexe a été une catégorie mise en relation avec l'opinion sur la vaccination. Les résultats indiquent que 77,8% des hommes sont défavorables à la vaccination contre 81,4% des femmes.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,722	1	,189
Correction pour la continuité	1,513	1	,219
Rapport de vraisemblance	1,740	1	,187
Test exact de Fisher			
Association linéaire par linéaire	1,721	1	,190
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le Khi-deux (le coefficient **p** est de **0,189** supérieur à **0,05**) permet de conclure qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes s'agissant du niveau de connaissance de la COVID-19.

Graphique 67 : Avis sur le fait d'être vacciné selon la tranche d'âge



Source : Auteurs de l'étude, 2021

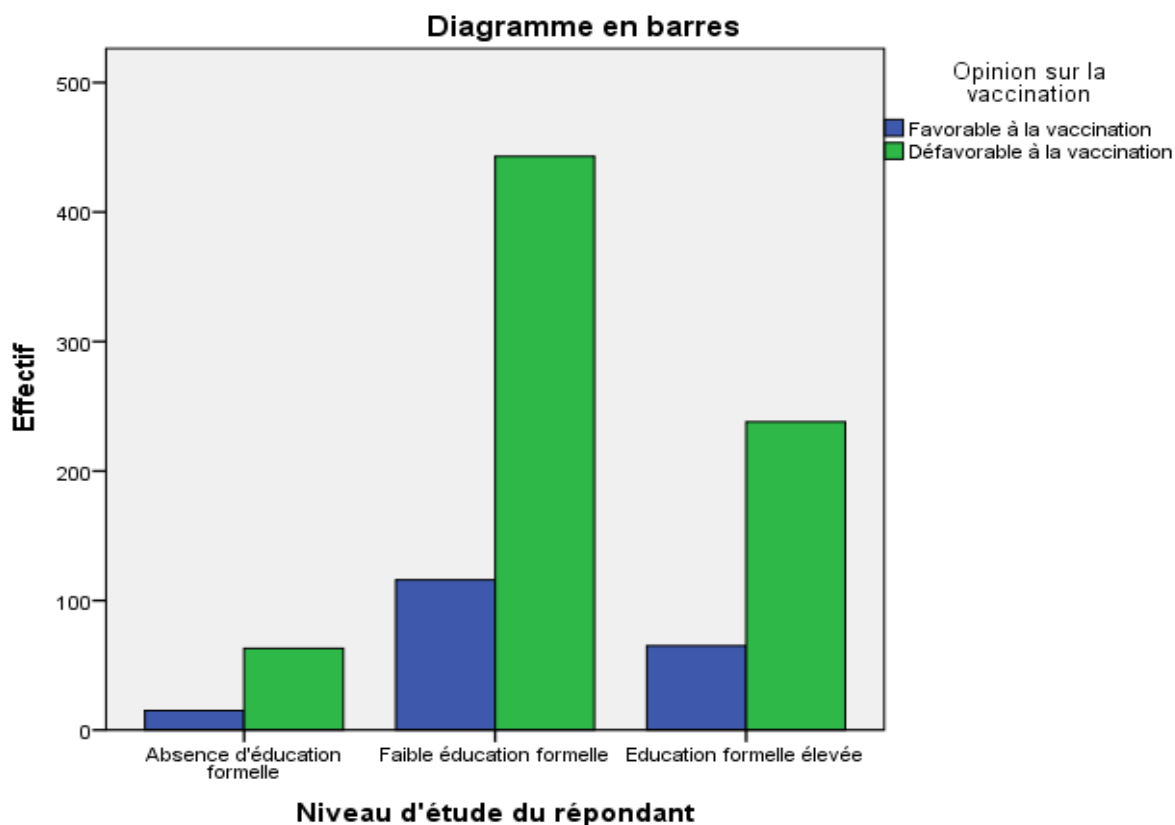
Le croisement de la variable tranche d'âge et l'opinion sur la vaccination a été réalisé. Il en ressort que les tranches relativement jeunes et les matures ont des opinions défavorables à la vaccination avec les scores respectifs 88,3% et 77%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	16,870	3	,001
Rapport de vraisemblance	15,575	3	,001
Association linéaire par linéaire	,372	1	,542
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En se fiant le Khi-deux de Pearson, l'on peut constater que le coefficient **p est de 0,001 inférieur à 0,05**. À la suite de ce test, l'on note qu'il existe une différence statistiquement significative entre les tranches d'âge et la volonté de faire le vaccin contre la COVID-19.

Graphique 68 : Avis sur le fait d'être vacciné selon le niveau d'instruction



Source : Auteurs de l'étude, 2021

La volonté de faire le vaccin ne varie pas sensiblement avec le niveau d'instruction. : les personnes ayant une faible niveau éducation formelle sont défavorables à la vaccination à 79,2% contre 78,5% de ceux ayant un niveau d'éducation formelle élevé et 80,8% de ceux qui ont une absence d'éducation formelle.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,194	2	,908
Rapport de vraisemblance	,196	2	,907
Association linéaire par linéaire	,176	1	,675
Nombre d'observations valides	940		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En regardant le Khi-deux de Pearson nous constatons que le coefficient **p est de 0,908 supérieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). Après ce test, l'on conclut qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les niveaux d'étude et les opinions sur la vaccination.

La volonté de se faire vacciner a été appréciée selon la catégorie socio-professionnelle. Les informations contenues dans le tableau ci-dessus indiquent que les étudiants constituent la population la moins disposée à faire le vaccin. Cette catégorie est suivie des artisans, les commerçants et les transporteurs avec 83,13%. Les agents du public et du privé obtiennent également un taux significatif.

Très peu de personnes ont confiance au vaccin (18,79%) avec pour raisons principales la faible protection que confère le vaccin, les retours médiatiques sur le vaccin et l'avis favorable du gouvernement sur l'efficacité du vaccin. Ces chiffres pourraient justifier la faible adhésion à la campagne de vaccination. L'étude révèle que seulement 21,97% de la population est prête à se faire vacciner et 75,69% n'encourage pas leurs proches à se faire vacciner à cause de doute sur la fiabilité et de polémique sur le vaccin, potentiels effets secondaires.

Le scepticisme sur l'efficacité de ces vaccins dépasse les frontières, le niveau de culture, les conditions sociales et à bien d'autres aspects de la vie de l'homme. Pour les autres, notamment ceux qui sont influencés par les *complotistes*, les vaccins sont conçus pour réduire les populations africaines. De ce fait, des gouvernants se sont opposés à proposer un échantillon des populations d'Afrique. Cette défiance généralisée vis-à-vis du vaccin transparait dans l'extrait qui suit.

« ... j'ai deux parents qui ont fait le vaccin et après ils ont chuté dans une maladie. Mais je voulais le faire quand même. Donc à l'entrée du centre de vaccination, le vigile à la porte me dit que je suis courageuse hein de vouloir faire ce vaccin. Et il ajoute que lui-même vigile a refusé de faire le vaccin parce que certains de ses proches sont tombés malades après avoir fait le vaccin. Donc tout ça m'a découragé. » (Enquêté de Marcory)

« Nous on pense que la maladie n'existe pas donc on se dit que le vaccin ne sert à rien. Pour que le vaccin serve à quelque chose, il faut que la maladie existe. » (Enquêté de Marcory).

L'une des difficultés qu'évoquent les opposants au vaccin, c'est le déni même de la maladie. Le deuxième extrait ci-dessus indique bien que l'une des conditions pour faire le vaccin consiste à faire la preuve de l'existence du vaccin. Le fait même que les vaccins ne soient pas produits aux mêmes endroits est source ou nature à décrédibiliser le vaccin qu'on leur propose.

« On a peur du vaccin. Les gens disent que le vaccin qui est chez eux là-bas n'est pas le même vaccin que celui qu'on a ici. Ils nous vaccinent mais eux-mêmes ils n'utilisent pas le vaccin. C'est sur les réseaux sociaux qu'on a appris tout ça. » (Enquêté de Cocody)

« Moi ma grande sœur comme ça, elle est professeur d'EPS. Pendant qu'ils ont exigé que tous les professeurs se vaccinent, elle-même était malade le mois passé. Sa maladie a à peu près les mêmes symptômes que le coronavirus. Mais elle était couchée à la maison. Elle n'a pas pris un seul médicament et elle s'est rétablie. Pourtant, elle n'a pas fait le vaccin. Donc personnellement ça ne m'encourage pas à aller faire le vaccin. » (Enquêté de Yopougon)

« Ils vont te faire des injections qui vont te créer plus tard des problèmes... » (Enquêté de Bingerville)

Ces propos des participants aux discussions de groupe révèlent que les populations n'étaient pas disposées à faire le vaccin. Les raisons sont de plusieurs ordres. D'une part, il y a un ensemble d'idées reçues, de rumeurs et de circonstances défavorables au vaccin. D'autre part, la rapidité avec laquelle ces vaccins ont été développés a favorisé l'émergence de réticence de la part des populations et de controverses que cela a créé auprès des scientifiques eux-mêmes.

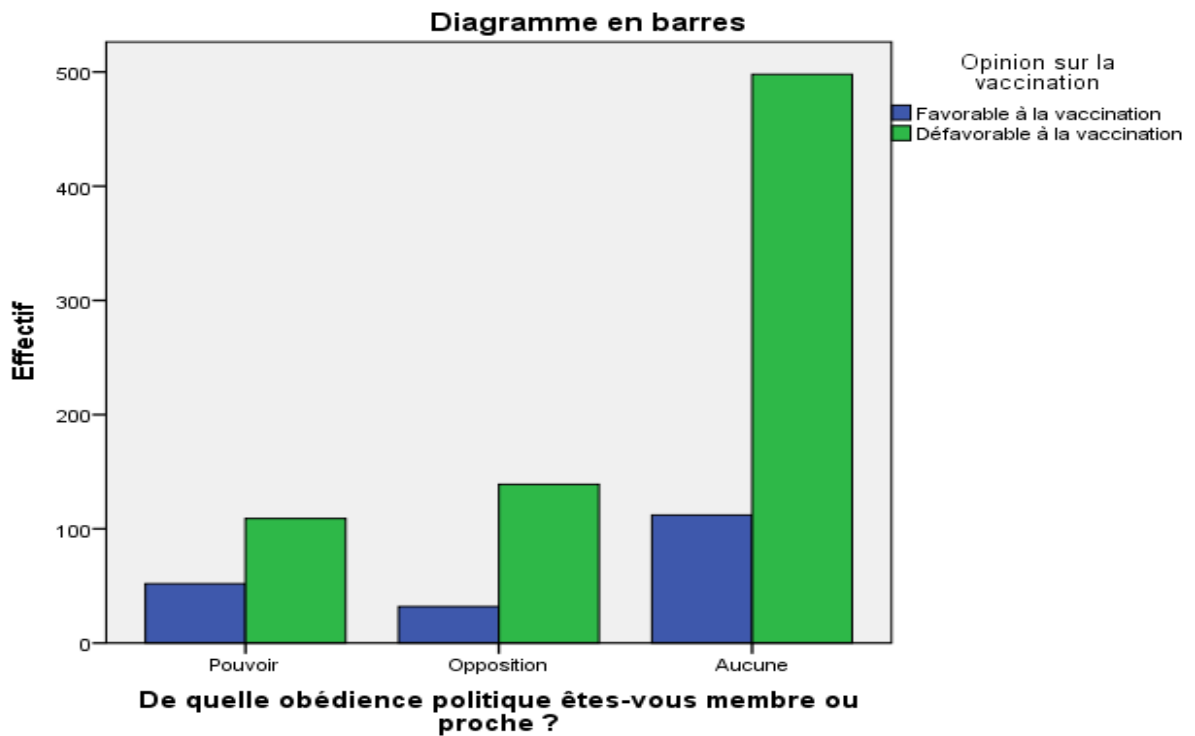
5.2. Les résultats de l'enquête rapide par interception

La première vague de l'enquête rapide par interception effectuée en mai 2021, trois mois après le démarrage de la campagne de vaccination corrobore les résultats présentés ci-dessus. Du point de vue des informateurs non vaccinés, les avantages à se faire vacciner contre la COVID-19 sont nombreux. Leurs perceptions des avantages du vaccin sont ci-après exposées. Elles vont d'un déni des avantages du vaccin à une perception du vaccin comme un outil politique en passant par une perception du vaccin comme un moyen de propagation de la maladie.

Certains inconvénients perçus sont du fait des rumeurs et des polémiques autour du vaccin. D'autres inconvénients perçus sont liés aux effets secondaires et sur la spéculation sur l'efficacité même du vaccin. La dernière catégorie d'inconvénients perçus est construite sur la base des théories conspirationnistes. Au total, les réactions des enquêtés quant aux inconvénients du vaccin se rapportent essentiellement à ses potentiels effets secondaires, aux rumeurs et à la tendance *complotiste ou conspirationniste*. Autrement dit, les raisons avancées par les personnes non vaccinées sont : l'insuffisance d'information et de communication sur le vaccin, les effets néfastes du vaccin, les rumeurs qui circulent autour des vaccins (fake news et théories conspirationnistes) et l'insuffisance des sites de vaccination. Pour les personnes fraîchement vaccinées, les perceptions des inconvénients sont : la crainte des effets secondaires (vertige, thromboses, fièvre, céphalées, etc.) et l'absence de risques.

Cependant, globalement, les enquêtés vaccinées perçoivent trois principaux avantages à se faire vacciner : la possibilité d'effectuer des voyages, la nécessité de se prémunir des conséquences potentiellement graves de la COVID-19, (enquêtés ayant une santé fragile) et la volonté de contribuer à la lutte contre la propagation de la COVID-19. Toutefois, en plus des résultats de l'enquête par interception, l'enquête quantitative sur la vaccination révèle le croisement qui a été fait entre la volonté de se faire vacciner et l'obéissance politique des répondants.

Graphique 69 : Êtes-vous prêt à vous faire vacciner selon l'obédience politique



Source : Auteurs de l'étude, 2021

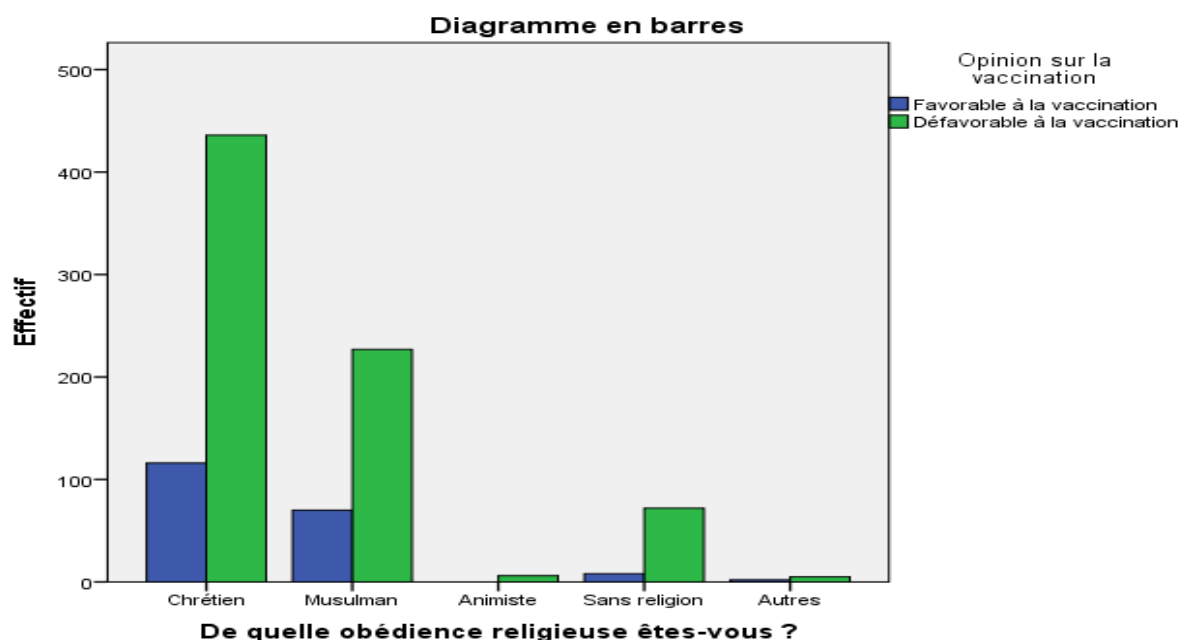
La catégorie de l'obédience politique et l'opinion sur la vaccination indique les personnes se disant proches du pouvoir sont favorable à la vaccination à 32,3% contre 18,7% de celles qui se disent proches de l'opposition. Toutefois, il apparait clairement que les personnes se disant n'avoir aucune obédience politique sont majoritairement défavorable à la vaccination avec le score de 81,6%.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	15,572	2	,000
Rapport de vraisemblance	14,305	2	,001
Association linéaire par linéaire	12,158	1	,000
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

En se fiant au test de Khi-deux de Pearson, on observe que le coefficient **p est de 0,000 inférieur à 0,05**. On retient alors qu'il existe une différence statistiquement significative entre les personnes enquêtées sur leur opinion de la vaccination selon leur obédience politique.

Graphique 70 : Êtes-vous prêt à vous faire vacciner selon l'obédience religieuse



Source : Auteurs de l'étude, 2021

Les informations qui se rapportent sur les opinions des populations sur le vaccin selon l'obédience religieuse indiquent que 79% des chrétiens sont défavorable à la vaccination tandis que les enquêtés d'obédience musulmane obtiennent 76,4% de personnes défavorable à la vaccination.

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	8,892	4	,064
Rapport de vraisemblance	11,081	4	,026
Association linéaire par linéaire	2,472	1	,116
Nombre d'observations valides	942		

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Le Khi-deux de Pearson indique que le coefficient **p est de 0,064 supérieur à 0,05** (seuil de signification en science humaine). À la suite du test de khi-deux, on peut retenir qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les chrétiens et les musulmans en ce qui concerne leur opinion sur le vaccin de la COVID-19.

Les données du tableau ci-dessus montrent que 45,44% des chrétiens prévoit ne pas se faire vacciner contre 23,78% pour les musulmans pour un total de 78,03% de personnes ne sont pas à faire le vaccin. Par contre sur les 21,97% de personnes prêtes à faire le vaccin, on 13,16% de chrétien contre 7,75% de musulmans.

Parmiles freins à la vaccination, nous avons les rumeurs qui circulent dans les quartiers et sur les réseaux sociaux. Nous avons également enregistré la nécessité de se faire vacciner pour faciliter

l'ensemble des activités humaines. Les personnes enquêtées déclarent avoir la perception d'une gravité du vaccin et les médias et l'entourage n'ont pas également favorisé le vaccin.

Tableau 10 : Enquête par interception, première vague

Personnes vaccinées	Personnes non vaccinées
1-Avantages de la vaccination	
<p>Avoir accès à tous les endroits publics successible aux risques de contagion de la COVID</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En se faisant vacciner contre la COVID, on est protégé ▪ Je ne pense qu'il n'y'a pas d'avantages à se faire vacciner ▪ Le vaccin est la seule solution à la maladie. Il n'y a pas d'autres options ▪ C'est la prévention. Il permet de limiter les effets au cas où on contracte la maladie. Il a des avantages sociaux comme les déplacements, l'accès à certains lieux, les voyages. ▪ Se protéger du virus et être en conformité avec la loi et l'administration de mon établissement ▪ Être en conformité avec la décision de l'État ▪ Me protéger et protéger ma famille ▪ Je ne vois vraiment pas l'avantage qu'il y'a à faire ce vaccin 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ne pas, être atteinte du virus COVID ; protéger ma famille ou mon entourage et aussi ne pas propager la maladie ➤ Je pense qu'il y'a aucun avantage. ➤ Le vaccin ne m'intéresse pas donc je n'ai rien cherché ou demandé à ce propos ➤ Être en conformité avec la loi ➤ Permet de se déplacer librement
2- Inconvénients de la vaccination	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Après le vaccin le risque de contamination de la part du COVID et autre maladie ➤ Il n'y a aucun inconvénient à se faire vacciner ➤ Le vaccin peut engendrer d'autres troubles et détruire l'organisme ➤ L'amplification de maladies chroniques chez certains sujets (les diabétiques) mais je ne sais vraiment pas grande chose là-dessus. ➤ On n'a pas encore la certitude sur l'efficacité du vaccin ➤ Les effets secondaires liées au vaccin, le fait qu'on soit obligé de respecter encore les mesures barrières je trouve ça énervant ➤ La fragilisation du système immunitaire ➤ La multitude des doses 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sur ce fait, nous constatons une inefficacité du vaccin contre le virus COVID (info : le net ; les médias). Nous constatons également que ce vaccin développe l'existence de certaines réactions du corps dont on ne dit pas le nom ➤ Les effets secondaire pas seulement deux ou trois jours après le vaccin mais 5 à 10ans ➤ La possibilité de toujours attraper et contaminer les autres ; pour nous il ne sert à rien ➤ La mort ➤ La fragilisation du système immunitaire ➤ La mort et la stérilité
3-Facilitation de la réalisation de votre décision de vous faire vacciner ?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le travail, voir l'exigence de mon entreprise et mon employeur ➤ Rien ne m'a motivé à me faire vacciner ➤ C'est un voyage à l'extérieur du pays qui favorisé ma décision ➤ J'ai contracté le paludisme une fois et malgré le traitement je me sentais faible et c'est là que j'ai eu l'idée de me faire vacciner. ➤ Les médecins nous ont demandé de le faire, et on l'a fait mes collègues et moi ➤ Je le voyais plus comme un devoir citoyen donc j'avais ce désir de le faire ➤ La contrainte liée aux contrôles de pass sanitaires pour l'accès aux restaurants, cinéma voyage etc... ➤ Je l'ai fait parce que ça m'évite de porter un masque ou autre chose ➤ Le désir de vouloir protéger ma famille et me protéger ➤ L'idée de me faire vacciner m'est venue juste après la déclaration du ministère de la santé en Septembre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rien du tout je reste septique
4-Difficultés de réalisation de la vaccination	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les mauvaises informations que nous donne les vaccinés ➤ J'ai entendu que c'était risqué 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ J'ai entendu que c'était risqué ➤ Ce qui rend difficile la réalisation du fait de ne pas se faire vacciner c'est à cause des

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aucune connaissance de la composition du vaccin et les témoignages ne sont rassurants ➤ Peur d'avoir une maladie ➤ Le fait qu'en occident le vaccin Aztraneca a eu des effets négatifs sur la population. C'est ce qui rend difficile la réalisation de ce vaccin. Les religieux chrétiens le perçoivent comme la marque de la bête comme le mentionne l'apocalypse. ➤ Les rumeurs sur la maladie, les fausses informations sur la maladie ➤ Les rumeurs et autres fausses informations liées au vaccin distiller sur les réseaux sociaux ➤ Les sites de vaccination pas suffisamment éclatés ➤ On n'a pas eu le choix on nous a imposé cette décision ➤ La prise de décision et la conscience d'éventuels effets indésirables, la difficulté de prise de la difficulté de prise de rendez-vous ➤ Le fait que le président ne se soit pas fait vacciner 	<p>informations que j'ai eue sur le net. J'ai même vu sur le net le président Macron qui disait que le vaccin COVID n'était pas contre ce virus et il a également dit sur le net que ce vaccin à plus engendrer de décès qu'auparavant</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Il n'y a pas de garantir sur les composantes du vaccin et son efficacité ➤ La peur ➤ Je n'ai pas l'envie de me faire vacciner, trop de théories et mon dieu veille sur moi ➤ Les différentes rumeurs autour du vaccin ➤ Les différentes rumeurs autour du vaccin ➤ Le manque de temps
5- Qui vous a convaincu de faire le vaccin ? Comment cela s'est-il passé ?	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mon employeur car sans cela, je risquais de perdre mon boulot ▪ Personne ne m'a convaincu ; c'est une décision personnelle. ▪ Le personnel médical en parle parfois ▪ C'est l'obligation du vaccin pour le voyage ▪ Mon état de santé ▪ Mes parents ▪ Des personnes vaccinées, mais aussi d'un point de vue religieux, la santé est donné par Dieu. ▪ J'ai été convaincu par le fait que l'État avait fait un communiqué disant que ceux qui n'auraient pas fait le vaccin n'auraient pas accès à des administrations et autres. Suite à ce communiqué je me suis levé et je suis allé faire mon vaccin tout simplement 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personne ➤ Une agence de voyage
6- Approbation de la décision	
<ul style="list-style-type: none"> • L'employeur • Mon entourage, ma famille • Je l'ai moi-même décidé • Personne • Les agents de voyage 	<p>6- Approbation de la décision</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mon entourage ➤ Personne ➤ Ma famille
7- Désapprobation de la décision	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personne ne l'a approuvé ➤ Certaines personnes de mon entourage. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Personne ➤ Ma famille ➤ Mes proches, ma communauté ➤ Les collègues ➤ Les leaders de ma communauté religieuse ➤ Mes amis vaccinés
8- Encourager d'autres personnes à se faire vacciner ? Lesquels ?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Non, mais si j'étais forcée à le faire je dirais cela à mon homme ➤ Oui, mes petits frères. ➤ Je ne suis pas prête à encourager quelqu'un à le faire ➤ Je ne suis pas prêt à faire cela ➤ Je peux encourager les gens qui veulent voyager ➤ Je peux encourager les gens que j'ai côtoyé ces derniers mois ➤ Pas vraiment, mais ça devient une nécessité, toutefois on reste sceptique vu l'adoption du lancement de la troisième dose ? Je laisserai chacun prendre sa décision 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je ne suis pas prêt à le faire ➤ Mes collègues de travail ➤ Je le ferai sis et seulement si je constate l'implication réel de nos dirigeants qui eux-mêmes ne se sont pas encore faire vaccinés
9- confiance en un vaccin en particulier, lequel ? Pourquoi ?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Non je ne fais pas confiance à aucun vaccin car tous les vaccins sont des tests et il n'y a pas de certitude donc d'où le taux de confiance devient très minime. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je n'ai pas de d'informations sur le vaccin contre la COVID, Je ne fais pas confiance en un vaccin. En ce moment, j'attends que les

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oui celui de la polio. ➤ Oui en celui fait en cas de fièvre de l'ai déjà expérimenté ➤ Je fais confiance aux vaccins Johnson & Johnson car il me semble moins procédurier vu que c'est une dose ➤ Je fais confiance au vaccin AstraZeneca ➤ Je n'ai confiance en aucun vaccin étranger ➤ Je fais confiance au vaccin Russe ➤ Aucune préférence en vrai ➤ Je vais confiance au vaccin Johnson & Johnson (une seule dose) ➤ J'accorde un peu de crédit au vaccin Pfizer 	<p>scientifiques africains y travaillent. De leur trouvaille dépendra mon choix de la faire ou pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Non, car je ne fais pas confiance à aucun des vaccins ➤ Oui celui qui prévient la poliomyélite parce que jusqu'à présent en ma connaissance, il n'y aucun nouveau cas de la polio en côte d'ivoire. ➤ Je fais confiance au vaccin Russe ➤ Celui contre le tétanos. Tout simplement parce qu'il est fiable, et si tu le fais après les différentes années d'intervalles recommandées, pas de contrainte à avoir en ce qui concerne la possibilité d'avoir le tétanos ➤ Je ne fais pas confiance en un vaccin mais j'ai entendu dire que PFIZER est mieux que tous les autres. ➤ Si je dois obligatoirement le faire je ferai le vaccin Astra. Les gens parlent positivement de lui <ul style="list-style-type: none"> ▪ Je fais confiance au vaccin Jonhson & Jonhson car il contient une seule dose
---	--

Source : Auteurs de l'étude, 2021

Tableau 11 : Enquête par interception, deuxième vague

Personnes vaccinées	Personnes non vaccinées
1- Avantages de la vaccination	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je ne vois pas d'avantages à se faire vacciner contre la COVID-19 sincèrement. Parce que la maladie est sortie depuis 2020. Aucune recherche pertinente n'a été faite sur le vaccin. Des recherches de quelques mois sur un soi-disant vaccin qui ne guérit pas mieux qui n'immunise pas. ➤ Les avantages sont : le citoyen vacciné est préservé contre la COVID donc ne pourras plus contracter la maladie ; le citoyen vacciné est une source de quiétude pour la société. ➤ Seulement le fait de pouvoir avoir facilement accès aux administrations 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sur ce fait, nous constatons une inefficacité du vaccin contre le virus COVID (info : le net ; les médias). Nous constatons également que ce vaccin développe l'existence de certaines réactions du corps dont on ne dit pas le nom ▪ Les effets secondaire pas seulement deux ou trois jours après le vaccin mais 5 à 10ans.
2- Inconvénients de la vaccination	
<ul style="list-style-type: none"> • Après le vaccin le risque de contamination de la part du COVID et autre maladie • Il n'y a aucun inconvénient à se faire vacciner • Le vaccin peut engendrer d'autres troubles et détruire l'organisme • L'amplification de maladies chroniques chez certains sujets (les diabétiques) mais je ne sais vraiment pas grande chose là-dessus. 	<p>2 Sur ce fait, nous constatons une inefficacité du vaccin contre le virus COVID (info : le net ; les médias). Nous constatons également que ce vaccin développe l'existence de certaines réactions du corps dont on ne dit pas le nom</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les effets secondaire pas seulement deux ou trois jours après le vaccin mais 5 à 10ans. ▪ La fragilisation du système immunitaire
3- Facilitation de la réalisation de votre décision de vous faire vacciner	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ C'est un voyage à l'extérieur du pays qui favoris é ma décision 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je n'ai pas encore eu l'audace ou la conviction de me faire vacciner

<ul style="list-style-type: none"> ➤ J'ai contracté le paludisme une fois et malgré le traitement je me sentais faible et c'est là que j'ai eu l'idée de me faire vacciner. ➤ Ma situation professionnelle, mon service a imposé la vaccination pour l'accès au service ➤ Je me suis fait vacciner pour éviter d'être contaminé par un individu contact ou porteur de la COVID 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je ne me suis pas faire vacciner mais si je le fais, ce sera pour répondre à la décision du gouvernement ➤ Je ne suis pas prêt encore mais quand la date de mon voyage pour la canada sera proche j'irai faire
4- Difficultés de réalisation de la vaccination	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le fait qu'en occident le vaccin AztraZeneca a eu des effets négatifs sur la population. C'est ce qui rend difficile la réalisation de ce vaccin. Les religieux chrétiens le perçoivent comme la marque de la bête comme le mentionne l'apocalypse. ➤ Le manque de bonne informations, l'ignorance la peur ➤ Les rumeurs sur la maladie, les fausses informations sur la maladie ➤ Ce sont les préjugés qui rendent cet acte difficile. La population est apeurée 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ce qui rend difficile la réalisation du fait de ne pas se faire vacciner c'est à cause des informations que j'ai eue sur le net. J'ai même vu sur le net le président Macron qui disait que le vaccin COVID n'étais pas contre ce virus et il a également dit sur le net que ce vaccin à plus engendrer de décès qu'auparavant. ➤ Incertitude de l'efficacité du vaccin par ce qu'il existe trois doses qui en notre sens décrédibilise le vaccin ne lui-même. ➤ Les retours que nous avons des personnes vaccinées aussi les informations que nous voyons sur le net concernant la suspension du vaccin. ➤ Les vidéos des laboratoires Français mettant en scène l'inefficacité du vaccin
5- Qui vous a convaincu de faire le vaccin ? Comment cela s'est-il passé ?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mon employeur car sans cela, je risquais de perdre mon boulot. Je l'ai fait à contre cœur ➤ Personne ne m'a convaincu ; c'est une décision personnelle. ➤ Le personnel médical en parle parfois ➤ C'est l'obligation du vaccin pour le voyage ➤ Mon état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je n'ai pas fait le vaccin et je ne le ferai jamais à cause des informations que j'ai reçue et à cause de l'inefficacité du vaccin contre la COVID ➤ Personne je ne me suis pas encore fait vacciner ➤ Je n'ai pas fait le vaccin et je ne pense pas que quelqu'un pourra me convaincre en dehors de moi même
6- Approbation de la décision	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'employeur ➤ Mon entourage, ma famille ➤ Je l'ai moi-même décidé ➤ Les agents de voyage 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je n'ai pas fait le vaccin et je ne le ferai jamais à cause des informations que j'ai reçue et à cause de l'inefficacité du vaccin contre la COVID ➤ Personne je ne me suis pas encore fait vacciner ➤ Je n'ai pas fait le vaccin et je ne pense pas que quelqu'un pourra me convaincre en dehors de moi même
7- Désapprobation de la décision : NR	
8- Encourager d'autres personnes à se faire vacciner ? Lesquels ?	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je peux encourager tout le monde ➤ Je suis effectivement prêt à convaincre d'autres personnes pour qu'elles acceptent de se faire vacciner. Par exemple mes amis 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je ne suis pas prête à encourager qui que ce soit à se faire vacciner.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oui ! car contrairement à tout ce qu'il pense du vaccin, c'est avéré négatif, je suis encore vivante après mon vaccin. ➤ Je peux encourager les gens qui veulent voyager 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Non parce que je pense que ce projet de COVID-19 est une histoire de géopolitique ➤ Je le ferai sis et seulement si je constate l'implication réel de nos dirigeants qui eux-mêmes ne se sont pas encore faire vaccinés
9- Confiance en un vaccin en particulier, lequel ? Pourquoi ??	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je peux encourager tout le monde ➤ Je fais confiance aux vaccins Johnson & Johnson car il me semble moins procédurier vu que c'est une dose ➤ Je fais confiance au vaccin Pfizer car c'est un très grand label dans le milieu pharmaceutique. ➤ Je fais confiance au vaccin AstraZeneca ➤ Je fais confiance au vaccin Russe 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Oui le vaccin du tétanos car lui au moins il protège véritablement ➤ Je n'ai confiance en aucun vaccin ➤ Je ne fais pas confiance en un vaccin mais j'ai entendu dire que PFIZER est mieux que tous les autres. ➤ J'aime et je fais confiance au vaccin AstraZeneca ➤ Je fais confiance au vaccin Russe ➤ Je fais confiance au vaccin Jonhson & Jonhson car il contient une seule dose

Source : Auteurs de l'étude, 2021

CHAPITRE VI : SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Ce chapitre s'articule en deux grandes sections. La première porte sur la synthèse des résultats de l'étude et la seconde est consacrée à la discussion de ces résultats.

6.1. Synthèse des résultats

Il convient de rappeler que les résultats ont été obtenus grâce à l'utilisation combinée de plusieurs méthodes. Ainsi, outre la recherche documentaire et l'analyse de contenu de divers supports de communication diffusés le long de la crise sanitaire, 40 personnes ont été interrogées lors des focus group et 19 personnes ressources issues de structures étatiques et non étatiques ont été interrogées. A cela il faut ajouter une enquête par interception centrée sur la vaccination, menée en deux vagues auprès de 60 personnes par vague. En outre, au cours d'une enquête quantitative, 942 personnes des deux sexes dans cinq communes du district d'Abidjan ont répondu à un questionnaire. Enfin, une observation a été menée au moment de l'enquête pour apprécier le niveau de respect des mesures barrières promues par la communication publique.

6.1.1. La coordination de la riposte nationale par l'Etat et la communication publique

L'Etat ivoirien, par l'intermédiaire de structures existantes telles que le Conseil National de Sécurité (CNS), les ministères et structures rattachées, a pris en charge la coordination de la riposte nationale face à la COVID-19 dans toutes ses composantes sanitaire, économique et sociale, y compris celle de la planification et la gestion de la communication publique. Le leadership politique au plus haut niveau de l'Etat a imposé sa marque sur la riposte. L'objectif principal du volet communication est d'informer tous les segments de la population sur la nouvelle maladie et les mobiliser pour le respect des mesures barrières et le soutien à la riposte nationale. L'Etat et ses structures sont appuyées par des partenaires techniques et financiers (coopération bilatérale et multilatérale ; institutions d'appui technique) d'une part, et des structures non gouvernementales, locales ou non, d'autre part. Ainsi, plusieurs structures non gouvernementales ont tiré leurs interventions de communication et de sensibilisation des recommandations de l'Etat et de ses partenaires.

La stratégie de communication gouvernementale sur la COVID-19 se décline en trois axes : (i) la coordination de la communication gouvernementale sur la pandémie ; (ii) la communication en vue du changement de comportement des populations ; (iii) la communication pour l'engagement communautaire. Cependant, toutes les personnes interviewées représentant les structures retenues dans l'étude s'accordent pour déplorer le manque de coordination dans les actions de communication au début de la pandémie. Elles ont toutefois reconnu que la situation a connu une nette amélioration par la suite.

Parallèlement à la mise en œuvre de la communication publique, le gouvernement a mis en place des centres à Abidjan et à l'intérieur du pays pour faciliter la prise en charge des populations en cas de nécessité. L'expérience des centres de mise en quarantaine au début de la crise, comme le VITIB à

Grand-Bassam et l'INJS à Marcory (Abidjan), n'a pas prospéré longtemps. Les cas graves étaient pris en charge par le SMIT de Treichville (Abidjan) tandis que l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire assurait le contrôle des tests de dépistage et fournissait des données pour le bilan quotidien diffusé à travers les médias nationaux. Tous les voyageurs entrant ou sortant du pays par l'aéroport international d'Abidjan étaient soumis au test de dépistage et un certificat de non-contamination à la COVID-19 était exigé à ceux qui sortaient du pays.

Il importe de souligner que jusqu'au moment de la rédaction du rapport de cette étude, le dépistage effectué en cas de présomption de contamination a toujours été gratuit tandis que celui imposé aux voyageurs internationaux a toujours été payant. La mesure de gratuité a constitué un facteur favorable à la pratique du dépistage en cas de symptômes concordants au sein de la population.

Par la suite, la riposte a pris de l'envergure avec la multiplication des centres de vaccination dans tout le pays à partir du 15 septembre 2021 et l'adoption de nouveaux horaires d'ouverture (de 8h00 à 18h00 au lieu de 9h00 à 15 précédemment). Ces mesures ont permis de réduire le temps d'attente dans les sites de vaccination et de faciliter leur fréquentation. A cela s'ajoutent : l'intensification de la campagne de vaccination à l'intérieur du pays ; la disponibilité d'une gamme plus large de vaccins (Pfizer, AstraZeneca, Johnson & Johnson, etc.) ; le passage de la communication de masse tout public à une communication à portée communautaire et portées par les canaux institutionnels et de proximité.

6.1.2. Des messages et supports de communication visant à informer, convaincre et susciter l'action

Les communiqués du Conseil National de Sécurité (CNS) ont contribué au façonnement des normes sociales relatives à crise de la COVID-19. Le contenu de ces communiqués a été repris par d'autres acteurs. C'est ce que révèle l'analyse des déclarations liées à la pandémie faites par la Conférence des évêques, le COSIM et autres organisations religieuses avant, pendant et après le confinement. Les alertes-infos, apparues dès la notification officielle du premier cas de COVID-19 en Côte d'Ivoire, ont été utilisées pour informer et sensibiliser la population. Elles venaient indistinctement du gouvernement, des sociétés de téléphonie mobile, des organisations sanitaires locales et internationales, des institutions nationales et supranationales, des organisations non-gouvernementales, de communautés sociales et/ou économiques, de personnalités et leaders d'opinion, et même de citoyens ordinaires.

L'analyse d'une cinquantaine d'affiches et de plusieurs vidéos produites par le gouvernement, le ministère de la santé, le ministère de la sécurité, le ministère de l'éducation, le secteur privé, le secteur de la santé et d'autres acteurs, est fort instructive. En effet, sur le plan sémiologique, les affiches suivent les différentes phases de la campagne de sensibilisation : confinement et post-confinement, celle-ci incluant la période de la vaccination. Les mesures barrières sont déclinées en plusieurs messages pour toucher divers publics. Sémiotiquement parlant, les images sont des redondances des messages officiels. Les affiches sont conçues selon l'imaginaire des Ivoiriens et titillent la fibre patriotique à travers l'utilisation de la couleur orange, l'une des trois couleurs du drapeau national et par ailleurs la plus emblématique de l'équipe nationale de football. Les images sont des illustrations

des messages écrits. En termes de communication, elles participent de la surmédiation des messages de sensibilisation aux fins d'amener les populations à changer de comportement, en adoptant les mesures et les normes sanitaires pour se protéger de l'infection, connaître les symptômes et les comportements appropriés à adopter, connaître son statut sérologique et se faire traiter ou assurer une bonne prise en charge des cas sévères.

Des vidéos mettent en scène, dans un cadre urbain, des personnages (homme et femme) habillés en tenue de ville (costume et tenue de sortie) qui respectent les mesures barrières. Un narrateur explique le bien-fondé du respect scrupuleux de ces gestes. L'emploi des pronoms « nous » et « vous » établit, dès lors, un schéma de communication dans lequel un « nous » (l'émetteur, les autorités publiques) s'adresse à un « vous » (la cible, la population). Des injonctions et conseils sont adressés aux populations pour se prémunir de la COVID-19. D'autres vidéos montrent des leaders d'opinion (une mère de famille, un guide religieux musulman, un guide religieux chrétien et un chef traditionnel) qui, chacun dans leur environnement respectif (cuisine, lieu de culte, etc.) recommandent le respect des mesures barrières dans l'espoir que les populations s'inscrivent dans cette logique. Dans tous les cas, les référents culturels sont déterminants dans le sens et les significations que l'on donne aux choses.

6.1.3. L'influence de l'action de la communication sur la COVID-19 sur la population enquêtée

Les connaissances sur la maladie, ses modes de transmission et ses conséquences

Il ressort de l'enquête menée en avril et mai 2021 que la quasi-totalité de la population d'Abidjan, soit 98% des enquêtés, a entendu parler de la COVID-19, la décrivant comme une maladie, une épidémie, un virus ou une pandémie. L'information leur est parvenue par la télévision (67,1%), les réseaux sociaux (13,7%), des parents et amis (6,6%) et, pour une minorité, la radio (3,3%).

Les symptômes les plus fréquents en cas de contraction du coronavirus sont la toux sèche (88,5%), la fièvre (84,8%) et la fatigue (62,2%), affirment les enquêtés.

Quant aux conséquences de la maladie, la perception de l'extrême dangerosité de la maladie est très élevée puisque 98% disent que le virus est facteur de décès et 66,3% un facteur d'hospitalisation contre seulement 6,4% qui citent d'autres conséquences, notamment économique (baisse de l'activité économique, chômage) et sociale (confinement) et 0,4% qui ne voient aucune conséquence. Toutefois, une minorité reste sceptique vis-à-vis de l'existence de la maladie ainsi que sur l'utilité des mesures édictées par les professionnels de la santé et les gouvernants.

Les modes de contraction de la COVID sont le contact avec les gouttelettes projetées dans l'air quand une personne malade parle, tousse ou éternue selon 9 enquêtés sur 10 (à 90,66%), les mains infectées portées à la bouche, au nez ou aux yeux après avoir eu un contact avec une personne ou une surface infectée selon 80,8% des répondants. A noter que 4,8% de la population enquêtée pensent que les relations sexuelles sont une voie de contraction de la COVID-19. De même, 1,6% de la population cite d'autres voies de contraction, notamment les contacts physiques comme les accolades. La connaissance des modes de contamination de la COVID-19 est influencée par :

- le lieu de résidence puisque les habitants de Yopougon en ont une meilleure connaissance ;

- le sexe dans la mesure où les hommes ont en moyenne une meilleure connaissance à ce niveau ;
- la catégorie socioprofessionnelle. En effet, les élèves et étudiants, les professions libérales et les artisans-commerçants/transporteurs ont une meilleure connaissance que les sans emploi, comme si ces derniers sont des laissés-pour-compte ;
- l'âge car plus les enquêtés sont jeunes, meilleures sont leurs connaissances des modes de contamination de la maladie ;
- le niveau d'études puisque ceux qui ont fait des études secondaires présentent les pourcentages les plus élevés de connaissance de tous les modes de contamination de la COVID-19 identifiés.

L'application des mesures barrières

L'application des mesures barrières n'est pas aisée aux yeux de la majorité des enquêtés. Ils expliquent cela par les difficultés d'ordre culturel, économique et physique rencontrées. L'observation sur le terrain a confirmé que les mesures barrières (distanciation physique, lavage des mains et port du masque) sont peu respectées dans maints endroits du District d'Abidjan : écoles, marchés, rues, maquis, restaurants, arrêts de bus, transports en commun, gares routières, etc. En revanche les structures ou sites officiels tels que les lieux de culte (églises et mosquées), les pharmacies et centres de santé, les bureaux, les supermarchés et centres commerciaux, ont pris des dispositions pour faire respecter les mesures barrières. La majorité de la population qui ne respecte pas les mesures sauf sous contrainte a même tendance à stigmatiser la minorité qui les respecte. Toutefois, cette dernière affirme encourager les autres à suivre son exemple afin de lutter contre cette maladie.

Le respect des mesures barrières est limité et influencé par plusieurs variables : le lieu de résidence, le sexe, le niveau d'instruction, la catégorie socio-professionnelle, l'obédience religieuse et politique.

- Dans les communes de Cocody, Port-Bouët, Yopougon et Bingerville, ce sont respectivement 9%, 2,5%, 3,7% et 2,1% des enquêtés qui se prévalent d'une bonne pratique des mesures barrières. Dans ces mêmes communes, ce sont respectivement 79,9%, 55,4%, 51,6% et 59,8% des enquêtés qui revendiquent une pratique moyenne des mesures barrières.
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à respecter toutes les mesures barrières.
- Du point de vue du niveau d'instruction, aucun enquêté n'ayant pas fait d'études formelles ne respecte les mesures contre 4,5% de ceux avec un faible niveau d'études et 5,6% de ceux qui ont un niveau d'études élevé qui le font.
- 9,5% des élèves, 14,3% des étudiants, 9,5% des agents du public, 21,4% des enquêtés de profession libérale, 9,5% des agents du privé, 4,8% des sans-emplois et 21,4% des artisans-commerçants/transporteurs ont une bonne pratique des mesures barrières.
- 5,3% des chrétiens et 3,7% des musulmans ont une bonne pratique des mesures barrières contre aucun animiste.
- 6,9% des enquêtés affirmant être proches du pouvoir, 4,1% de ceux se déclarant être proches de l'opposition et 3,9% de ceux ne se réclamant d'aucune obédience politique, revendiquent une bonne pratique des mesures barrières.

Positions vis-à-vis de la vaccination

L'existence d'un vaccin contre la COVID-19 est connue de 84,4% des enquêtés. Cependant, aucun d'entre eux n'était vacciné au moment de l'enquête quantitative en avril-mai 2021, soit moins de deux à trois mois après le début de la vaccination dans le pays. Ils sont d'ailleurs largement sceptiques quant au bien-fondé de cette vaccination. En effet, près de 4 enquêtés sur 5 (78%) affirment redouter des conséquences négatives sur la santé des vaccinés. Pour certains, les vaccins ont été élaborés dans un temps trop court pour être fiables quand d'autres évoquent les controverses qu'ils suscitent à travers le monde, même entre les scientifiques, sans oublier les rumeurs du genre « les vaccins sont conçus pour réduire la population de l'Afrique ». Le fait qu'en Occident le vaccin AstraZeneca a eu des effets négatifs sur des vaccinés a freiné la prise de ce vaccin. Cela dit, 22% de répondants affirment être prêts à se faire vacciner si l'opportunité se présente. Ceux qui ont confiance au vaccin évoquent les informations reçues des médias sur les vaccins et l'avis favorable du gouvernement sur leur efficacité.

Ce sont les personnes des tranches d'âge de 30-44 ans et de 45-59 ans qui sont les plus défavorables à la vaccination avec des taux de 88,3% et 77% respectivement. Les étudiants constituent d'ailleurs la catégorie la moins disposée à se faire vacciner.

Les salariés du privé et du public sont les moins nombreux à rejeter la vaccination (autour de 67%) contre 91,5% des enquêtés exerçant une profession libérale. On peut ajouter que ce sont les enquêtés de Cocody (92,6%) et de Yopougon (76%) qui sont les plus défavorables à la vaccination.

L'obédience religieuse n'influence pas les positions puisque 79% des chrétiens sont défavorable à la vaccination contre 76,4% des musulmans. En revanche, l'obédience politique affecte la position vis-à-vis de la vaccination : en effet, les personnes se disant proches du pouvoir sont favorables à la vaccination à 32,3% contre 18,7% de celles qui se disent proches de l'opposition et 18,4% de celles déclarant n'avoir aucune obédience politique.

L'enquête rapide par interception réalisée en mai 2021 et répétée en octobre 2021, a fait ressortir les raisons avancées par les personnes non vaccinées pour justifier leur rejet de la vaccination : insuffisance d'information et de communication sur le vaccin : effets néfastes du vaccin, rumeurs qui circulent autour des vaccins (fake news et théories conspirationnistes) ; insuffisance des sites de vaccination.

Les personnes fraîchement vaccinées, même si la crainte des effets secondaires (vertige, thromboses, fièvre, céphalées, etc.) persiste, perçoivent trois principaux avantages à la vaccination : possibilité d'effectuer des voyages internationaux ; protection contre les conséquences potentiellement graves de la COVID-19 ; volonté de contribuer à freiner la propagation de la maladie.

Certains vaccinés ont été convaincus de passer à l'acte par leur entourage : l'employeur qui en a fait une obligation ; le personnel médical ; l'obligation vaccinale pour le voyage ; l'état de santé personnel ; les parents ; des personnes vaccinées ; les agences de voyage ; l'argument religieux selon lequel la santé est donnée par Dieu ; un communiqué du gouvernement avertissant le public que les personnes non vaccinées n'auront pas accès à des administrations et autres services. « Suite à ce communiqué je me suis levé et je suis allé faire mon vaccin tout simplement », affirme un répondant).

Enfin, plusieurs répondants affirment avoir reçu le soutien ou l'approbation de leur décision de faire la vaccination par leur employeur, leur entourage ou leur famille.

La communication dans la crise de la COVID-19 : accès et appréciation selon les enquêtés

Le moyen de communication privilégié des Abidjanais est la télévision (77,2% des enquêtés), suivie des réseaux sociaux (49%), de la communication interpersonnelle (24,3%), des proches (21,7%) et de la radio (20,5%). La communication interpersonnelle, y compris avec des proches, représente en fait 46%. On retrouve en tête les chaînes de la télévision d'Etat (RTI1, RTI2 et RTI3), citées par 60,1% des enquêtés. Les médias français sont en tête au niveau des médias internationaux, : il s'agit de France 24 (télévision) avec 44,7% des enquêtés, et RFI (radio) avec 10,8%.

L'accès à l'information et à la communication sur la COVID-19 n'est pas la même pour tous les enquêtés. Ainsi, les enquêtés de niveau d'études supérieur et secondaire ont les taux les plus élevés quant à l'accès à la plupart des canaux d'information. A l'inverse, les enquêtés ayant reçu une instruction coranique et ceux qui n'ont pas été scolarisés ont les taux les plus faibles.

Le lieu de résidence, la catégorie socioprofessionnelle et le sexe n'exercent aucune influence significative sur l'accès à l'information sur la COVID-19, contrairement à l'âge dans la mesure où les enquêtés des tranches d'âge de 15-29 ans et 30-44 ans sont ceux qui présentent les taux d'accès les plus élevés. À l'opposé, les enquêtés de la tranche d'âge de 45-59 ans et les plus de 60 ans ont les taux d'accès les plus faibles.

À propos de la circulation des rumeurs

Selon des enquêtés et des informateurs-clés, la rumeur a joué un rôle majeur dans la gestion de la pandémie de la COVID-19. La population reconnaît que les principales sources de rumeurs sur la COVID-19 sont les réseaux sociaux numériques (61%), la communication interpersonnelle (34,8%) et les proches (26,65%), soit 61,4% pour ces deux dernières sources. La lutte contre les rumeurs doit tenir compte cette réalité.

L'adhésion aux rumeurs varie selon le sexe car ce sont les femmes qui ont une plus forte adhésion aux rumeurs avec 66,7% contre 33,3% pour les hommes, soit deux fois moins. Les populations de Marcory et de Yopougon ont une adhésion plus forte aux rumeurs avec respectivement 55,6% et 33,3%.

Si les rumeurs ont été une difficulté dans la riposte contre la COVID-19, il en a été de même avec les croyances : forte croyance en Dieu, au sacré et au surnaturel à travers les pratiques religieuses (islam, christianisme et croyances traditionnelles africaines), croyances non religieuses (superstitions et exception africaine par exemple).

6.2. Vérification des hypothèses de départ

L'étude est fondée sur une hypothèse générale : la gestion de l'information liée à la crise de la COVID-19 en Côte d'Ivoire est peu efficace à cause de plusieurs incommunications. Cette hypothèse se décline en trois hypothèses que nous avons vérifiées.

Hypothèse spécifique I : *Les actions de communication des pouvoirs publics donnent à observer quelques opérations d'incommunication autour de la pandémie en terre ivoirienne.*

Cette hypothèse est confirmée car l'étude a permis de mettre en évidence des incommunications tout au long de la gestion de l'information pendant cette pandémie. À titre d'illustration, plusieurs incommunications ou sources d'incommunication figurent ci-après :

- ✓ la surabondance de l'information (informations sur les médias internationaux et les réseaux sociaux numériques) qui a rendu difficile le traitement de l'information par les individus ;
- ✓ des informations contradictoires diffusées, y compris par l'OMS pourtant chargée de fixer les normes sanitaires au niveau mondial, dans la connaissance progressive de la maladie et des solutions à appliquer pour s'en protéger ou se traiter ;
- ✓ la communication zéro (absence de communication par anticipation ou au bon moment) ;
- ✓ l'incommunication générée par la politisation perçue (exploitation politicienne) de la riposte ou par le comportement des figures politiques en porte-à-faux avec les normes qu'elles ont elles-mêmes édictées ou dont le public attend exemplarité dans le respect des mesures. A cet égard, l'élection présidentielle d'octobre 2020 a fait voir des leaders politiques qui ne respectaient pas les mesures barrières, influençant négativement l'opinion publique nationale;
- ✓ la volonté de transparence sur la progression de la pandémie, avec la diffusion de données épidémiologiques par exemple, à l'instar de l'approche adoptée dans les pays développés et soutenue par l'OMS ;
- ✓ les incommunications sur les vaccins, en particulier sur les risques et sur les conditions de leur utilisation. Par exemple, lorsque le vaccin AstraZeneca a été suspendu dans plusieurs pays européens en raison d'effets secondaires graves, il a été offert aux pays africains sous la forme de don. Le don de la France à la Côte d'Ivoire dans ce contexte a naturellement jeté le trouble, la suspicion, voire le rejet, chez nombre d'Ivoiriens. A cela il faut ajouter l'incommunication sur les précautions avant et après avoir la vaccination et celle sur les responsabilités en cas de danger post-vaccinal ;
- ✓ l'incommunication sur la priorité accordée à la recherche sur les vaccins au détriment de celle sur les médicaments, en relation avec l'incommunication sur la marchandisation de la santé ;
- ✓ l'incommunication due à ce qui est apparu comme une surmédiation de la COVID-19 ;
- ✓ l'incommunication sur la dénégation de l'arrivée de la COVID-19 en Côte d'Ivoire au sein de la population et ensuite sur les couches touchées par la maladie, ce qui a amené certains à ne pas se sentir à risque d'être contaminés ou de faire des complications ;
- ✓ l'incommunication sur l'isolement du grand Abidjan et ses limites de celui-ci.

Hypothèse spécifique II : *La qualité de la coordination de la communication publique en période de crise sanitaire influence l'efficacité de la réponse des pouvoirs publics à la crise.*

Cette hypothèse est également confirmée. Les résultats de l'étude ont mis en évidence la forces et les faiblesses de la coordination dans la communication publique pendant cette pandémie. Nous avons relevé les insuffisances de coordination à travers :

- ✓ la mauvaise gestion de la crise de communication survenue dans la communication de crise dans les premières semaines de la pandémie en Côte d'Ivoire, avec comme exemples l'épisode de la mise en quarantaine houleuse de voyageurs internationaux à l'INJS et la mise en œuvre de la mesure de confinement (ou isolement du reste du pays) du Grand Abidjan. La gestion de la crise de l'INJS a été accusée de laxisme, de favoritisme, de passe-droit et de clientélisme par une partie de l'opinion publique ;
- ✓ l'absence d'unicité de porte-parolat au nom du gouvernement pendant les épisodes de crise avec plusieurs autorités publiques prenant la parole au cours de ces moments critiques, comme ce fut le cas lors de la destruction du centre de dépistage de Yopougon par des manifestants ;
- ✓ l'ouverture de la campagne de vaccination avant la mise en œuvre d'une stratégie ou d'un plan de communication spécifique. En effet, annoncée pour le 15 mars 2021, la vaccination en Côte d'Ivoire a commencé le 1^{er} mars 2021, presque en catimini ;
- ✓ la poursuite de la promotion de la vaccination en période de rupture de stock de vaccins ;
- ✓ la contribution involontaire à la stigmatisation des populations des zones les plus affectées par la COVID-19 (Cocody, Marcory et Abidjan dans son ensemble, présentées abondamment comme les épencentres de la maladie) de la part des populations vivant dans les autres zones. Très vite, les populations urbaines ont été perçues comme des vecteurs potentiels de propager la maladie aux zones rurales lors de leurs déplacements, ce qui justifierait l'isolement du Grand Abidjan du reste du pays décrété par le gouvernement.

Hypothèse spécifique III : *La participation des communautés à la gestion de la communication accroît l'efficacité de la lutte contre la crise.*

Des travaux existants sur la participation communautaire, les entretiens semi directifs avec des leaders communautaires et des responsables de la riposte ainsi que l'observation des résultats de l'implication de la communauté dans la riposte nationale une année après le début de la pandémie, ont été exploités pour vérifier cette hypothèse. Le Directeur Général de la Santé et la Directrice de la Santé Communautaire ont reconnu que le niveau d'implication et de participation des communautés à évolué dans le temps.

- Au cours de la sensibilisation au respect des mesures barrières pendant la première année, les populations ont été impliquées de manière insuffisante. L'accent a été mis sur la communication de masse qui consistait en une sensibilisation par la peur. Les lieux publics comme les édifices religieux ayant été fermés au public au début de crise, les leaders religieux n'ont pas été associés à la communication sur le respect des mesures barrières. À la réouverture de ces lieux, sous conditions strictes de respect de la distanciation sociale et du port du masque, ces leaders n'ont servi que de relais auprès de leurs fidèles des messages sur le respect des

mesures barrières. Certains incidents comme celui de l'INJS ont fortement contribué à l'apparition d'une crise de confiance entre les autorités publiques et une frange importante de la population.

- Concernant le dépistage et l'installation des centres à Abidjan et à l'intérieur du pays, les communautés ont été également insuffisamment impliquées dans la communication pour l'acceptation par les populations concernées de l'installation de ces centres dans leur ville ou quartier. Le cas le plus emblématique de cette non-participation des communautés a été la crise du centre de dépistage de la commune de Yopougon BAE. Ce centre a été détruit par une foule en colère, attisée par les messages sur les réseaux sociaux. Sur un plateau de télévision, le Directeur Général de la Santé a reconnu qu'il n'y avait pas eu suffisamment de pédagogie avant la mise en place dudit centre.
- La forte circulation des rumeurs dans les quartiers et sur les réseaux sociaux numériques a été un indicateur de la non-participation des communautés.
- Certaines solutions africaines contre le virus sont une manifestation de la non-implication des communautés dans la riposte. En effet, l'incertitude et les tergiversations des politiques tant au niveau national qu'au niveau international, ont conduit ces communautés à adopter une position d'autoprotection et d'automédication, notamment avec des plantes médicinales.
- En ce qui concerne la vaccination, la participation des communautés a été progressive. Ainsi, le démarrage de la campagne de vaccination a été fait alors que les communautés n'avaient pas été associées. Plus tard, la participation des communautés dans l'ensemble du processus a été confiée à la Direction de la Santé Communautaire face à la faible affluence dans les centres de vaccination. Une stratégie a été mise en place par cette direction et la participation des communautés s'est améliorée dans le temps. Cette progression a été significative avec l'avènement d'un nouveau ministre en charge de la santé, de l'hygiène publique de la couverture maladie universelle.
- La non prise en compte de la réalité culturelle dans la prise en charge des personnes testées positives a favorisé la stigmatisation systématique des personnes testées positives.

La troisième hypothèse est ainsi confirmée.

6.3. Théorisation des résultats : « le modèle *glocal* de la communication »

Les théories convoquées pour notre étude sont : la théorie de l'Agir communicationnel (Habermas, 1987), le modèle socio-écologique (Bronfenbrenner, 1979), et la théorie de la participation (Bessette et Rajasunderam, 1996).

De prime abord, la théorie de l'Agir communicationnel (Habermas, 1987) permet d'analyser les comportements des différents acteurs de l'espace public pour ce qui est de tous les discours autour de la pandémie (accords/désaccords ; concessions/réfutations ; critiques/justifications ; etc.). Globalement, en empruntant des postulats à cette théorie, elle a permis de bien identifier la relation existant entre les variables de l'hypothèse générale et de l'hypothèse spécifique I. Suite aux enquêtes

de terrain, les données collectées corroborent les hypothèses suscitées. De ce fait, la théorie de l'Agir communicationnel contribue à confirmer lesdites hypothèses.

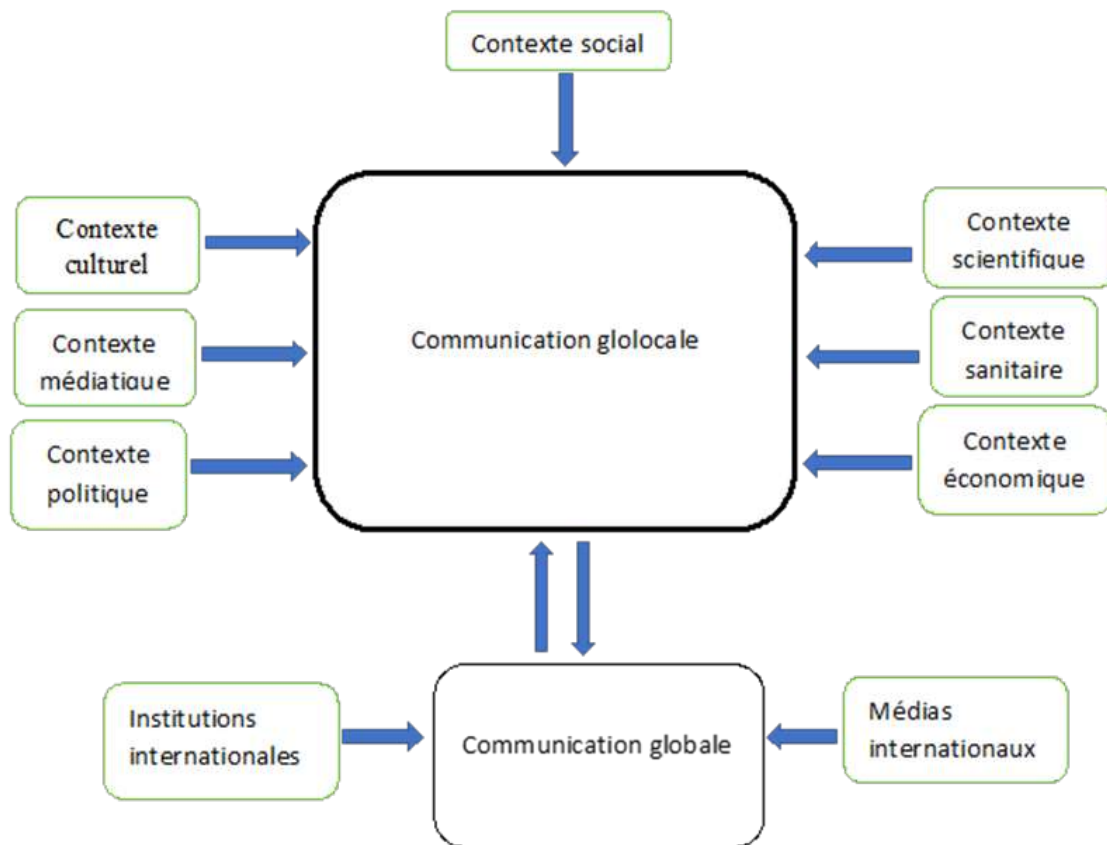
Ensuite, le modèle socio-écologique (Bronfenbrenner, 1979) soutient que le développement d'une personne doit être entendue dans un système environnemental complexe, allant du microsystème (environnement immédiat de l'individu) au macrosystème (vecteurs socio-culturels d'influence sur les comportements et attitudes). Dans ce cas de figure, les interventions sont exécutées à plusieurs niveaux et cherchent à vaincre les obstacles à chaque niveau : individuel (niveau ménage), communautaire (niveau groupe) et organisationnel (niveau institutionnel). Ainsi, existe-t-il un ensemble d'actions et d'activités de communication en direction de plusieurs cibles c'est-à-dire les populations, le personnel de première ligne (prestataires de services de santé, les agents communautaires, les forces de défense et de sécurité, enseignants, etc.), leurs proches, les institutions étatiques et associatives, etc. Ce qui impose une coordination des activités entre les différents acteurs institutionnels pour faciliter le changement comportemental des populations. Or, selon l'hypothèse spécifique II, la « qualité » de la coordination de la communication publique, en période de crise sanitaire, influence de façon significative l'efficacité de la réponse des pouvoirs publics à la crise sanitaire. Cette hypothèse est confirmée par les résultats de nos enquêtes de terrain.

Enfin, la théorie de la participation (Bessette et Rajasunderam, 1996) a été convoquée pour expliquer l'importance de l'implication effective des populations à tous les niveaux d'intervention, de l'identification des problèmes à la recherche de solutions, à la mise en œuvre des solutions adaptées, à la prise de décision, aux résultats et à l'évaluation. Elle a permis ainsi de formuler l'hypothèse spécifique III selon laquelle la participation des communautés à la gestion de la communication accroît l'efficacité de la lutte contre la pandémie. Cette dernière a été également confirmée par l'étude.

Les incommunications dans la communication publique, les difficultés de coordination et la nécessité de faire participer les populations à la gestion de l'information, en période de crise sanitaire de type COVID-19, conduisent à la proposition d'un prototype de communication adapté au contexte local. Ledit prototype que nous baptisons « modèle *glocal* de la communication » (LSCAC, 2021) se définit comme un modèle endogène de la communication qui consiste à refuser le mimétisme systématique des stratégies communicationnelles exogènes pour créer un modèle aux prises avec les réalités locales c'est-à-dire l'adaptation des principes et directives extérieures aux cultures et à la vision du monde locales. Ce modèle s'inspire, à la fois, de la théorie de la glocalisation culturelle (Robertson, 1992) et de la théorie endogène du développement (Aydalot, 1985). Cette dernière propose une rupture totale avec la théorie de la base du développement. Elle postule que ce n'est plus une demande externe qui définit la croissance mais des besoins internes à la zone considérée. On parlera désormais de besoins de base. Le développement n'est plus défini en termes quantitatifs, il est en relation avec les besoins de la population. Basé sur la valorisation des ressources locales, il prend en compte les aspects sociaux, culturels, techniques, agricoles etc. Il s'agit en quelque sorte de prendre le contrôle local de la vie économique.

Concernant la théorie de glocalisation culturelle, il faut garder à l'esprit qu'elle s'accompagne de la transformation du concept de local, conçu non pas comme une donnée spatiale, mais plutôt comme une construction qui émerge dans certains contextes, en regard de contraintes historiques et structurelles, mais produite par les actes performatifs et les interactions des individus. Robertson, dans cette théorie socioculturelle, développe le terme glocalisation pour étudier l'interaction entre le local et le global, leurs interdépendances et leurs interconnexions. Ces interdépendances et interconnexions sont la base du changement et l'amélioration au niveau local sur les individus.

Figure 2 : Esquisse du modèle *glocal* de la communication



Source : Auteurs de l'étude, 2021.

6.4. Enjeux et perspectives de la communication en période de crises sanitaires de type COVID-19

6.4.1. Enjeux de la communication en période de crises sanitaires

En période de crise de type COVID-19, plusieurs facteurs déterminants sont à considérer pour assurer une efficacité de la communication. En tant que crise particulièrement complexe de par sa méconnaissance et de par son caractère planétaire, il convient d'être sensible à plusieurs points énumérés ci-après.

- ✓ L'information en boucle sur les médias internationaux.

- ✓ La forte consommation des informations distillées par les réseaux sociaux numériques par les populations. Ce qui va fortement influencer la réception de la communication publique.
- ✓ Le choix de médias pour le déploiement des différentes campagnes de sensibilisation. En zone urbaine, si on se fie à nos enquêtes, la radio est de moins en moins un média d'information populaire (3,29%) pourtant les stratégies de communication accordent un financement important consacré à la radio.
- ✓ Inclure et accorder une importance aux stratégies digitales dans les stratégies de communication.
- ✓ Privilégier de manière concrète et diligente l'approche participative de la communication publique en période de crise et de la sensibilisation sur les comportements à risque. À ce niveau, il faut éviter l'instrumentalisation de la campagne à des fins politiques. Il faut distinguer la volonté politique d'adopter une approche participative de la participation effective de tous les acteurs au niveau micro, méso et macro.
- ✓ Les enjeux économiques de la diplomatie des vaccins. Le dispositif Covax au secours de l'Afrique contre l'engagement de la Chine en Afrique.
- ✓ Les enjeux culturels liés à la primauté des normes occidentales.
- ✓ Les enjeux sociaux liés à la distanciation physique qui viennent bouleverser les normes communautaires en Côte d'Ivoire.
- ✓ Les enjeux politiques liés l'instrumentalisation de la pandémie.
- ✓ Les enjeux géopolitiques internationaux.

6.4.2. Perspectives de recherche de communication en période crise

La communication, sous toutes ces facettes, est incontournable dans la mise en œuvre des politiques publiques nationales comme internationales. De fait, le code des communicants publics, dans son article 1er, consulté le 12 décembre 2017 sur www.cap-com.org/content/quest-ce-que-la-communication-publique, est clair : « Devant le déploiement croissant de la société de l'information, la communication publique s'affirme aujourd'hui comme une nécessité incontournable des institutions et États démocratiques. De ce point de vue, elle s'apparente, non à un simple outil technique de mise en forme des politiques publiques, mais à une démarche globale inscrite dans l'exercice même de la gouvernance publique » (Goa, 2021). La nécessité de penser un plan de coordination de la communication publique pourrait permettre une efficacité *globale* (globale et locale) de la stratégie. Pour ce faire, un ensemble de mesures préventives, curatives ou correctives sont à envisager. Quelques-unes, d'ordre préventif, figurent ci-dessous.

- 1) Le renforcement de la légitimité et l'autorité scientifique de l'OMS. De plus en plus, des critiques considèrent qu'elle est plus une organisation internationale qu'une organisation mondiale. La gestion de cette pandémie a permis d'enfler davantage les polémiques sur le statut de l'OMS.
- 2) La réduction de la confrontation des décisions politiques vis-à-vis des propositions scientifiques.

- 3) La mise en place de mécanismes ou des dispositifs fiables de l'actualité.
- 4) L'application des méthodes de prévention centrées sur les personnes (morale ou physique), le fonctionnement, les moyens (modernes et technologiques) et les stratégies de communication (Goa, 2021).
- 5) L'adaptation et la reconstitution du système communicationnel comme un ensemble de vecteurs communicationnels.
- 6) L'organisation des différentes formes de communication comme un système qui conduisant naturellement à une communication de crise opérationnelle.
- 7) La coordination doit être pensée et doit panser la communication, à travers une bonne communication de crise qui détermine des signes précurseurs de la crise par la veille (anticiper les situations de crise), et la création d'une cellule de crise (regroupant des professionnels et experts).
- 8) L'implication des acteurs de la communication en vue de susciter des débats sur les médias pour chaque type de crise (identifier d'éventuels adversaires, mais aussi d'éventuels alliés).
- 9) L'identification des menaces possibles en vue de la prise de mesures conséquentes.
- 10) La vulgarisation des messages essentiels (imaginer tous les scénarii de crises) : préparer les arguments et documents pour la première réaction, former les acteurs gouvernementaux à la prise de parole en contexte de crise (planifier une formation spécifique à la communication de crise), solliciter les médias appropriés pour la vulgarisation des messages dans le processus et les méthodes d'alerte de la crise (Goa, 2021).
- 11) La simulation de crise pour tenir compte des impondérables et construire des réactions anticrises : simulation et stimulation sans dissimulation par la maîtrise des facteurs de temps, de psychose, d'incommunication (Goa, 2021).
- 12) La capitalisation des expériences dans la gestion des crises sanitaires antérieures.

CHAPITRE VII : PROPOSITIONS ET PISTES POUR L'ACTION

La riposte nationale de la COVID-19 en Côte d'Ivoire comporte à l'évidence des succès importants mais également des points de faiblesse. Des leçons tirées de l'expérience et de la science, nous présentons ci-après quelques pistes visant à améliorer la réponse au niveau de la communication.

7.1. Mise en place d'une communication stratégique

Le changement de comportement dans le cadre de la crise sanitaire de la COVID-19 en Côte d'Ivoire vise principalement trois grands comportements terminaux :

- l'application des mesures barrières au quotidien ou dans certaines circonstances (lieu de rassemblement ; transport en commun, etc.) ;
- la réalisation du test de dépistage du coronavirus de la COVID-19 lorsque certains symptômes apparaissent ou pour entreprendre un voyage à l'étranger ;
- la vaccination contre la COVID-19 en deux doses séparées par un intervalle de temps variable selon les vaccins.

Afin que les messages et supports conçus pour les groupes cibles prioritaires puissent produire leurs effets et favoriser le changement de comportement souhaité, il faut adopter l'approche stratégique de la communication, fondée sur la recherche auprès de la population visée.

Il faut également que l'environnement, parallèlement, évolue favorablement. Cela implique l'identification des sources, contenus et circuits de diffusion des fausses nouvelles, des rumeurs et, d'une manière générale, de la contre-communication officielle ou communication « subversive », volontairement orchestrée ou spontanée ainsi que le changement de l'image même de la maladie.

Enfin, les dispositifs permettant à la population de mettre en pratique les conseils prodigués au moindre coût pour les individus, les familles, les groupes et les communautés, doivent être mis en place : disponibilité et accessibilité des masques, de l'eau pour le lavage des mains, des gels et du savon, marquage de la distance physique, etc.

La planification de la stratégie de communication doit, autant que se fonder sur les résultats de la recherche. Dans les situations d'urgence, celle-ci peut être menée à l'aide de la méthodologie accélérée de recherche, voire l'exploitation provisoire de données similaires, *mutatis mutandi*.

Dans le but de contribuer à une approche de la communication/éducation pour la santé dans le cadre de la crise sanitaire de la COVID-19, nous présentons une série de tableaux conçus en exploitant les résultats de la recherche.

Tableau 12 : Synthèse des attitudes et pratiques selon les cibles prioritaires

Rubriques	Commune	Sexe	Tranche d'âge	Niveau d'instruction	Catégorie socio professionnelle
Non-respect des mesures barrières par les autorités	1-Yopougon : 55% 2- Cocody : 25% 3- Marcory : 18%	Homme : 60% Femme : 40%	30-44 ans : 52% 15-29 ans : 0%	Secondaire : 45% Supérieur : 32%	Scolaires : 25% Artisans-commerçants-transporteurs : 22%
Facilité d'application des mesures barrières	NON 1-Cocody : 92,59% 2-Yopougon : 92,40%	NON Homme : 79% Femme : 89,4%	NON 30-44 ans : 48,8% 15-29 ans : 31,6%	NON Tout le monde	NON Tout le monde
Circulation des rumeurs	1-Yopougon : Télé 32%, Radio 70%, Journaux 80%, Média en ligne 60% 2-Port-Bouet	Homme	15-29 ans 30-44 ans	Secondaire Supérieur	Élèves Agents du privé
Solutions africaines	Yopougon : Cocody : Marcory : Port-Bouet : djeka Bingerville : basilic	H F			
Vaccination	Néant	Néant	15-29 ans 30-44 ans	Niveau secondaire Niveau supérieur	Libéraux : 15,9% Élèves 15% Artisans-commerçants-transporteurs : 14%

Source : Auteurs de l'étude, 2021.

Tableau 13 : Présentation des cibles prioritaires, des problèmes, des barrières et des réponses

Cibles prioritaires		Problèmes	Barrières	Réponses (contenus de message)
Cible primaire	Cible secondaire			
Hommes du secteur informel (Artisans-commerçants-transporteur) de 30 à 44 ans de niveau d'instruction secondaire vivants respectivement à Yopougon-Cocody-Marcory Femmes du secteur informel (Artisans-commerçants-transporteur) de 30 à 44 ans de niveau d'instruction secondaire vivants à Yopougon-Cocody-Marcory	Famille, proche, Personnel de santé, etc.	-Faible perception du risque -Refus de se faire vacciner	-Indisponibilité des intrants -Croyance socioculturelle (pharmacopée perçue comme plus efficace) -Croyances religieuses (prière protège de la maladie, le non-respect des mesures barrières dans les lieux de cultes)	Le respect des mesures pour préserver sa santé et sa vie Faire le dépistage pour connaître son statut et être pris en charge tôt La pharmacopée n'a pas encore fait ses preuves, le vaccin est sûr
Jeunes hommes élèves et étudiants de 15 à 29 ans vivants respectivement à Yopougon-Cocody-Marcory Jeunes femmes élèves et étudiants de 15 à 29 ans vivants respectivement à Yopougon-Cocody-Marcory	Famille, proches, supérieur hiérarchique	-Faible perception du risque -Refus de se faire vacciner	-Indisponibilité des intrants -Croyance socioculturelle (pharmacopée perçue comme plus efficace) -Croyances religieuses (prière protège de la maladie, le non-respect des mesures barrières dans les lieux de cultes)	Le respect des mesures pour préserver sa santé et sa vie Faire le dépistage pour connaître son statut et être pris en charge tôt La pharmacopée n'a pas encore fait ses preuves, le vaccin est sûr
Grand public	Famille, proches, supérieur hiérarchique	-Faible perception du risque -Refus de se faire vacciner	-Indisponibilité des intrants -Croyance socioculturelle (pharmacopée perçue comme plus efficace) -Croyances religieuses (prière protège de la maladie, le non-respect des mesures barrières dans les lieux de cultes)	Le respect des mesures pour préserver sa santé et sa vie Faire le dépistage pour connaître son statut et être pris en charge tôt La pharmacopée n'a pas encore fait ses preuves, le vaccin est sûr Le changement de classe et d'école, le contact avec les étudiants sont des facteurs de risques

Source : Auteurs de l'étude, 2021.

Tableau 14 : Présentation des cibles, canaux et supports de communication

Cibles prioritaires		Canaux		Supports de communication
Cible primaire	Cible secondaire	Milieu urbain	Milieu rural	
<p>Les Hommes du secteur informel (Artisans-commerçants-transporteur) de 30 à 44 ans de niveau d’instruction secondaire vivants à respectivement à Yopougon-Cocody-Marcory</p> <p>Les Femmes du secteur informel (Artisans-commerçants-transporteur) de 30 à 44 ans de niveau d’instruction secondaire vivants à Yopougon-Cocody-Marcory</p>	Famille, proche, Personnel de santé, etc.	<p>Canal des mass-médias : -TV : journal télévisé, le football -Réseaux sociaux : Facebook, WhatsApp, Instagram, Tik Tok -Affichage, -Radio,) -Communication de proximité</p> <p>Canal des mass-médias : -TV : Série Télé Novelas -Réseaux sociaux : Facebook, Whatsapp, Instagram, Tik Tok -Affichage, -Radio,) -Communication de proximité</p>	<p>-Radios municipales, rurales et communautaires - Communication de proximité (CIP) -Affichage -SMS oraux</p>	<p>-Dépliants Affiches -Spots radio et TV -Plateformes Internet -Affiches mêmes messages, visuels différents -Flipchart -Spots radio -micro – programmes radios locales</p>
Les jeunes hommes élèves et étudiants de 15 à 29 ans vivants à respectivement Yopougon-Cocody-Marcory	Famille, proches, Enseignants et personnel administratif	<p>- Internet-réseaux sociaux : Facebook, WhatsApp, Instagram, Tik Tok -Canal des mass-médias (radio : Vibe, Hits et Trace, TV : journal télévisé, le football - Affichage) -Communication de proximité</p>	<p>Radios municipales, rurales et communautaires - Communication de proximité (CIP) -Affichage -SMS oraux</p>	<p>Outils numériques (plates-formes -Page Facebook) etc... Affiches grand format et posters Messages Spots radio /TV, Dépliant général d’information</p>
Les jeunes femmes élèves et étudiants de 15 à 29 ans vivants à respectivement	Famille, proches, supérieur hiérarchique	<p>- Internet-réseaux sociaux : Facebook, WhatsApp, Instagram, Tik Tok -Canal des mass-médias (radio : Vibe, Hits et</p>	<p>Radios municipales, rurales et communautaires - Communication</p>	<p>Outils numériques (plates-formes -Page Facebook) etc... Affiches grand format et posters Messages</p>

Yopougon-Cocody-Marcory		Trace, TV : Séries télévisées Novelas, etc. - Affichage) -Communication de proximité	de proximité (CIP) -Affichage -SMS oraux	Spots radio /TV Dépliant général d'information
Le grand public	Famille, proches, supérieur hiérarchique	- Canal des mass-médias : -TV : journal télévisé, le football -Réseaux sociaux : Facebook, WhatsApp, Instagram, Tik Tok -Affichage, -Radio,) -Communication de proximité	Radios municipales, rurales et communautaires - Communication de proximité (CIP) -Affichage -SMS oraux	Outils numériques (plates-formes -Page Facebook) etc... Affiches grand format et posters Messages SMS Mini- série type novelas (4/ 5 éléments de 6 mn) Spots radio /TV Dépliant général d'information

Source : Auteurs de l'étude, 2021.

7.2. Pour une plus grande pertinence des supports de communication

Les résultats de l'étude ont révélé l'existence de nombreuses incommunications dans la communication liée à la riposte. De nombreux supports et canaux de communication ont été utilisés par les parties prenantes étatiques et ou non étatiques. Certains relèvent de la communication de crises et d'autres de la communication pour le changement social et comportemental.

En ce qui concerne les messages diffusés par les pouvoirs publics (communiqués de presse, conférences de presse, points de presse), l'on observe une grande similarité entre les décisions sanitaires, sécuritaires et politiques prises ici et celles prises ailleurs dans le monde, en dépit d'un contexte différent et des spécificités locales. Certains observateurs sont même allés jusqu'à parler de simple reproduction des mesures adoptées dans les pays développés tels que la France, pour justifier leur rejet par une partie de la population vivant en Côte d'Ivoire. De plus, la dissonance entre certaines actions de représentants des pouvoirs publics, rendues visibles par les médias, et le discours officiel a perturbé la crédibilité de l'Etat comme source et émetteur de messages normatifs et, par voie de conséquence, l'efficacité de la communication publique relative à la crise. On peut citer à titre d'exemple : (i) la confusion autour du confinement des voyageurs internationaux à l'INJS qui a favorisé le sentiment d'un traitement différencié face aux mesures prises par les pouvoirs publics ; (ii) Le comportement, médiatisé, de plusieurs autorités publiques lors de nombreux événements publics (campagne électorale, meetings, etc.) ne respecta t pas rigoureusement les mesures barrières.

Les populations ayant vu et traversé de tels épisodes de la vie politique pendant la crise, ont perdu confiance aux messages diffusés par les autorités publiques. Cette crise de confiance en la véracité ou l'objectivité des informations sanitaires a été renforcée par la propagation de messages non officiels issus de la nébuleuse des théories conspirationnistes, qui propageaient l'idée que les autorités visaient un objectif caché en livrant des statistiques sur l'ampleur de la maladie : capter des fonds auprès des bailleurs de fonds pour leurs propres intérêts.

Pour ce qui est des supports d'éducation pour la santé, les enquêtes et l'analyse de ces supports ont permis de mettre en évidence le caractère inapproprié de certains contenus. C'est le cas des principaux spots du MSHP et du CICG diffusés sur les médias publics (le groupe de la RTI) contenant des infographies et personnages, le tout appuyé par une voix off. Au niveau du style de langage, la forme impersonnelle du discours ne favorise pas la proximité avec les populations et le message semble s'adresser à des personnes autres que soi.

L'on a pu observer une surabondance des messages SMS via les trois opérateurs de téléphonie mobile depuis le début de la crise, avec parfois six à sept messages par jour. Cela a conduit à faire baisser la valeur persuasive de ces messages aux yeux des populations. Certains messages semblaient avoir été conçus à la hâte dans les débuts de l'opération de communication par SMS, sans s'appuyer sur une recherche formative.

Toutefois, d'autres supports plus adaptés et mieux élaborés pour une éducation pour la santé ont été produits et diffusés. C'est le cas des spots dans lesquels des leaders d'opinion, des leaders communautaires, des leaders religieux apparaissent et s'adressent directement à la population en utilisant le « tu » qui rapproche. Malheureusement, le nombre de diffusion de ce type de spots a été insuffisant pour obtenir des résultats probants sur les populations.

7.3. Mise en place d'un observatoire de la communication de crise sanitaire

La gestion de l'information dans cette pandémie de COVID-19 a donné à voir des incommunications et des insuffisances de coordination au niveau des acteurs impliqués dans la riposte en Côte d'Ivoire. Cette crise et sa gestion par les pouvoirs publics, soutenus par ses partenaires et les membres de la société civile a révélé de nombreux défis et enjeux de communication publique, de communication de crise, d'éducation à la santé dans l'espace public. Cette expérience donne l'occasion d'élaborer des outils, dispositifs ou mécanismes en vue d'une bien meilleure riposte face aux crises à venir.

7.3.1. Définition, but et organisation de l'observatoire

Ainsi, l'observatoire peut être considéré comme un « dispositif-outil » d'analyse en continu du territoire, qui contribue, par l'information, à la mise en synergie des acteurs et des actions qu'ils portent. Moustapha Hini (site web ONP, 2021), définit l'observatoire comme un outil qui permet de suivre en continu l'évolution d'un sujet (une tendance sociale, un secteur d'activité économique, un territoire, une technologie...) afin d'informer et d'orienter les choix des décideurs concernés (gouvernement, parlementaires, élus, partenaires aux développements, universités, société civile, etc.). L'observatoire sert à faire de la « veille d'information ».

S'agissant de dispositif d'anticipation et d'efficacité de la gestion et de la gouvernance de l'information, la mise en place d'un observatoire s'impose. Il s'agit à la fois d'un outil de veille, d'un dispositif d'alerte et surveillance des progrès et des reculs, pour garantir une meilleure communication publique et une bonne gestion de la communication de crise. Le déploiement de l'observatoire se décline en quatre points cumulatifs ci-après présenter. La raison d'être de l'observatoire que nous envisageons est :

- de faire le monitoring des changements qui surviennent au niveau de la crise et qui sont susceptibles d'influencer la mise en œuvre et les résultats du volet communication de la riposte à la COVID-19 ;
- de fournir des éléments permettant d'élaborer ou d'infléchir les stratégies de gestion de l'information publique et de de communication et éducation pour la santé ;
- de faire le suivi des changements sur la base d'indicateurs relevant de la communication et de l'évolution de la maladie, sous la forme d'un tableau de bord ;
- de faciliter la disponibilité d'information permettant de documenter et de tirer les leçons de l'expérience puis de les partager.

À titre d'exemple, les observatoires nationaux du dividende démographique (ONDD) ont été mis en place dans le but de faire le suivi du processus de la capture du dividende démographique en permettant de disposer en temps réel des informations sur les questions de population et développement, en vue d'apprécier l'évolution des indicateurs du dividende démographique. Les observatoires nationaux du DD constituent un outil stratégique important permettant d'informer et d'éclairer les décideurs (gouvernement, société civile, partenaires techniques et financiers, ONG, etc.) sur l'autonomisation des femmes et les évolutions en matière de capture du dividende démographique. Ils permettent de prendre des décisions stratégiques allant dans le sens de l'orientation des politiques publiques et d'élaboration de plaidoyers et de planification.

Du point de vue de son organisation, l'observatoire peut s'appuyer sur :

- un comité de pilotage composé de représentants des ministères et/ou institutions participant aux missions de l'observatoire selon leur rôle stratégique dans la riposte nationale ;
- une cellule technique et de gestion composée des spécialistes de la communication et de la santé.

7.3.2. Activités opérationnelles de l'observatoire

1) Définition et spécification des indicateurs de concentration de l'observatoire

Il importe de définir clairement les actions et les changements sur lesquels l'observatoire doit se concentrer. Des indicateurs objectivement vérifiables doivent être élaborés. Il faut éviter de les multiplier au-delà des changements prioritaires et des capacités de l'observatoire.

2) Identification et exploitation de localités sentinelles

Pour garantir l'opérationnalisation de l'observatoire, des localités sentinelles doivent être identifiées et pour l'observation en continu de la communication de crise sanitaire. Dans le cadre de l'expérimentation de l'observatoire, des communes d'Abidjan ont été retenues sur la base de certains critères, y compris épidémiologiques : Bingerville (commune périphérique dortoir), Cocody (commune aisée et moyenne mais avec des poches de précarité), Marcory (commune aisée et moyenne mais avec des poches de précarité et une communauté d'expatriés), Port-Bouët (commune populaire avec une forte population d'immigrés et pauvre) et Yopougon (commune populaire et cosmopolite).

3) Outils/instruments de collecte des données

- Cartographie des parties prenantes : qui fait quoi, comment, avec qui, pour quels résultats, alliés vs opposants, etc.
- Enquête CAP de départ (par questionnaire) / Intermédiaire / Post-crise
- Sondages périodiques (quantitatifs) pour mesurer l'évolution du phénomène étudié.
- Sondages rapides du type enquête rapide par interception de deux catégories de personnes : celles qui ont changé de comportement vs celles n'ont pas changé
- Discussion de groupe semi-dirigée ou Focus group discussion
- Observation menée dans de points/sites sentinelles tels que les lieux de rassemblement ou de passage des différentes catégories de la population touchées ou menacées par la crise sanitaire (sites administratifs, commerciaux, religieux, scolaires, de transport public, de prise en charge, etc.). Des guides d'observation doivent être élaborés à cet effet
- Tracking des médias/veille médias : celle-ci peut se faire manuellement (avec une grille de monitoring par exemple) et à l'aide d'applications existantes ; ces dernières sont plus adaptées à la veille des réseaux sociaux numériques
- Entretiens avec les acteurs clés comme personnes ressources en vue de comprendre la gestion de l'information par les parties prenantes gouvernementales comme non gouvernementales
- Étude des supports de communication : (i) analyse sémiologique ; (ii) analyse de discours ; (iii) test (*pretesting*) de supports de communication et d'éducation. Cela passe par une collecte des supports
- Suivi des données épidémiologiques/statistiques sanitaires
- Exploitation de documents officiels

4) Livrables

- Tableau de bord : il permet de faire le suivi des changements en termes de : (i) connaissances ; (ii) croyances ; (iii) attitudes ; (iv) pratiques ; (v) participation à la communication (quête vs diffusion -EMEREC). Les indicateurs doivent être élaborés de manière consensuelle.
- Rapports de situation périodiques
- Notes de politique ou notes techniques
- Infographies
- Rapports de synthèse. Ces rapports pourront fournir une compréhension des comportements observables.

La complexité de l'observatoire dépendra des ressources disponibles, en particulier des ressources financières ainsi que de la complexité, de l'extension et de la durée de la crise sanitaire elle-même.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche sur la gestion de l'information en période de crise sanitaire de type COVID-19 en Côte d'Ivoire a eu comme objectif général de contribuer à l'amélioration de la communication pour la santé en période de crise sanitaire de type épidémique ou pandémique. Les approches méthodologiques qualitatives et quantitatives ont permis de collecter des données dans le district d'Abidjan (cinq communes). Avant le déploiement de la riposte, un plan de communication avait été élaboré le 12 février 2020 dans le cadre d'un Groupe Technique de Travail comprenant des sous-groupes : surveillance, santé animale, logistique et communication. Cette plateforme/de coordination est multisectorielle et comprend six ministères clés : santé ; environnement ; eaux et forêts ; sécurité ; ressources animales et halieutiques ; communication. Durant la crise, cette coordination s'est élargie à d'autres partenaires comme la croix rouge, DCPEV et des organisations de la société civile. L'objectif principal du plan de communication était d'informer les populations sur la maladie et les mobiliser pour le respect des mesures barrières. Certaines structures ont piloté ce plan de communication (MSHP, MCM, MIS, SMIT). D'autres ont été des acteurs importants dans son application (RTI et CICG). Des structures non étatiques ont tiré leurs stratégies de communication et de sensibilisation des recommandations de l'État et de ses partenaires.

La recherche mixte menée (qualitative et quantitative) a permis de comprendre l'organisation de la riposte de l'Etat avec un accent particulier sur le volet de la communication publique. Cette riposte a été décrite à travers le rôle des structures étatiques et non étatiques engagées dans la crise. Une analyse de contenu et une analyse sémiologique des messages et des supports ont permis d'appréhender la dimension de l'infodémie liée à cette pandémie et à cerner autant que possible l'offre communicationnelle publique.

La recherche a surtout consisté à mesurer la réaction ou la réponse des populations d'Abidjan face aux actions de communication publique entreprises par l'état et ses partenaires et aux mesures qui l'accompagnent. Ainsi, la vaccination, en tant qu'une modalité spécifique de la riposte, a fait l'objet d'une attention particulière.

À l'issue des travaux, on peut retenir, au nombre des pistes proposées par les chercheurs : (i) l'adoption de la communication stratégique fondée sur la recherche, la participation communautaire au processus de communication et la coordination ; (ii) la prise en compte du modèle glocal de la communication dans la gestion de la réponse ; (iii) la nécessité pour les pouvoirs publics d'être exemplaires dans le respect des mesures et dispositions qu'elles prônent à la population, dans un contexte de pluralité de l'information ; (iv) la mise en place d'un observatoire de la communication en situation de crise sanitaire pour améliorer la gestion de la crise en cours et/ou celle de futures crises sanitaires d'envergure.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ATCHOUA, N., J. et COULIBALY, N. D. (2018), Communication gouvernementale et santé publique en Côte d'Ivoire : ce que le discours politique veut dire... *Revue de Littérature & d'Esthétique Négro-Africaines*, Vol 3, 18, 53-63.
- BARRY, A. et CHAUVIN-VILENO, A. (2016), Communication en contexte de crise sanitaire Ébola en Guinée : approche socio-discursive d'iconotextes de prévention.
- BERTHÉ, A., (2015), Perceptions et pratiques de la prévention contre la maladie à virus Ébola au Centre de santé.
- BERGAMO, L. (2017). Communication de crise et systèmes d'alerte socionumériques : de nouveaux outils pour répondre aux attentes des publics en situation de crise ? Université du Québec à Montréal, Mémoire de maîtrise en communication, 124p.
- BESSETTE, G. (2004), Communication et participation communautaire. Guide pratique de communication participative pour le développement, Québec, Presses de l'Université Laval.
- BRETON, Ph. Et PROULX S. (2006). L'Explosion de la communication. Introduction aux théories et aux pratiques de la communication, Paris, La Découverte.
- BRÜCKER, G. (2000). Information des usagers et crises sanitaires, adsp, n°33, p.7-9.
- CASERO-RIPOLLÉS, A. (2020). "Impact of COVID-19 on the media system. Communicative and democratic consequences of news consumption during the outbreak". *El profesional de la información*, v. 29, n. 2, e290223. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.23>
- COULIBALY N., D. et ATCHOUA N., J. (2019). Politique de « gratuité » des soins et enjeux de communication pour la santé en Côte d'Ivoire, *Communication en question*, n°12, pp 01 à 21.
- DIOP C. (2018). L'art de la communication sociale Pour quoi faire ? Comment s'y prendre ? Tome (1) (Ebook) Disponible sur www.bookelis.com
- FAYE, M. et DIATTA, J. S., (2020). La communication du gouvernement sénégalais à l'épreuve de la COVID-19.
- FORSTER P. et CHARNOZ, O. (2013). La production de connaissances en temps de crise sanitaire. Que nous apprend la réponse internationale à la grippe aviaire en Indonésie ? *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 7, n°1, p 112-144.
- GABAY M. (2005). Communiquer dans un monde en crise—Images, représentations et médias, Paris, L'Harmattan.
- BARBARIN-COSTES, Patrice. (2017). *L'hôpital face à une situation sanitaire exceptionnelle à caractère biologique* (Master en pharmacie). Marseille : Aix Marseille Université.
- BRÉCHOT, Christian. (2020). La pandémie due au SARS-CoV-2 : plus qu'une grave crise sanitaire, un changement d'époque et des leçons à en tirer d'urgence. *Médecine/Sciences*, 36(12), 1107-1108.
- DEPAUW, Jérémy. (2006). La gestion de l'information des organisations analyse de définitions et conceptualisation. *Cahiers de la documentation*, (4), 23-29.
- DICTIONNAIRE MÉDICAL. (2021). *Crise*. Repéré à <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/719-crise/> (consulté le 29/10/2021)
- GOA, Kacou. (2021). Communication de crise en Côte d'Ivoire. Éviter la communication zéro et les incommunications. Abidjan, Côte d'Ivoire : L'Harmattan.

LAMOUR, Patrick & BRIXI, Omar. (2007). Éducation pour la santé. Entre conceptions dominantes et conceptions alternatives. In : BOURDILLON, François , BRUCKER, Gilles & TABUTEAU, Didier (dir). *Traité de santé publique*. Paris : Flammarion, p. 203-208.

LEPASTIER, Samuel. (2013). *Présentation générale. L'incommunication, un concept transdisciplinaire*. In : *L'incommunication* [en ligne]. Paris : CNRS Éditions, DOI : <https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.19806>.

MARSOLLIER, Christophe. (2009). L'éducation pour la santé : enjeux et repères épistémologiques. *Expressions, Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM)*, (32), 11-32.

OMS. (1990). *Éducation pour la santé. Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires*. Genève : OMS.

OMS. (2021). *La crise sanitaire qui marquera notre époque, Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS à l'occasion de l'Assemblée mondiale de la Santé – 24 mai 2021*. Repéré à <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-world-health-assembly---24-may-2021> (Consulté le 30/10/2021)

Service de gestion de l'information et des archives de l'Université d'Ottawa. (s.d). *Manuel pour la gestion de l'information*. Ottawa, Canada : Université d'Ottawa.

GOA K. (2015), « Les organisations ivoiriennes à l'épreuve de la communication de crise », in RISLC, n°9, Paris, Paari, pp. 273-290.

GOA K. (2018). "Mutinies of January and May 2017 in Cote d'Ivoire: study of a crisis communication" in IJCAR, Vol. 5, No. 2, Negeri Sembilan, www.ijcar.net, pp. 23-41.

GOA K. (2020). Communication and incommunication in the 2019 coronavirus (COVID-19) crisis in Cote d'Ivoire, IJCAR, Vol. 7, Issue 4, Negeri Sembilan www.ijcar.net.

KOHEN J., E., B., L. & Ahmed, R. El A., (2020). Crise sanitaire & stratégies de communication, 57p.

KONÉ, B. et TAGOUYA, K., F. (2020), Analyse des pratiques de communication dans la riposte en Côte d'Ivoire, Actes du colloque, Numérique, dynamiques sociétales et résilience en contexte COVID-19.

KONÉ, B. et ZAH BI, G., E., (2020), Communication officielle dans la lutte contre la pandémie : effets de l'obédience politique sur les perceptions et croyances des populations, Actes du colloque, Numérique, dynamiques sociétales et résilience en contexte COVID-19.

KONE H., (2017), « Les réseaux sociaux au service du développement, un potentiel sous-exploité en Afrique francophone », RISLC (Revue Ivoirienne des Sciences du Langage et de la Communication), n° 11, vol 2, pp. 100 à 118.

KONE H., et ZINSOU M., (2017), « Évaluation de la formation continue des adultes en communication pour le développement », Revue Universitaire des Sciences de l'Éducation Assempe n°9, pp. 209-221, Abidjan, UFHB.

KONE H., (2018), "Engaging social media for development programmes in Franco-phone Africa", in OMENUGA K. A., FAYOYIN A., NGUGI C. M., New Media and African Society. Essays, Reviews and Research, Nairobi, Nairobi Academia Press, pp. 274 à 292.

KONE H., NANGA-ADJAFI A., (2018), « La communication, maillon indispensable dans la transformation de l'agriculture en Afrique », in : Actes du Colloque International de l'Université de Ségou. Thème : L'Université de Ségou face au défi de la transformation accélérée de l'Agriculture en Afrique, Ségou, Université de Ségou, pp. 264 à 274.

- KONE H., (2019), « La communication dans la gestion des crises humanitaires en Afrique : des questions et leçons pour l'action », in *Fréquence Sud* n° 22-23double, août, Yaoundé, U de Yaoundé II, pp. 283 à 30.
- LECOMTE J. (2012). *Médias : influence, pouvoir et fiabilité*, Paris, Harmattan.
- LIBAERT Th. (2005). *La communication de crise*, Paris, Dunod, 2^{ème} édition.
- LUHMANN N. (2012). *Introduction to systems theory*, Hoboken, John Wiley & sons Inc.
- MBAYE, E. M., KONÉ S., KÂ, O., MBOUP, S., (2017), *L'évolution de l'implication des communautés dans la riposte à Ébola*.
- MCLEROY K.R. et al. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.*;15 (4), pp.351–77.
- MIEGE B. (2005). *La pensée communicationnelle*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble.
- MOINE J.-F. et COLOMBO J. (2002). *Communiquer en situation de crise–Avec l'autre, avec l'équipe, avec l'environnement*, Paris, ESF éditeur.
- MORIN E. (2016). *Pour une crisologie*, Paris, L'Herne.
- NIANG, C. I., (2014), *Ébola : une épidémie postcoloniale*
- NUTBEAM, D. (2020), COVID-19: lessons in risk communication and public trust. *Public Health Res Pract.* 30 (2). <https://doi.org/10.17061/phrp3022006>
- OGRIZEK M. (2000). *La communication de crise*, Paris, PUF.
- OMS, (2020) *Communication sur les risques et participation communautaire (RCCE) : préparation et riposte face au nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, Lignes directrices provisoire.
- OMS, (2018). *Communication du risque pendant les urgences sanitaires : directives stratégiques et pratiques de l'OMS pour la communication sur les risques en situation d'urgence*.
- OMS, (2018). *Considérations relatives à la communication des risques et à l'engagement communautaire (CREC) : Réponse d'Ébola en République démocratique du Congo*, Genève, OMS, 35p.
- OMS, (2013), *Communication pour un impact comportemental, Outil pour la communication comportementale et sociale dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques*
- SAMUEL A. N., (2015), *Communicating the Ebola Crisis in West Africa*, *Developing Country Studies*, Vol.5, No.8, www.iiste.org
- SMOUT E., (2015). *Communication de crise sur Ébola : Faits et chiffres*. Disponible sur <https://www.scidev.net/afrique-sub-saharienne/features/communication-sur-ebola-faits-et-chiffres/> (Consulté le 20 février 2021)
- ROTELLI, F. (2006) *La communication publique entre réforme et modernisation*, Master en Administration Publique, ENA, 76p.
- ROBERT P. (2005). « De la communication à l'incommunication », *Communication et langages*, n°146, p. 3-18.
- SARDON, J-P. (2020), *De la longue histoire des épidémies au COVID-19*, *Association Population & Avenir, Les Analyses de Population & Avenir*, 8 n°26, p1-18.
- SEY H. J., (2016). *Communication de crise en santé : cas de la fièvre à virus Ébola dans trois localités de la Côte d'Ivoire*.
- SEYTRE B. (2016). *Les errances de la communication face à la maladie à virus Ébola*.

- VANEL, J. (2016). De l'éducation sanitaire à la promotion de la santé : Enjeux et organisation des savoirs au cœur de l'action publique sanitaire (internationale). Droit. Université Paris Saclay.
- WATZLAWICK P. et al. (2014). Une logique de communication, Paris, Seuil.
- WOLTON D. (2019). Les incommunications, Revue Hermès, n°84, Paris, CNRS Éditions.
- WOLTON, Dominique. (2009). *Informer n'est pas communiquer*. Paris : CNRS Éditions.
- WOLTON, Dominique. (2017). Avant-propos. Information, communication et incommunication. *Hermès, La revue*, (77), 13-18.
- WOLTON, Dominique. (2018). Conclusion : Penser l'incommunication. *Hermès, La Revue*, (80), 280-282.
- ZEMOR P. (1995). La communication publique, Paris, Presse Universitaire de France.
- ZHANG, L. LI, H., and CHEN K., (2020), Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'observation de la communication de crise COVID 19 en Côte d'Ivoire

COMPORTEMENTS CLÉS	OBSERVATIONS
Variété des masques utilisés	Décrire la variété de masques utilisés : 1. Matériel (jetable/non jetable, homologué/homologué) 2. Observer le port du Masque couvrant correctement la bouche et le nez ou non
Cadres ou lieux de non-respect des mesures barrières	1. Identifier les lieux de non-respect : Les marchés, les mosquées, les églises, dans la rue, les maquis, les restaurants, les arrêts de bus, les administrations privées et publiques 2. Identifier les mesures barrières non-respectées (Distanciation physique, port du masque des mains, les dispositifs de fortune de lavage des mains)
Interaction des utilisateurs et des non utilisateurs de masques	À quels moments voit-on les utilisateurs (Matin-après-midi-soir) Décrire les attitudes des utilisateurs face aux non utilisateurs de masque selon les quartiers (populaires, résidentiel)
Utilisation des gels savons pour les mains	Décrire le processus de lavage des mains (afin de vérifier s'il est fait correctement) Décrire le dispositif de lavage des mains
Le respect de la distanciation sociale et interaction entre les populations	Identifier les endroits où le respect de la distanciation sociale n'est pas respecté. Observer... Décrire...
Identification des périodes propices au non-respect des mesures barrières	Noter les moments de la journée ou les périodes de la semaine du non-respect de la COVID-19 (Matin, après-midi et soir) au quotidien, pendant les cérémonies (Mariage, Baptême, anniversaire, etc.)
Identification et description des endroits à risque d'infection à la COVID-19	Description des signes de risques ou de danger... Endroit clos... Endroits aéré...
Description des lieux de lutte contre la COVID-19	Décrire les centres de dépistage Décrire les centres et les conditions de la vaccination Décrire la communication non verbale entre agents de santé et les populations lors du dépistage et de la vaccination (empathie, amabilité, antipathie, etc.)
Décrire tous les éléments de la communication non verbale et non linguistique tout au long de l'enquête (soupirs, exclamation, nervosité, étonnements + environnement culturel, religieux, social, etc. pour mieux comprendre les réponses des informateurs, etc...	

Annexe 2 : Guide d'entrevue individuelle

Destinataires : Gouvernement, collectivités territoriales, ONG, leaders d'opinion

Consentement éclairé et confidentialité

Bonjour/bonsoir, M. /Mme _____. Nous sommes de l'Université Félix Houphouët-Boigny. Nous travaillons sur un projet FONSTI qui vise à améliorer la communication publique (communication de crise, communication du risque) et l'éducation à la santé (communication pour le changement social et comportemental) dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. L'entretien va durer 01 heure environ et les informations collectées seront confidentielles. En outre, vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question si vous ne le voulez pas, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout instant. Ce n'est pas pour vous juger ou vous critiquer, ne vous sentez donc pas contraint(e) de donner une réponse spécifique et ne vous inquiétez pas si vous ne connaissez pas la réponse à une question.

Nous n'attendons pas de vous une réponse particulière ; nous aimerions que vous nous répondiez sincèrement à nos questions. Acceptez-vous de participer à cette enquête ? Oui ___ Non ___

Si la réponse est « Oui », continuez avec la question suivante ; si la réponse est « Non », interrompez l'enquête.

Présentez-vous s'il vous plait ?

Disposez-vous d'une stratégie de communication dans le cadre de la lutte contre la pandémie à coronavirus ? Quelles sont les objectifs ?

Quels sont les acteurs impliqués dans cette stratégie ? Quels sont les principaux messages véhiculés ? Quels sont les supports et les canaux de diffusion ?

Avez-vous eu à faire face à des rumeurs ? Si oui, quelles sont ces rumeurs ? quelles sont leurs sources ? comment l'avez-vous géré ? comment sont-elles diffusées ?

Quel est l'impact de ces rumeurs dans les quartiers ? comment ? expliquer ?

L'opinion des populations d'Abidjan de la communication publique sur la COVID-19 est-elle bonne selon vous ? pourquoi ? êtes-vous de cet avis ?

Les populations disposent-elles de connaissances suffisantes de l'infection à COVID-2019 ?

Pensez-vous que ces populations connaissent bien les mesures barrières à l'infection COVID-19 ? pourquoi ? Par quels moyens ou canaux selon vous ?

Comment jugez-vous la connaissance des populations de l'infection à COVID-19 et des mesures barrières ?

Comment l'infection à COVID-19 est-elle perçue, selon vous, par les populations ? pourquoi ? comment peut-on l'expliquer ?

Comment les populations perçoivent les mesures barrières ? et pourquoi ?

Quelles sont les attitudes des populations qui vous sont rapportées après les opérations de dépistage sur le terrain dans les centres de dépistage ?

Comment réagissent les populations par rapport au dépistage et comment jugent-elles le dispositif de dépistage du COVID19 ? pourquoi ? expliquer mieux s'il vous plait.

Que pensent les populations de la vaccination en cours contre la COVID 19 ? pourquoi ?

Comment les populations accueillent-t-elles les solutions « africaines » dans la lutte contre la COVID-19 ? Quel est votre commentaire ?

Quelles sont les sources d'information les plus couramment utilisées par les populations par les populations selon vous ? pourquoi ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION !

Annexe 3 : Guide pour le focus group

Consentement éclairé et confidentialité

Bonjour/bonsoir, M. /Mme _____. Nous sommes de l'Université Félix Houphouët-Boigny. Nous travaillons sur un projet FONSTI qui vise à améliorer la communication publique (communication de crise, communication du risque) et l'éducation à la santé (communication pour le changement social et comportemental) dans la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. L'entretien va durer 01 heure environ et les informations collectées seront confidentielles. En outre, vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question si vous ne le voulez pas, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout instant. Ce n'est pas pour vous juger ou vous critiquer, ne vous sentez donc pas contraint(e) de donner une réponse spécifique et ne vous inquiétez pas si vous ne connaissez pas la réponse à une question.

Si la réponse est « Oui », continuez avec la question suivante ; si la réponse est « Non », interrompez l'enquête.

- I- Présentation des participants à la discussion de groupe
- II- Comment avez-vous connu l'infection à COVID-19 ? par quel canal ? Que pensez-vous de la communication publique (communication du gouvernement, les médias internationaux) sur la COVID-19 ?
- III- Que pensez-vous de l'infection à COVID-19 ? pourquoi ?
- IV- Pensez-vous que l'application des mesures barrières n'est pas aisée dans votre communauté, vos alentours ? pourquoi ?
- V- Que faites-vous lorsqu'en public les mesures barrières ne sont pas respectées ? Prenez vous la peine de vous protéger ? pourquoi ?
- VI- Quelles sont les mesures barrières que vous pratiquez le plus aisément ? pourquoi vous avez du mal avec les autres ?
- VII- Avez-vous déjà fréquenté un centre de dépistage ? que pensez-vous du dispositif de dépistage du COVID19 ? pourquoi ?
- VIII- Que pensez-vous de la vaccination contre la COVID-19 ? avez-vous fait le vaccin ? si oui pourquoi et si non pourquoi ?
- IX- Croyez-vous en des solutions « africaines » dans la lutte contre la COVID-19 ? lesquelles et pourquoi ?
- X- Quelles sont vos sources d'informations couramment utilisées pour vous informer ?

Annexe 4 : Questionnaire

Consentement éclairé et confidentialité

Bonjour/bonsoir, M. /Mme _____. Nous sommes de l'Université Félix Houphouët-Boigny. Nous travaillons sur un projet qui vise à améliorer la communication publique et l'éducation à la santé. C'est pour cela que nous faisons une étude sur ce que la population d'Abidjan sait, pense et agit dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en Côte d'Ivoire. L'administration de ce questionnaire va durer environ 30 minutes et les informations collectées seront confidentielles.

En outre, vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à une question si vous ne le voulez pas, et vous pouvez interrompre l'entretien à tout instant. Ce n'est pas pour vous juger ou critiquer vos réponses ; ne vous sentez donc pas contraint(e) de donner une réponse spécifique et ne vous inquiétez pas si vous n'avez pas de réponse à une question. Nous n'attendons pas de vous une réponse particulière ; nous aimerions que vous répondiez sincèrement à nos questions. Acceptez-vous de participer à cette enquête ?

Si la réponse est « Oui », continuez avec la question suivante ; si la réponse est « Non », interrompez l'enquête.

Numéro du questionnaire :

I. IDENTIFICATION

1. Sexe

Masculin

Féminin

2. Tranche d'âge

15-29 ans

30- 44 ans

45-59 ans

60 ans et plus

3. Situation socio-professionnelle

Élève

Étudiant

Agent du privé

Agent du public

Libéral

Artisan-Commerçant-Transporteur

Sans emploi

Autres (préciser) :

4. Niveau d'étude

Non/Jamais scolarisé

Primaire

Secondaire

Supérieur

Coranique

II. CONNAISSANCE DE L'INFECTION À COVID-2019 ET DES MESURES BARRIÈRES

5. Avez – vous entendu parler de la COVID-19 ?

OUI

NON

5b Si oui, qu'est-ce que c'est ?

Si non, quelle est la maladie dont on parle le plus depuis quelques mois en Côte d'Ivoire ?

.....

Si la réponse renvoie à la COVID-19, poursuivre l'entretien.

6. Comment avez-vous été informé de cette maladie, par quel moyen ?

Télévision Radio Affiches Réseaux sociaux Parents/amis École
Sensibilisation au quartier ou au travail À l'hôpital À l'église, temple ou mosquée
Autres (à préciser)

7. Comment peut-on contracter cette maladie (plusieurs réponses possibles) ?

- Par la pique de moustique
- Par le contact avec les gouttelettes (postillons) projetées dans l'air quand une personne malade parle, tousse ou éternue.
- Par des mains infectées portées à la bouche, au nez ou aux yeux après avoir eu un contact avec une personne ou une surface infectée.
- Par les relations sexuelles
- Autres (à préciser)

8. Quels sont les symptômes les plus fréquents (plusieurs réponses possibles) :

Maux de ventre Fièvre Toux sèche Fatigue Saignement des gencives Du sang dans les selles Autres (à préciser)

9. Quelle est l'origine de cette maladie ?

.....

10. Qui peut attraper cette maladie ?

.....

11. Quelles sont les conséquences de cette maladie ?

Aucune Hospitalisation Décès Autres (préciser)

À vos yeux, est-ce une maladie :

Banale/sans gravité Assez grave Grave Très grave

12. À votre avis, comment peut-on se protéger contre cette maladie /quelles sont les mesures barrières que vous connaissez ?

.....

13. Selon vous, votre entourage respecte-il ces mesures barrières ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

14. Selon vous, parmi les mesures barrières quelles sont celles qui sont les plus respectées ?

Porter un masque Respecter la distance d'un mètre utiliser un gel main Se laver les mains au savon Rester à la maison Tousser dans le pli du coude

Autres (À préciser).....

NB : Vous pouvez cocher plusieurs cases

15. Selon vous parmi les mesures barrières quelles sont celles qui sont les plus faciles à respecter ?

Porter un masque Respecter la distance d'un mètre utiliser un gel main Se laver les mains au savon Rester à la maison Tousser dans le pli du coude

Autres (À préciser).....

NB : Vous pouvez cocher plusieurs cases

Pourquoi ?

.....

16. Parmi les mesures barrières suivantes, cochez celles qui selon vous sont efficaces contre l'infection à COVID-19 ?

Porter un masque Respecter la distance d'un mètre Rester à la maison Se laver les mains Se laver les mains et les pieds Se laver les mains au savon Utiliser un gel main Tousser da le pli du coude

Autre (à préciser).....

17. Comment avez-vous été informé de ces mesures barrières ?

Par la télévision Par la radio Par les affiches Par les réseaux sociaux

Sensibilisation au quartier ou au travail À l'hôpital À l'église ou la mosquée

Autres (à préciser)

.....

III. PERCEPTION DES POPULATIONS CONCERNANT L'APPLICATION DES MESURES BARRIÈRES

18. Comment trouvez-vous l'adoption des mesures barrières par les populations ?

Facile Très facile Difficile Très difficile

Pourquoi ?

.....

19. Parmi ces mesures barrières, lesquelles vous semblent difficiles à respecter dans votre quotidien ?

Porter un masque Respecter la distance d'un mètre utiliser un gel main Se laver les mains au savon Rester à la maison Tousser dans le pli du coude

NB : Vous pouvez cocher plusieurs cases

Pourquoi ?

.....

20. Toutes les mesures barrières contre la COVID-19 sont-elles faciles à appliquer ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

21. Observez-vous dans votre entourage ou dans les médias des raisons qui vous empêchent de respecter les mesures barrières ?

Oui Non

Si oui, quelles sont ces raisons ?

Les autorités ne respectent pas les mesures aucun proche n'a été infecté par la COVID-19

Indisponibilité des mesures d'accompagnement Autres (à préciser)

22. Pensez-vous que les mesures barrières sont efficaces pour prévenir la COVID-19 ?

Oui Non

IV. OPINIONS DES POPULATIONS CONCERNANT LE DISPOSITIF DE DÉPISTAGE DE LA COVID19

23. Les sites de dépistage sont :

Très accessibles

Accessible

Pas accessible

Je ne sais pas

24. Avez-vous une fois été dans un centre de dépistage ?

Oui Non

25. Si oui, comment jugez-vous le comportement des agents des centres de prise en charge envers les usagers ?

Très bien Bien Assez bien Passable Mauvais

26. Si oui, donnez une appréciation au dispositif de dépistage de la COVID-19 en Côte d'Ivoire ?

Très mauvais Mauvais Passable Assez bien Bien Très bien

V. OPINION DES POPULATIONS CONCERNANT LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

27. Existe-t-il un traitement contre la COVID 19 ?

Oui Non

28. Existe-t-il un vaccin contre la COVID 19 ?

Oui Non

29. Si oui, avez-vous confiance en ce vaccin ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

30. Êtes-vous prêt à vous faire vacciner ?

Oui Non

31. Encouragerez-vous vos proches à se faire vacciner ?

Oui Non

Pourquoi ?

.....

32. La vaccination contre la COVID 19 évite-elle la contamination à la COVID 19 ?

Vrai faux sans avis

VI. OPINION DES POPULATIONS CONCERNANT LES SOLUTIONS « AFRICAINES » DANS LA LUTTE CONTRE LA COVID-19

33. Existe-t-il des solutions médicales africaines dans la lutte contre la COVID-19 ?

Oui Non

34. Si oui, veuillez cocher parmi les propositions suivantes les solutions africaines ?

Chloroquine COVID organics Jaune amère Pfizer Artemesia Basilic

Feuilles de neem Djeka

35. Comment jugez-vous les traitements Anti-COVID 19 développés par les africains ?

- Très fiables
- Fiables
- Peu fiables
- Pas du tout fiables
- Je ne sais pas

36. Pensez-vous que les africains ont les moyens de lutter contre la COVID-19 ?

Oui Non Je ne sais pas

Autres (À préciser)

.....

VII. COMMUNICATION SUR LA COVID 19

37. Par quels moyens vous vous informez généralement ?

- Télévision Radio
- Journaux papier
- Media en ligne Réseaux sociaux numériques
- À travers la Communication interpersonnelle
- Par les proches guide religieux travail/école Autres (à préciser)
-

38. Par quels médias nationaux vous renseignez-vous sur la COVID-19 ?

.....

39. Par quels médias internationaux vous renseignez-vous sur la COVID-19 ?

.....

40. Comment jugez-vous la communication publique sur la COVID- 19 ?

Très mauvaise Mauvaise Passable Assez bonne Bonne Très bonne

A qui avez-vous le plus confiance pour vous informer sur la COVID-19 ?

.....

VIII. GESTION DES RUMEURS

41. Comment jugez-vous les informations sur la COVID-19 qui circulent sur les réseaux sociaux ?

Non fiables Peu fiables Fiables Très fiables

42. Pensez-vous que la COVID-19 existe ?

Oui Non Sans avis

43. Certaines personnes affirment que la COVID-19 est une création des Occidentaux pour tuer les africains ?

D'accord Pas d'accord Sans avis

44. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles représentent le mieux votre opinion sur la COVID-19 ?

- La COVID-19 ne concerne que les riches
- La COVID-19 est une maladie des pays froids
- N'importe qui peut contracter la maladie
- La COVID-19 est une maladie pour ceux qui voyagent en avion
- La COVID-19 ne concerne que les personnes âgées
- La COVID-19 ne concerne que les personnes souffrant déjà de maladies chroniques
- La COVID-19 ne peut pas tuer les Africains autant que les Blancs
- La COVID-19 est un virus créé pour réduire la population mondiale

NB : Vous pouvez cocher plusieurs cases

45. Sources les plus fréquentes de rumeurs sur la COVID ?

Télévision Radio
Journaux papier
Media en ligne Réseaux sociaux numériques
À travers la Communication interpersonnelle
Par les proches guide religieux travail/école Autres (à préciser)

IX. PRATIQUES DES POPULATIONS CONCERNANT LA PANDÉMIE

46. Quelles sont les mesures barrières que vous respectez ?

Porter le préservatif Porter le masque Se laver les mains Respecter la distanciation physique Dormir sous une moustiquaire Tousser dans le pli du coude

Autres (À préciser).....

NB : Vous pouvez cocher plusieurs cases

47. Respectez- vous les mesures barrières anti-COVID 19 ?

Totalement

Moyennement

Faiblement

Pas du tout

X. QUESTIONS FINALES

48. De quelle obédience religieuse êtes-vous ?

Chrétien Musulman Animiste

Autres (À préciser)

.....

49. De quelle obédience politique êtes-vous membre ou proche ?

Pouvoir Opposition Aucune

Merci pour votre collaboration !

Nom de l'enquêteur

Date de l'enquête

Lieu d'enquête