

Styles de vie et non-adhésion aux gestes barrières dans les ménages vulnérables des quartiers précaires d'Abidjan en période de virulence de la covid 19

Lifestyles and non-adherence to protective measures in vulnerable households in precarious neighborhoods of Abidjan during the COVID-19 pandemic

KOFFI Kra Valérie

Enseignant- chercheure

Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa

Laboratoire de Sociologie Economiques et des Appartenances Symboliques
Côte d'Ivoire

N'DRIN Dhaibout Romuald

Enseignant- chercheur

Université l'université Felix Houphouët Boigny, Abidjan

MIAN Etchonwa Anick Michelle

Enseignant- chercheure

Université Alassane Ouattara, Bouaké

Laboratoire de Sociologie Economiques et des Appartenances Symboliques
Côte d'Ivoire

Soukeynatou FALL

Démographe, Chief Planning, Monitoring & Evaluation à UNICEF

Côte d'Ivoire

NIAVA Bogui Fernand Landry

Enseignant- chercheur

Université Jean Lorougnon Guédé, Daloa

Laboratoire de Sociologie Economiques et des Appartenances Symboliques
Côte d'Ivoire

Date de soumission : 08/08/2025

Date d'acceptation : 17/11/2025

Pour citer cet article :

KOFFI. K.V. A. & al. (2025) «Styles de vie et non-adhésion aux gestes barrières dans les ménages vulnérables des quartiers précaires d'Abidjan en période de virulence de la covid 19», Revue Internationale du chercheur «Volume 6 : Numéro 4» pp : 311-331



Résumé

Malgré la campagne massive de communication contre la Covid-19 en Côte d'Ivoire, les ménages vulnérables des quartiers non structurés d'Abidjan manifestent une faible adhésion aux mesures de prévention étatiques. Ce travail a eu pour objectif d'élucider, par une approche qualitative et sous le prisme de la Théorie de la structuration (Giddens, 1984), les logiques qui sous-tendent le maintien de ces pratiques à risque. Les entretiens ethnographiques révèlent que les difficultés à appliquer convenablement les gestes barrières reposent sur la complexité de leurs styles de vie et de leurs logiques d'action, structurée par trois principaux facteurs interdépendants. Le premier facteur est lié aux représentations sociales erronées de la maladie qui engendrent un déni du risque et une minimisation de la menace sanitaire. La Covid-19 est perçue comme la « maladie des autres ». La mobilisation d'une « identité africaine » protectrice et la perception d'une instrumentalisation politique de la maladie conduisent à l'adoption de stratégies de protection imaginaires et à la non-priorisation des dépenses de santé (masques, gels). Le deuxième facteur est relatif aux contraintes structurelles et économiques (promiscuité de l'habitat, coût de l'eau et des produits d'hygiène), qui rendent l'application des mesures fastidieuse et onéreuse, imposant une rationalité de survie aux acteurs. Le dernier facteur concerne le besoin impérieux de maintenir la cohésion sociale : les acteurs donnent la priorité aux normes de leur groupe d'appartenance (et aux interactions de proximité) afin de préserver les liens sociaux qui constituent leur unique mécanisme de protection sociale informelle. Ainsi, les stratégies de riposte des pouvoirs publics se heurtent à de profondes barrières sociales fondées sur la rationalité de survie des acteurs.

Mots clés :

Période de virulence de la Covid-19, Ménages vulnérables, style de vie, Non adhésion aux messages, Côte d'Ivoire.

Abstract

Despite the massive communication campaign against Covid-19 in Côte d'Ivoire, vulnerable households in informal neighborhoods of Abidjan show little adherence to government prevention measures. The aim of this study was to use a qualitative approach and the lens of structuration theory (Giddens, 1984) to elucidate the logic underlying the continuation of these risky practices. Ethnographic interviews reveal that the difficulties in properly applying barrier gestures are based on the complexity of their lifestyles and their rationales for action, structured by three main interdependent factors. The first factor is linked to misguided social representations of the disease, which lead to denial of the risk and minimization of the health threat. COVID-19 is perceived as “other people's disease.” The mobilization of a protective “African identity” and the perception of political exploitation of the disease lead to the adoption of imaginary protection strategies and the de-prioritization of health expenditures (masks, gels). The second factor relates to structural and economic constraints (overcrowded housing, cost of water and hygiene products), which make the implementation of measures tedious and costly, imposing a survival rationality on actors. The final factor concerns the urgent need to maintain social cohesion: actors prioritize the norms of their own group (and interactions within their immediate circle) in order to preserve the social ties that constitute their only informal social protection mechanism. As a result, government response strategies face significant social barriers based on actors' survival instincts.

Keywords :

Period of Covid-19 virulence, Vulnerable households, Lifestyle, Non-adherence to messages, Côte d'Ivoire.

Introduction

La pandémie de la Covid-19 marque l'histoire de l'humanité parce qu'elle met à l'épreuve la vie quotidienne : elle impose aux individus de modifier leurs comportements jusque dans les gestes et les espaces les plus intimes pour faire face à la pandémie (Gilbert, 2020). Le nouveau mode de vie promu, que les individus sont « contraints » d'adopter à cause de la Covid-19, impose des restrictions au niveau de leur mobilité et des contacts physiques, insiste sur les pratiques d'hygiène et vulgarise de nouveaux types d'usage dont le port du masque dans l'espace social, à toutes les catégories sociales sans distinction d'âge ou d'appartenance de sexe. Cette maladie introduit une rupture de la quotidienneté et apparaît comme une injonction au changement ou une invite à la redéfinition des modalités de rapport à soi, à autrui et aux espaces (physiques comme symboliques) et des sociabilités.

En effet, l'annonce des premiers cas de Covid-19 en Côte d'Ivoire coïncide avec la phase de sensibilisation et de diffusion des mesures préventives pour éviter la propagation de cette maladie par le biais des canaux de communication (affiches, alertes via SMS, sur les téléphones portables et reportages-télé). La diffusion de ces nouveaux comportements dans l'espace social s'appuie sur des supports de communication audios et/ou visuels et des messages clés tels que « distanciation physique », « distanciation sociale », « port obligatoire du cache-nez », « restez chez vous ». L'idée sous-jacente est que les populations sont contraintes d'adopter ce nouveau mode de vie bien différent pour ne pas être exposées ou exposer leur environnement immédiat à la contamination de la Covid-19.

En outre, le but de cette communication était de permettre aux populations d'avoir une bonne connaissance de la maladie et des mesures barrières édictées par le Conseil National de Sécurité (CNS) afin de les amener à adopter le comportement promu. Malgré les avantages avérés de ces mesures, une proportion d'adultes, d'adolescents et de jeunes issus de ménages vulnérables dans des quartiers non structurés à Abidjan, bien qu'en ayant connaissance, ne les adopte pas ou les pratique de manière irrégulière. Or, ces adultes et jeunes travaillent en dehors de leur domicile le plus souvent et quand ils restent chez eux, c'est dans des habitats précaires où l'exposition à la maladie est démultipliée. Il en ressort un maintien de gestes et d'interactions sociales pouvant constituer des pratiques à risque de contagion de la maladie à coronavirus chez ces acteurs. Dès lors, quelles sont les logiques de la non adhésion au respect des gestes barrières préconisés pour réduire la propagation de la Covid-19 chez ces acteurs exposés à la contamination de la maladie à coronavirus à Abidjan ?

Dans un tel contexte, des chercheurs se positionnant sous l'angle des inégalités sociales démontrent que tout le monde n'est pas capable de faire face socialement et économiquement à ces différentes prescriptions. De manière particulière, la littérature insiste sur les difficultés qu'ont les populations vulnérables à se conformer aux mesures restrictives de la Covid-19. Dans cet ordre d'idées, l'anthropologue Béllier (2020) révèle que l'absence de points d'eau à proximité des habitations, l'inaccessibilité aux produits de désinfection accentuent l'incapacité à respecter le lavage régulier des mains dans les communautés vulnérables autochtones. Dans le même sens, Vitale et Caseau (2020), ajoutent que dans les bidonvilles de France, le respect du lavage régulier des mains est difficile sans eau courante et quasiment impossible lorsque le confinement limite les mouvements et complique les déplacements visant à aller chercher de l'eau. Gilbert (2020) et Lambert & Bugeja (2020) quant à eux, insistent sur les conditions d'existence dans des logements étroits offrant à leurs occupants très peu d'espaces et surpeuplés, rendant difficile l'application de la mesure de confinement dans les ménages vivant dans les quartiers populaires. Dans la même perspective, d'autres parlent de l'impossibilité de la distanciation sociale dans le contexte de proximité spatiale des bidonvilles (Damon, 2020) des lieux d'enfermement tels que les centres collectifs destinés aux migrants en Europe (Mazzola & Martiniello, 2020) et des quartiers non structurés (Guigma, 2020). Les difficultés de respect des mesures barrières notamment la distanciation dans les communautés sont également liées à la force des liens sociaux. Selon Réa et al. (2022), l'intensité des relations dans certains « groupes cohésifs » est si forte qu'il était quasiment impossible de faire face aux mesures exigeant la réduction des participants à certaines cérémonies comme les enterrements. Selon ces auteurs, ces populations se retrouvent dans un dilemme entre respect des règles sanitaires et nécessité de rendre visite aux familles pour marquer leur solidarité. Dans la plupart des cas, l'entretien de la relation et de la solidarité l'emportait. Concernant la Côte d'Ivoire, Dally et Légré (2022) soulignent que l'adoption des mesures barrières varie en fonction du milieu de résidence et reflète l'engagement sanitaire des populations face à cette pandémie. Plus précisément, leurs travaux indiquent une implication plus forte dans le respect des mesures préventives dans les quartiers à « forte solidarité organique » (comme Cocody) par rapport aux quartiers populaires à « forte conscience collective » (comme Yopougon).

Dans l'ensemble, ces travaux établissent que la non-conformité des ménages vulnérables à l'application des gestes barrières s'explique principalement par les déterminants structurels : les inégalités matérielles et les contraintes liées au logement et à l'accès à l'eau potable. Ils expliquent la propension de ces ménages à délaisser les mesures sanitaires comme une

conséquence directe des inégalités sociales. Cependant, l'agency des acteurs (leur capacité d'action et de décision) dans le développement de ces pratiques n'est pas suffisamment analysée. En d'autres termes, ces études n'explorent pas les motivations profondes des acteurs qui soutiennent leur non-adhésion, et ce, malgré les actions de sensibilisation menées par les pouvoirs publics, comme le suggèrent les données empiriques recueillies à Abidjan. La Théorie de la structuration d'Anthony Giddens (1984) constitue un cadre d'analyse pertinent pour comprendre pourquoi les acteurs à l'étude continuent de résister aux mesures gouvernementales, c'est-à-dire ce qui entrave le changement de leurs pratiques. À cet égard, Giddens postule que l'inertie des pratiques sociales est due à leur forte inscription dans des routines et des systèmes de sens qui les stabilisent dans le temps. Selon l'auteur, pour analyser les faits sociaux contemporains, il est impératif de prendre en compte les styles de vie et les pratiques routinières qui y sont associées.

Dans cette perspective, ce travail vise à élucider les logiques d'action qui expliquent la non-observance des pratiques préventives contre la Covid-19 préconisées par les autorités étatiques chez les groupes d'acteurs exposés à la contamination à Abidjan. Plus spécifiquement, cette étude se propose de : i) Analyser les représentations liées à la maladie et aux mesures de riposte contre la Covid-19 qui fondent la non-adhésion chez ces ménages vulnérables ; ii) Déterminer les types de contraintes (matérielles et sociales) qui structurent les pratiques non conformes de ces acteurs face au risque de contamination ; iii) Identifier les enjeux qui soutiennent le maintien de ces pratiques routinières des acteurs malgré les injonctions des pouvoirs publics.

Sur le plan méthodologique, nous avons mobilisé des données secondaires sur les ménages vulnérables, ainsi qu'une enquête de terrain menée par le biais d'entretiens individuels. Le présent article est structuré en trois grandes parties. La première présente les principaux résultats de l'enquête, organisés autour des perceptions, des contraintes structurelles et des enjeux d'appartenance identitaire qui définissent le rapport des acteurs aux messages de sensibilisation. La deuxième discute et interprète ces résultats au regard du cadre théorique. La dernière partie propose une conclusion générale du travail et ouvre sur des perspectives de recherche.

1. METHODOLOGIE

L'essentiel des analyses qui fondent le présent article est issu de la recherche-action intitulée : « Analyse qualitative : maladie à coronavirus (Covid-19) en Côte d'Ivoire, quelles conséquences sur les ménages vulnérables et les services sociaux de base ? » (UNICEF, 2020).

Menée en mai 2020 dans huit (8) communes de la ville d'Abidjan, cette étude a nécessité la mobilisation d'une équipe composée de consultants Sociologues et de seize (16) assistants de recherche. Le présent travail est le résultat de l'exploitation ultérieure des données et des résultats de cette enquête qualitative. Nous exposons ci-dessous les zones de collecte, la population cible et les outils méthodologiques mobilisés. Deux types de collecte ont été menés, en stricte conformité avec les protocoles d'éthique et de confidentialité : des entretiens individuels approfondis (semi-structurés) réalisés par téléphone ou en face-à-face, ainsi que des focus groups. L'équipe de recherche a réalisé un total de 435 entretiens ethnographiques (individuels et de groupes) dans les 8 communes suivantes : Port-Bouët, Marcory, Treichville, Cocody, Adjame, Abobo, Yopougon et Bingerville. La population de l'étude était constituée essentiellement de ménages vulnérables. Les personnes interrogées correspondaient à l'une des quatre catégories prioritaires de l'étude : les adolescent(e)s (10-19 ans), les jeunes filles et jeunes garçons (20-24 ans), les femmes de 25 ans et plus, ainsi que les hommes chefs de ménage. La sous-population des ménages enquêtés a été échantillonnée principalement à partir de la base de données des ménages vulnérables, établie par la Croix-Rouge et la sous-section WASH de l'UNICEF dans le cadre de la distribution de Kits de protection contre la COVID-19. Ainsi, la définition des catégories d'âge adolescent et jeune repose sur les orientations programmatiques de l'UNICEF.

La sélection de la cible primaire (adolescent.e.s, jeunes, femmes et responsables des services sociaux de base) a été effectuée sur la base d'une liste de critères d'inclusion spécifiques. Ces critères reposaient sur l'identification de deux types de vulnérabilité (structurelle et conjoncturelle), elles-mêmes déclinées selon huit dimensions (économique, éducative, sanitaire, sociale, accès aux sources d'information, nombre de personnes à charge, quartier de résidence et pratiques routinières). La méthode d'échantillonnage par quota a été utilisée pour assurer la représentativité des différents profils composant cette cible. Pour la catégorie des adolescent(e)s, 192 personnes ont participé à la collecte des données. L'échantillon a été construit de manière à respecter une stricte parité (96 individus par sexe), le type de vulnérabilité et le milieu de résidence. L'échantillon était également réparti en tranches d'âge de 64 participants chacune. Au sein de chaque tranche, 32 individus ont été retenus pour chaque type de vulnérabilité, soit 16 hommes et 16 filles par type de vulnérabilité. Le Tableau 1 présente les détails de cette répartition.

Tableau 1: Répartition des adolescents sélectionnés par localité selon l'âge et le milieu de résidence

Type de vulnérabilité	Urbain						Périurbain/Rural						TOTAL	
	Homme			Femme			Homme			Femme				
	10-13 ans	14-16 ans	17-19 ans	10-13 ans	14-16 ans	17-19 ans	10-13 ans	14-16 ans	17-19 ans	10-13 ans	14-16 ans	17-19 ans		
Structurel	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96	
Conjoncturel	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96	
Sous-total	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	192	
TOTAL	48			48			48			48				

Pour la catégorie des jeunes, l'échantillon comptait également 192 participants. Il a été constitué en tirant 96 individus pour chaque type de vulnérabilité, en assurant une parité hommes-femmes ainsi qu'une répartition dans les différents milieux de résidence. Le Tableau 2 fournit les détails de cette répartition de l'échantillon des jeunes.

Tableau 2: Répartition des jeunes sélectionnés par localité selon l'âge et le milieu de résidence

Type de vulnérabilité	Urbain				Périurbain/Rural				TOTAL	
	Homme		Femme		Homme		Femme			
	20-22 ans	23-24 ans	20-22 ans	23-24 ans	20-22 ans	23-24 ans	20-22 ans	23-24 ans		
Structurel	12	12	12	12	12	12	12	12	96	
Conjoncturel	12	12	12	12	12	12	12	12	96	
Sous-total	24	24	24	24	24	24	24	24		
TOTAL	48		48		48		48			

Quant à la catégorie des femmes âgées de 25 ans et plus, l'échantillon totalise également 192 participantes, comme l'indique le Tableau 3. Ces participantes ont été sélectionnées par quota, avec 96 individus représentant chacun des deux types de vulnérabilité étudiés.

Tableau 3: Répartition des femmes enquêtées par localité selon le milieu de résidence

Type de vulnérabilité	Urbain	Périurbain/Rural	TOTAL
Structurel	48	48	96
Conjoncturel	48	48	96
TOTAL	96	96	192

Outre les ménages vulnérables (adolescent(e)s, jeunes et femmes), des responsables des services sociaux de base ont également été interrogés dans chaque localité visitée. Leur sélection s'est faite en fonction de la disponibilité des services pertinents identifiés (santé-

nutrition, éducation, protection, et WASH – Water, Sanitation and Hygiene). L'échantillon des responsables a été sélectionné selon un échantillonnage raisonné, basé sur leur expertise (nombre d'années d'expérience dans le service) et leur ancienneté de présence dans la zone de collecte. Au total, 159 responsables de services sociaux de base ont participé à la collecte des données.

Les entretiens avec ces différentes catégories d'acteurs dans les ménages portaient essentiellement sur quatre principaux thèmes : les savoirs locaux sur la santé et la pandémie, les connaissances et perceptions des risques et menaces liées à la pandémie, le mode de gestion de la pandémie au niveau local et leur conséquence pour les femmes, les adolescent-e-s et les jeunes les plus vulnérables de la communauté. Compte tenu des mesures de restriction et de protection sanitaires, le protocole de collecte a été adapté : certains entretiens individuels ont été réalisés par voie téléphonique, tandis que pour les entretiens en face-à-face, le port de masques faciaux était systématique afin de réduire les risques de contamination. Les entretiens audios ont été intégralement retranscrits, puis importés dans le logiciel d'analyse qualitative Nvivo 12. L'analyse de l'ensemble du corpus de données s'est déroulée en trois étapes principales :

- Analyse préliminaire (ou rapide) : Réalisée à la fin de chaque journée de collecte, cette étape visait à faire émerger les principales tendances de chaque entretien, permettant ainsi de dégager les catégories initiales pour l'élaboration du dictionnaire de code.
- Analyse approfondie par binômes : Des binômes d'analystes ont été mis en place pour le codage détaillé, assurant une fiabilité inter-juges. Les divergences d'interprétation au sein de chaque binôme étaient systématiquement soumises au chercheur principal pour arbitrage.
- Triangulation des sources et des techniques : Pour garantir la validité des résultats, la triangulation (des sources, des participants et des techniques de collecte) a été mise en œuvre à travers le plan de distribution des retranscriptions à coder. Chaque binôme d'analyse a ainsi reçu simultanément des entretiens de la cible primaire et de la cible secondaire.

L'utilisation de logiciels d'analyse de données textuelles, tels que Nvivo 12, a permis de traiter l'ensemble du corpus d'entretiens, dont le volume aurait rendu impossible une lecture ou une annotation manuelle exhaustive (Demazière et al., 2006). En complément de cette analyse qualitative, une revue documentaire a été menée afin d'enrichir l'interprétation des données et

de contextualiser les résultats au regard des recherches scientifiques existantes portant sur des thématiques liées à notre sujet.

Les résultats obtenus concernant les pratiques des acteurs face à la prévention contre la COVID-19 sont présentés ci-après.

2. RESULTATS

2.1. Entre le déni de la maladie, l'assimilation des symptômes au paludisme « dur » et sentence divine

L'analyse des données révèle que les logiques d'action des acteurs face aux mesures barrières édictées s'expliquent par une convergence complexe entre trois facteurs : l'état de leurs connaissances sur la maladie, leur rapport institutionnel à l'État et la sémantique locale utilisée pour désigner la maladie.

2.1.1. Des représentations erronées sur la maladie à corona virus

Les représentations erronées identifiées chez les acteurs à l'étude révèlent combien les ménages vulnérables minimisent le risque lié au coronavirus. Ces croyances portent généralement sur : les symptômes, les modes de transmission, les stratégies de prévention et de traitement, les causes de la maladie, et les catégories sociales perçues comme étant les plus à risque. Toutes ces croyances découlent d'une identification erronée des personnes les plus exposées à la contamination. La conviction que seuls « les autres sont concernés » conduit à percevoir l'altérité (le non-soi) comme seule source de la pathologie. En effet, ces ménages mobilisent l'idéologie de la « solidité des défenses immunitaires chez les Africains noirs » ou même leur statut de pauvre comme des ressources symboliques de protection. Ce sentiment d'invulnérabilité face à la maladie est à l'origine de fausses idées concernant les causes, les symptômes et les stratégies de protection. Ces stratégies de prévention imaginaires mises en œuvre par les acteurs sont récapitulées dans le tableau ci-après.

Tableau N°4 : - Occurrence des connaissances erronées sur la Covid-19

Connaissances erronées à propos de l'étiologie de la maladie	Verbatim	Occurrence
La religion est le remède à ce mal	<i>C'est une punition de Dieu, c'est une maladie diabolique</i>	30
C'est une pathologie bien connue et bien traitée par la médecine traditionnelle africaine donc elle ne peut pas prospérer en Afrique	<i>COVID c'est comme le palu, ancien palu</i>	
L'organisme des africains est immunisé contre la COVID car leur organisme est déjà habitué ou a déjà été exposé à toutes les manifestations de cette	<i>On a déjà le virus de COVID parce qu'avant on éternuait, on toussait, on avait la fièvre</i>	22

pathologie donc les Africains ne peuvent pas en mourir contrairement aux autres		
Connaissances erronées concernant le traitement	Verbatim	Occurrence
Les ingrédients culinaires, la flore en Afrique sont des remèdes de prévention contre la maladie.	<i>L'eau chaude au citron, Jus de Tamarin, Paracétamol, Soleil</i>	55
Connaissances erronées relatives aux mesures de prévention	Verbatim	Occurrence
Les ingrédients culinaires, la flore en Afrique sont des remèdes de prévention contre la maladie.	<i>« Le jus de gingembre, les feuilles de Nîmes, l'ail ; le jus de citron, le piment, « Gbélè » (Koukoutou¹), les choses amers ou aigres sont efficaces pour la prévention contre la COVID-19 »</i> <i>« Les consommateurs de koutoukou ne peuvent pas être contaminés par la maladie »</i>	62
L'utilisation exagérée des produits d'hygiène d'une part et de l'eau chaude	<i>« L'eau de javel (granulé) est plus puissante »</i> <i>« Se laver avec de l'eau chaude c'est un remède de prévention contre la COVID »</i>	
Connaissances erronées à propos des catégories d'individus les moins vulnérables à la maladie	Verbatim	Occurrence
L'environnement climatique africain n'est pas favorable au développement de la maladie à COVID 19	<i>« Le virus ne peut pas résister au soleil, à la chaleur »</i>	50
L'organisme des africains est immunisé contre la COVID car leur organisme est déjà habitué ou a déjà été exposé au paludisme, au rhume, qui sont des pathologies bien connues et bien traitées par la médecine traditionnelle africaine	<i>« Le virus ne peut pas faire plus de mal aux africains, aux noirs »</i>	

Source : Données enquête COVID-19, UNICEF Mai 2020 : Base Nvivo

L'ensemble de ces croyances est en contradiction flagrante avec les informations sanitaires transmises par les canaux formels de communication des autorités sanitaires et gouvernementales. Par conséquent, une grande partie des membres des ménages vulnérables interrogés n'intègrent pas le sentiment d'être concernés par les messages de prévention. Ces imaginaires sociaux provoquent, chez certains, une attitude de défiance ou de déni face à la menace sanitaire.

¹ C'est une liqueur brute produite localement de manière traditionnelle en Afrique

2.1.2. Une attitude de déni face à la maladie structurée par la méfiance vis-à-vis de l'Etat

Le corpus révèle, chez une catégorie d'acteurs majoritairement masculine (adolescents, jeunes et hommes), une attitude de déni face à la maladie. Ces individus sous-estiment la gravité de la situation et expriment des doutes quant à l'existence même de la maladie, privilégiant l'hypothèse d'une instrumentalisation politique de la pandémie par les pouvoirs publics. Ces perceptions sont illustrées par les propos suivants : « je pense que c'est un peu politique », « on prend la maladie pour chercher l'argent », « c'est un complot mondial pour faire baisser le taux élevé de la population mondiale », ou encore : « je pense que c'est un moyen que les politiciens font pour avoir de l'argent ». Cette suspicion quant à l'existence de la maladie en Côte d'Ivoire est fréquemment associée à un sentiment général d'injustice et d'amertume, découlant de l'idée que certains acteurs tirent profit de la crise sanitaire. Ce sentiment influence fortement les représentations sociales des ménages vulnérables, non seulement sur le virus, mais aussi sur le contenu des messages officiels. Il a notamment conduit à la production d'une dénomination vernaculaire critique, telle que « maladie du Dôhi (la maladie du mensonge) » pour désigner la Covid-19, ce qui compromet significativement leur adhésion aux gestes barrières. Les différents mots utilisés pour désigner la maladie sont synthétisés à travers le nuage de mots qui suit :

Figure 1 : Nuage de mots pour désigner la maladie chez les ménages vulnérables à l'étude.



Source : Données enquête COVID-19, UNICEF Mai 2020

Une caractéristique récurrente observée chez les populations, en particulier les jeunes des quartiers informels, est leur forte créativité langagière. En Côte d'Ivoire, le nouchi est l'archétype de ce langage né dans les quartiers populaires. Cette parole des quartiers précaires traduit à la fois l'humour de ses habitants et leur capacité à conjurer l'adversité par la dérision. Dans le cadre de la pandémie, les acteurs ont puisé dans la sémiologie populaire pour créer un stock de mots. Les dénominations privilégiées pour évoquer le coronavirus sont des prénoms courants en langues locales, tels que « Koffi », « Korotoum », ou « Konan ». Cela a donné lieu

à des appellations comme « Koffi 19 », « Korotoumavirus » et « Konan 19 ». Le risque majeur lié à cette ludicité verbale est la banalisation des gestes barrières, car ces mots sont bien plus qu'un simple langage : ils matérialisent un rapport de distanciation et de dénégation de la maladie. En conséquence, ces groupes d'acteurs ont tendance à s'affranchir des mesures gouvernementales, à ridiculiser les pratiques préventives recommandées par les institutions formelles et à tourner en dérision ceux qui tentent de s'y conformer. Comme l'affirme un enquêté : « Souvent mon entourage me décourage, quand je porte le cache-nez ils se moquent de moi, donc j'enlève » (Propos d'un participant au focus group avec des jeunes).

2.2. Des conditions matérielles d'existence comme frein à l'adhésion aux gestes barrières

La perception par les acteurs de leurs conditions matérielles d'existence en contexte de crise sanitaire est un déterminant majeur de la non-observance des gestes barrières.

2.2.1. Des logements inadaptés et surpeuplés : un obstacle au respect de la distanciation sociale et de la mesure du confinement

La plupart des ménages vivent dans des quartiers précaires, caractérisés par une forte densité de population et des logements exigus et non structurés, souvent sous la forme de « cour commune ». Leurs conditions d'habitat constituent une menace fondamentale à l'adoption des mesures barrières pour deux raisons principales. Tout d'abord, la forte concentration de personnes dans des espaces réduits rend impossible l'application de la distanciation sociale et physique, favorisant une promiscuité permanente. De plus, face à l'inconfort et aux tensions générées par le surpeuplement et l'étroitesse des logements, les acteurs avaient développé des stratégies de régulation sociale : des activités sportives, ludiques et conviviales collectives (telles que les retrouvailles dans les « grins » ou autour des jeux) étaient traditionnellement menées en dehors du domicile. En contexte de Covid-19, ces activités se sont démultipliées. En effet, les mesures sanitaires (fermeture des établissements scolaires et universitaires, arrêt des activités économiques, etc.) ont entraîné la présence permanente de la majorité des membres du foyer (enfants, parents) au domicile. Cette densité intrafamiliale accrue génère un inconfort et des tensions exacerbées. Pour y échapper, ces acteurs maintiennent et intensifient ces activités collectives proscrites par les pouvoirs publics, au détriment des impératifs sanitaires.

2.2.2. Quand l'insuffisance de points d'eau compromet le lavage régulier des mains

Le lavage des mains est, en apparence, un geste simple de promotion de la santé publique et l'un des moyens les plus efficaces préconisés pour prévenir la transmission de la Covid-19. Cependant, compte tenu des difficultés financières (liées à la baisse des revenus) et de la persistance de la maladie, le lavage régulier des mains va prendre une autre signification pour les acteurs à l'étude. Les ménages vulnérables non raccordés au réseau formel d'eau potable, tout comme ceux qui en disposent, sont confrontés à une indisponibilité récurrente de la ressource. Pour les premiers, l'eau devient une ressource rare en raison de son coût d'acquisition et de l'effort excessif pour s'en procurer ; pour les seconds, cela est dû aux coupures intempestives. Ces situations matérielles structurent la perception du lavage des mains comme un « gaspillage de l'eau », surtout au regard du nombre de personnes dans le ménage, de la fréquence requise et de la mobilité des enfants. Cet exercice est perçu comme fastidieux et onéreux. Le propos suivant illustre la difficulté à concilier l'indisponibilité relative de l'eau et l'impératif du lavage régulier des mains : « se laver les mains ce n'est pas compliqué, mais quand tu n'as pas d'eau chez toi ou que tu dois payer chaque fois, c'est compliqué parce que ça va augmenter tes dépenses » (Jeune 21 ans, collecteur de pneus, Adjame).

Par ailleurs, la cessation ou la restriction des activités économiques a entraîné une repriorisation des dépenses : l'alimentation primant sur tout autre besoin, de nombreux enquêtés affirment manquer des moyens financiers nécessaires pour s'offrir du gel hydroalcoolique afin de se désinfecter les mains. De surcroît, la résidence dans des quartiers périphériques ou des zones d'habitat informel (souvent à proximité des canalisations) rend particulièrement difficile l'accès à l'assainissement et aux conditions d'hygiène de base pour prévenir la propagation du coronavirus. Face à cette double contrainte (économique et structurelle), et en se fondant sur les croyances et les pratiques endogènes de leur groupe d'appartenance, les ménages – compte tenu notamment du nombre élevé de personnes par foyer – ont recours à des produits d'hygiène substituables et potentiellement dangereux, tels que la javel granulée (concentrée), pour le lavage des mains.

2.2.3. L'impact de la détérioration des conditions de vie

L'analyse des données révèle que la Covid-19 a fortement précarisé la situation économique des ménages. Les conséquences identifiées incluent la cessation totale des activités pour certains, la baisse significative de la clientèle pour d'autres, et une irrégularité marquée dans

les activités professionnelles. Ces situations ont gravement affecté le revenu des ménages. Le Tableau 2 détaille l'impact de ces différentes situations.

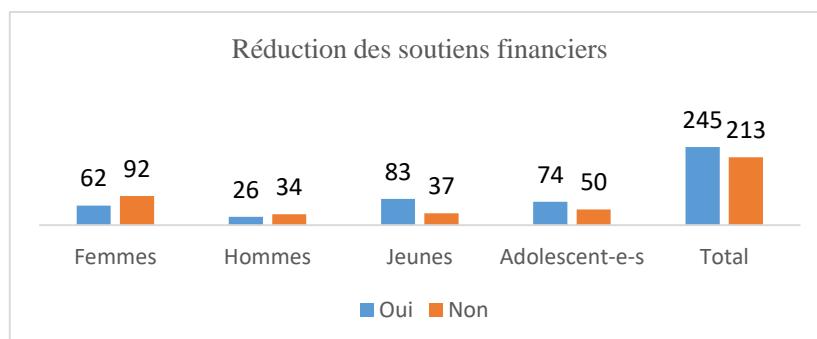
Tableau N°5 : Répartition des occurrences par catégories d'acteurs selon l'impact sur leur revenu

Catégorie d'acteurs	Ceux dont l'activité continue		Ceux qui ont connu une baisse du temps de travail		Ceux qui ont connu une cessation des activités	
	Baisse/perte de revenu	Endettement	Baisse/perte de revenu	Endettement	Baisse/perte de revenu	Endettement
Femmes	40	2	57	3	64	9
Jeunes	31	3	46	1	74	3
Adolescent-e-s	25	4	21	0	52	2
Hommes	22	0	14	14	30	13
Total	100	9	138	18	220	27

Source : Données enquête Covid-19, UNICEF Mai 2020 : Base Nvivo

De surcroît, les transferts financiers et matériels intrafamiliaux qui servaient de mécanisme d'amortissement face aux fragilités des ménages vulnérables ont également diminué durant la pandémie de Covid-19. Les aides familiales qui contribuaient à soulager ces populations face aux dépenses quotidiennes ont subi les effets dévastateurs de la crise sanitaire, un constat partagé par 245 participants. Cette baisse des soutiens financiers a été majoritairement signalée par les jeunes et les adolescent(e)s de l'étude.

Graphique 1 : Répartition des occurrences par catégorie d'acteurs à propos de la réduction des soutiens financiers



Source : Données enquête Covid-19, UNICEF Mai 2020 : Base Nvivo

La cessation ou le ralentissement des activités économiques des chefs de ménage impacte considérablement leur budget, les obligeant à procéder à des réajustements drastiques dans les

dépenses alimentaires pour assurer la subsistance des membres du foyer. La majorité des personnes interrogées gèrent leurs dépenses alimentaires « au jour le jour ». Or, cette nécessité d'achats quotidiens est entrée en conflit direct avec les recommandations sanitaires qui préconisaient la fermeture des lieux publics, tels que les marchés, afin de réduire les contaminations. La fermeture des marchés a fragilisé l'approvisionnement des ménages en produits alimentaires, accentuant leur vulnérabilité économique et alimentaire. L'ampleur de ces réajustements est attestée par les propos suivants :

« On mangeait trois fois par jour... Mais maintenant c'est devenu dur. On attend jusqu'au soir pour manger. » (Femme, veuve, 37 ans, commerçante, chef de ménage comprenant 5 personnes, niveau d'étude primaire). « Quand on est à la maison, si ma maman n'a pas eu de l'argent, si nous aussi on n'a pas eu on reste comme cela ... des fois on ne mange pas toute la journée... elle prépare riz blanc, on met huile dessus pour manger. » (Adolescente, 13 ans, élève, ménage composé de 10 personnes).

Par ailleurs, les dépenses liées à la protection contre le coronavirus (achat de masques et de gels hydroalcooliques) ne sont pas considérées comme des dépenses prioritaires pour le ménage. Par conséquent, elles sont perçues comme des coûts marginaux superflus dans un contexte de rareté des ressources financières et d'incertitude quant à la reprise normale des activités économiques. Cette disposition de non-priorisation est renforcée par l'effet conjugué de plusieurs facteurs : l'augmentation de la charge financière supportée par les personnes actives du ménage, l'accumulation des charges incompressibles, et la hausse du prix des denrées alimentaires sur le marché d'Abidjan (en raison de la baisse de l'offre et de l'augmentation de la demande). Ces contraintes ont engendré des changements notables dans les rôles économiques intrafamiliaux, comme en témoignent ces propos : « Mon papa est un agent de sécurité dans une école publique. Actuellement, il travaille mais n'est pas payé, on lui demande d'attendre après Covid-19. Maman est une balayeuse, dans la société de ramassage des ordures. Actuellement, c'est elle qui s'occupe des dépenses de la maison ». (Jeune, Yopougon).

« Avant Corona je vendais les galettes en face de l'église. Cette activité me permettait de payer mon loyer, l'eau, courant, tout. Mais depuis que Corona est venu maintenant là, on dit faut pas qu'on vende. Donc, je ne vends pas. Comme je ne vends pas je dois payer, l'eau, le courant depuis le mois passé. A cause de quoi ? Corona. Moi-même je suis inquiète, peut-être que le propriétaire va me mettre au dehors. » (Femme, Chef de ménage Akouédo).

2.3. Non adhésion au respect des gestes barrières : entre besoins d'appartenance identitaire et enjeux économiques

Les enjeux qui sous-tendent la non adhésion des acteurs à l'étude s'articulent autour du maintien des liens sociaux dans les groupes d'appartenance et des impératifs économiques. D'après les données recueillies, les acteurs qui souhaitent respecter scrupuleusement les mesures édictées par les pouvoirs publics s'exposent à des sanctions sociales, telles que le rejet et les moqueries. Afin de préserver leur intégration dans leur groupe social, certains participants ont donc tendance à valoriser et à n'appliquer que les mesures de prévention prônées par leur groupe, qui sont généralement en décalage avec celles prescrites par le gouvernement, voire à s'abstenir totalement de pratiquer ces dernières. La peur du jugement est prédominante : plusieurs membres des ménages vulnérables préfèrent éviter de pratiquer certains gestes barrières, notamment la distanciation physique en présence de leurs pairs, car ils craignent que cette mesure fragilise les liens sociaux. En vertu du besoin d'appartenance identitaire, les normes (et plus précisément les mesures de prévention) édictées par le groupe de référence deviennent les normes primaires pour les acteurs à l'étude. Ils s'y conforment afin d'éviter l'exclusion ou une disqualification sociale.

Par ailleurs, ces liens sociaux opèrent comme de véritables moyens informels de protection sociale en cas de chocs, de décès ou de maladies. La solidarité communautaire assure aux acteurs à l'étude l'accès régulier à des ressources (financières, morales et matérielles), comme l'exprime cet enquêté résidant à Abobo : « On dit toujours quand les problèmes arrivent, d'abord ceux qui sont dans la cour qui sont ta première famille avant que ta vraie famille même arrive. (...) c'est d'abord eux qui t'aident avant que ta vraie famille n'arrive. » Ces mécanismes de soutien informel sont essentiels pour les acteurs confrontés à des événements imprévisibles, d'autant plus qu'ils ne bénéficient d'aucun mécanisme de protection sociale formel. Un exemple éloquent de cette interdépendance est fourni par cet adolescent à Yopougon : « ici quand il pleut les maisons sont inondées, pendant la saison des pluies les habitants sont préoccupés d'autres déménagent pendant cette période ... on met nos affaires chez les voisins et quand la pluie cesse on revient dans la maison ». Or, le maintien vital de ces liens sociaux repose intrinsèquement sur les interactions directes et le contact physique entre les membres de la communauté d'appartenance (discuter, se serrer la main, se visiter, organiser des activités collectives), des pratiques que les mesures gouvernementales interdisent formellement.



3. DISCUSSION

L'analyse des résultats s'appuie sur la Théorie de la structuration de Giddens (1984) pour décrypter le maintien des routines qui structurent le quotidien des acteurs. Ces routines sont intrinsèquement liées à ce que Bourdieu (1980) nomme l'Habitus : l'ensemble des dispositions et schèmes de perception et d'action incorporés durant la socialisation. L'Habitus conditionne les comportements individuels, édifie des frontières symboliques entre les groupes sociaux et renforce leur cohésion interne. Dès lors, la lutte contre la Covid-19 impose une remise en cause profonde de la manière dont ces individus et groupes expriment leur conception de l'existence, de leurs façons d'être, de faire, de consommer et d'aménager un environnement qui les singularise. Sur la question du maintien des pratiques en dépit des injonctions publiques, l'analyse met d'abord en lumière le rôle des représentations erronées – telles que « ce sont les autres qui sont concernés » – qui génèrent des stratégies de protection imaginaires. Surtout, en raison de leur besoin d'appartenance, les acteurs adoptent les mesures de prévention préconisées par leurs groupes de référence (généralement en déphasage avec celles de l'État), dans le but de maintenir des liens sociaux qui constituent une ressource vitale de protection sociale. Ce résultat est fondamental pour comprendre les obstacles à la modification des pratiques, car il révèle leur forte inscription dans des réseaux de sociabilité (de la famille aux cercles élargis), réseaux qu'ils privilégient face à l'injonction sanitaire. Dans la même veine, les travaux de Diallo et al. (2022) confirment que les mesures de distanciation sociale et le confinement constituent une contrainte majeure pour les acteurs du secteur informel, en raison des rapports de proximité étroits qu'ils entretiennent avec les bénéficiaires de leurs services ou produits. L'ensemble de ces observations indique clairement que la simple connaissance des mesures étatiques ne suffit pas à induire un changement de pratiques chez les acteurs. Ce résultat remet en question les travaux qui postulent que la connaissance des pratiques saines est suffisante pour garantir l'adoption du comportement promu (Godin, 1991). Par ailleurs, nos résultats mettent en évidence que les conditions matérielles d'existence ne sont pas l'unique cause de la difficulté à appliquer les mesures de prévention dans les quartiers populaires (cf. Gilbert, 2020 ; Damon, 2020). Les messages gouvernementaux n'arrivent pas sur un « terrain vierge », comme le souligne Boullier (2020). De même, la résistance au changement n'est pas réductible à une focalisation de la communication de crise sur la peur (Faye, 2020). Il existe plutôt des logiques sociales difficilement substituables qui expliquent la résistance au changement observée. Comme le démontre Guigma (2020), la distanciation sociale et le port du masque sont difficilement applicables entre les habitants des quartiers non lotis, car la «

proximité est le signe d'une certaine convivialité et fraternité, comme le sont les membres d'une même famille », et ne sont applicables que vis-à-vis des « étrangers ». Cette conclusion est corroborée par Réal et al. (2022), qui montrent que cette mesure est difficilement observée dans les communautés à forte cohésion sociale, en raison de l'importance accordée au maintien des liens sociaux lors des cérémonies de groupe.

Conclusion

Depuis mars 2020, la Côte d'Ivoire a déployé une communication massive (médias formels et réseaux sociaux) visant à inciter les populations à adopter les gestes barrières contre la Covid-19. Ces discours soulignent le risque de contamination lié aux interactions sociales non protégées. Malgré la vulgarisation et l'accessibilité de ces informations, on constate une faible conformité aux mesures de prévention prônées par les pouvoirs publics, notamment au sein des quartiers non structurés d'Abidjan. À partir d'une approche qualitative, ce travail vise à élucider les logiques d'action qui sous-tendent le maintien des pratiques à risque chez ces ménages vulnérables. Spécifiquement, l'étude a cherché à : i) examiner les perceptions de la maladie et des mesures de riposte qui légitiment la non-adhésion ; ii) mettre en évidence les contraintes qui structurent les pratiques non conformes ; et iii) identifier les enjeux qui motivent le maintien de ces pratiques malgré les injonctions officielles. Les données, collectées via des entretiens ethnographiques menés auprès des ménages vulnérables ont été analysées à travers le prisme de la Théorie de la structuration de Giddens (1984). Les résultats montrent que dans les représentations, la Covid-19 est perçue comme la « maladie des autres ». La croyance en une « identité africaine » protectrice et la perception de l'altérité comme pathogène engendrent des stratégies de protection imaginaires. Ceci réduit l'investissement dans l'achat de produits de protection et conduit à l'abandon des mesures préventives officielles. Les normes de groupe priment sur les injonctions étatiques. Du fait de leur besoin d'appartenance identitaire, les acteurs adoptent les normes de leur groupe de référence, souvent en décalage avec celles promues, afin d'éviter l'exclusion et la disqualification sociale. Le maintien des liens sociaux est une priorité de survie. Se conformer aux normes du groupe permet de préserver les liens sociaux, lesquels constituent une ressource de protection informelle essentielle (en cas de décès, de maladie ou de choc) pour ces acteurs qui ne bénéficient pas de mécanismes de protection formels. En conclusion, les stratégies de riposte des pouvoirs publics ivoiriens se heurtent à de profondes barrières sociales qui pourraient amenuiser leurs efforts en cas de persistance de la crise. Ces résultats soulignent la nécessité de s'imprégnier du vécu et des imaginaires sociaux



(croyances, perceptions, idéologies) de chaque groupe d'acteurs afin de concevoir des communications et des messages plus appropriés, privilégiant une approche horizontale et participative.



BIBLIOGRAPHIE

- Boullier, D. (2020). Virus, mèmes et bonnes pratiques : la compétition des propagations. The Conversation, <https://theconversation.com/virus-memes-et-bonnes-pratiques-la-competition-des-propagations-133841>

Bourdieu, P. (1980). Le sens pratique, Paris, Éditions de Minuit.

Dally J-F & Légré G. D. H. (2022), Comportement d'incivisme et lutte contre le Covid 19: approche sociologique et culturelle, SLC n°16, décembre 2022, pp. 441-454

Damon J. (2020), Les bidonvilles contre le coronavirus, le confinement contre les bidonvilles, Note de la Fondation Jean Jaurès, <https://jean-jaures.org/nos-productions/les-bidonvilles-contre-le-coronavirus-le-confinement-contre-les-bidonvilles>

Demazière, D., Brossaud, C., Trabal, P., & Van Meter, K. (2006), Analyses textuelles en sociologie. Logiciels, méthodes, usages, Presses universitaires de Rennes, coll. « Didact Methodes», 218p

Diallo, M., Diémé, M., et Silla M. (2022), Stratégies de résilience dans le secteur informel en période de pandémie ; cas de la covid-19, Revue Française d'Economie et de Gestion, 3(3), 159- 184

Droh R. et Diaby. M. (2014.) Usage des statistiques et renforcement de la logique inductive en anthropologie sociale et culturelle, Annales de l'université de Lomé, Série Lettres et Sciences humaines, Tome XXXIV-1, 91-102

Giddens A. (1984), The constitution of society: Outline of the theory of structuration, Cambridge, Polity Press.

Gilbert, P. 2020. Le covid-19, la guerre et les quartiers populaires, Métropolitiques, https://metropolitiques.eu/IMG/pdf/met_gilbert3.pdf

Godin, G. (1991). L'éducation pour la santé : les fondements psycho-sociaux de la définition des messages éducatifs. Sciences sociales et santé, 9(1), 67-94.

Guérin-Pace, F. (1997). Nouvelles approches méthodologiques en sciences sociales. Institut National d'Etudes Démographiques, 52(4), 865-887

Guigma, L. (2020). Leçon de résilience d'un non loti de Ouagadougou face à la Covid-19. In (33-41) A. Yapi-Diahou (Ed), Cahier « COVID 19 au quotidien ». Témoignages et



questionnements en Afrique subsaharienne, (pp 33-41) <https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-02859844/document>

Lambert, A., & Bugeja, F. (2020). Logement : comment la crise sanitaire amplifie les inégalités. The Conversation, 1-5, <https://theconversation.com/logement-comment-la-crise-sanitaire-amplifie-les-inegalites-135762>

Martiniello, M., & Mazzola, A. (2020). Le Covid-19 brise les fragiles solidarités avec les réfugiés. The Conversation. <https://theconversation.com/le-covid-19-brise-les-fragiles-solidarites-avec-les-refugies-134737>

Rea, A., Racapé, J., & Fortunier, C. (2022). Les inégalités sociales et de santé du COVID-19. Rev Med Brux, 43, 439-444.

UNICEF. (2020), Analyse qualitative : Maladie à coronavirus (COVID-19) en Côte d'Ivoire. Quelles conséquences sur les ménages vulnérables et les services sociaux de base? Rapport d'étude, <https://www.unicef.org/cotedivoire/rapports/analyse-qualitative-maladie-%C3%A0-coronavirus-covid-19-en-c%C3%B4te-divoire>

Vitale, T. & Caseau, A. C. (2020). Bidonvilles en déconfinement : les solidarités vont-elles tenir?. The Conversation. <https://theconversation.com/bidonvilles-en-deconfinement-les-solidarites-vont-elles-tenir-138451>

Weber, F. (1995). L'ethnographie armée par les statistiques. Enquête. Archives de la revue enquête,(1), 153-165. DOI :<https://doi.org/10.4000/enquete.272>