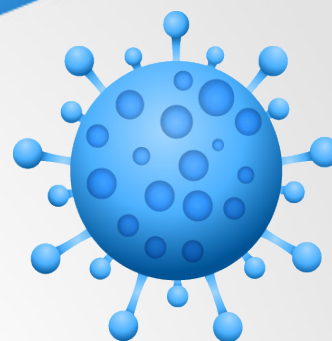


RECHERCHE QUALITATIVE ET ANALYSE APPROFONDIE DE
LA STIGMATISATION LIÉE À LA COVID-19 EN CÔTE D'IVOIRE

RAPPORT DE L'ÉTUDE





RECHERCHE QUALITATIVE ET ANALYSE APPROFONDIE DE LA STIGMATISATION LIÉE À LA COVID-19 EN CÔTE D'IVOIRE

Février 2021

Ce rapport a été rendu possible grâce au soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre de l'accord de coopération Breakthrough ACTION #AID-OAA-A-17-00017. Breakthrough ACTION est basé à Johns Hopkins Center for Communication Programs (CCP). Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de Breakthrough ACTION et ne reflète pas nécessairement les vues de l'USAID, du gouvernement des États-Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

©2021 Université Johns Hopkins. Tous droits réservés.





Table des matières

Remerciements.....	7
Résumé exécutif.....	9
Sigles et acronymes.....	13
1. Introduction.....	15
1.1 Rappel des éléments de contexte.....	15
1.2 Rappel des objectifs de l'étude.....	16
2. Méthodologie.....	17
2.1 Sites de l'étude.....	17
2.2 Échantillon d'enquête.....	17
2.3 Techniques de collecte des données.....	18
2.4 Méthode d'analyse des données.....	20
3. Définitions, connaissances et représentations de la Covid-19.....	21
3.1 Les communautés entre sens commun et approximation.....	21
3.2 Les prestataires de santé au fait des connaissances conventionnelles.....	22
3.3 Les imaginaires de la Covid-19 : des idées fausses aux théories du complot.....	23
4. Formes de stigmatisation liées à la Covid-19.....	25
4.1 Stigmatisation des survivants et patients Covid-19 dans les univers sociaux.....	25
4.2 Stigmatisation par extension : des proches de victimes sans être infectés.....	26
4.3 Stigmatisation envers les prestataires de santé sur fond d'étiquetage.....	27
4.4 Stigmatisation des prestataires de santé sur des patients Covid-19.....	28
4.5 Stigmatisation par défaut.....	29
4.6 Auto-stigmatisation ou violence altruiste sur soi-même.....	30
5. Principaux facteurs de stigmatisation	33
5.1 Peur de la contagion et suspicions : un cocktail de rejet social.....	33



5.2	Incertitudes et déficit d'informations sur la Covid-19: une source de méfiance.....	35
6.	Effets de la stigmatisation.....	37
6.1	Stigmatisation individuellement vécue : source d'isolement social et de repli sur soi....	37
6.2	Stigmatisation perçue : source de déni de la Covid-19 et de réticence vis-à-vis des centres de dépistage.....	38
7.	Conclusions et recommandations.....	41
7.1	Conclusions	41
7.2	Recommandations	42



Remerciements

La recherche qualitative et analyse approfondie de la stigmatisation liée à la COVID-19 en Côte d'Ivoire ont été réalisées avec l'appui du projet Breakthrough ACTION Côte d'Ivoire, financé par l'Agence Internationale pour le Développement (Agency for International Development - USAID) en collaboration avec plusieurs acteurs et organisations.

Cette étude a été réalisée en vue de comprendre la portée, les origines et les conséquences de la stigmatisation liée à la COVID-19 en Côte d'Ivoire en vue de développer des stratégies de lutte plus adaptées.

Le rapport de l'étude a été rédigé par Kouamé Walter KRA (Consultant chercheur), Danielle NAUGLE (Breakthrough ACTION – Baltimore), Abdul DOSSO (Responsable Suivi et Evaluation (Breakthrough ACTION - Côte d'Ivoire), sous la direction de Diarra KAMARA, Directrice Pays (Breakthrough ACTION - Côte d'Ivoire) et la supervision de William BENIE, Conseiller technique du programme GHSA (Breakthrough ACTION - Côte d'Ivoire).

Les auteurs veulent remercier également Cori FORDHAM (Breakthrough ACTION – Baltimore), Jorie NANA (Breakthrough ACTION – Baltimore), Natalie TIBBELS (Breakthrough ACTION – Baltimore), Jeanne BROU SPO GHSA (Breakthrough ACTION - Côte d'Ivoire) ainsi que l'équipe du consultant pour leurs contributions.

Le Projet Breakthrough ACTION tient surtout à remercier l'équipe GHSA de l'USAID Côte d'Ivoire ainsi que tous les acteurs et structures impliquées pour leur implication et leur dévouement dans la mise en œuvre de cette étude.

Nos sincères remerciements vont à l'endroit du :

- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique à travers la Direction de la Santé Communautaire et de la Médecine de Proximité (DSCMP) et l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP),
- Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant à travers le Programme National de Prise en Charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA (PNOEV).



Résumé exécutif



Cette étude vise à comprendre les perceptions, les formes, les origines et les conséquences de la stigmatisation liée à la Covid-19 dans le contexte ivoirien. La démarche de recherche a privilégié l'approche qualitative avec des entretiens individuels et collectifs auprès de 156 participants, mobilisés sur cinq sites d'intervention du projet Breakthrough ACTION à Abidjan, la capitale économique, où l'on dénombre le plus grand nombre de cas d'infection.

Il ressort des analyses que :

- Les perceptions de la Covid-19 largement répandues au sein de la population sont teintées de connaissances approximatives et d'idées fausses qui enferment la maladie dans trois conceptions principalement : une maladie **i)** qui ne se transmet qu'aux occidentaux, **ii)** qui se prévient ou se traite par des décoctions localement fabriquées, et **iii)** qui, en réalité, n'existe pas en Côte d'Ivoire.
- Six principales formes de stigmatisation ont été catégorisées selon les acteurs impliqués soit comme victimes (personnes stigmatisées), soit comme auteurs (porteurs de stigmatisation). Ce sont : **i)** la stigmatisation des survivants et patients Covid-19 dans tous les univers sociaux (famille, lieu de travail, voisinage, cercles d'amis, etc.), **ii)** la stigmatisation des proches des patients Covid-19, **iii)** la stigmatisation subie par les prestataires de santé, **iv)** la stigmatisation portée par des prestataires de santé, **v)** la stigmatisation par défaut, et **vi)** l'auto-stigmatisation du patient Covid-19. Si les attitudes stigmatisantes à l'égard des patients guéris ont été beaucoup rapportées par les participants à l'étude, elles finissent par s'étioler avec le temps à mesure que les idées fausses sur la Covid-19 et l'impression que la maladie ne constitue pas une menace importante en Côte d'Ivoire se répandent au sein de la population. Ce, d'autant plus que cette impression se conjugue avec l'augmentation du nombre de guéris, et la stagnation du nombre de morts selon la communication journalière officielle des autorités sanitaires.
- A l'origine de la stigmatisation, figure surtout la peur de la contagion observée dans la population générale (proches, familles, communautés d'une personne infectée ou survivante de la Covid-19) mais également chez les prestataires de santé.
- Les conséquences psycho-sociales de la stigmatisation pour les victimes, quelle qu'en soit la catégorie (survivants de la Covid-19, proches de survivants, proches de personnes décédées de la Covid-19, personnel soignant) s'étendent au-delà de l'épisode de la maladie et de la convalescence. Le poids de la stigmatisation pour les victimes dure donc longtemps. Ainsi, la peur de la stigmatisation suscite, dans certains cas, un déni de la maladie de même qu'une réticence à la fréquentation des centres de dépistage et au respect des normes de prévention (mesures barrières, distanciation sociale, port des masques, etc.).

Pour améliorer les perceptions de la Covid-19 dans l'imaginaire des populations, lutter contre les formes et les causes de la stigmatisation liée à cette pandémie et atténuer ses effets, il est recommandé :

Aux autorités sanitaires de:

- Réimprimer et augmenter les risques perçus liés à la Covid-19 dans l'imaginaire des populations par une redynamisation de la communication sociale autour des mesures barrières comme seules mesures efficaces pour mitiger ces risques et pour protéger ses proches.
- Reconstituer le capital confiance des populations envers les centres d'accueil/dépistage Covid-19 en particulier et le système de santé en général, mais également envers le Gouvernement via la communication et la mobilisation communautaire, en vue de booster la fréquentation desdits centres.
- Développer des mesures d'accompagnement telles que la mise en œuvre d'un programme d'assistance morale et spirituelle dédié aux personnes infectées par la Covid-19, aux survivants et leurs proches, victimes de stigmatisation pour les aider à en atténuer l'impact.

Aux partenaires techniques/financiers et aux organisations non gouvernementales de :

- Déconstruire les idées fausses largement répandues au sein des populations y compris ce que signifie être guéri, et certifier socialement la réalité de la maladie à travers une approche de communication multicanale et une série de mesures dont : **i)** des témoignages impliquant des figures connues et influentes parmi les survivants de la Covid-19 au sein des communautés, **ii)** l'extension des «certificats de guérison», **iii)** la mise en évidence des déviants positifs comme modèles, etc.
- Promouvoir, par l'information et la sensibilisation au sein des communautés, un modèle d'interactions sociales non stigmatisantes fondé sur trois piliers : **i)** l'appropriation des connaissances avérées et objectives sur la Covid-19, **ii)** la prise de conscience du risque élevé de contamination que le respect des mesures barrières atténue considérablement, **iii)** la mobilisation des connaissances avérées et du respect des mesures barrières comme ressources principales d'investissement dans les rapports sociaux quotidiens aussi bien avec les cas suspects et les survivants Covid-19 que leurs proches, de même que le soutien social constant envers les malades en vue de faciliter leur réintégration dans la communauté.
- Promouvoir par la sensibilisation au sein des communautés et des prestataires de santé, l'importance du soutien social envers les malades de la Covid-19 et
- leurs proches en rappelant que ces derniers ne doivent pas être abandonnés mais plutôt être assistés dans le respect des normes de sécurité biomédicales.

En plus de ces recommandations portant spécifiquement sur la lutte contre la stigmatisation liée à la Covid-19 (objet de la présente étude), il importe, pour les autorités sanitaires avec l'appui des partenaires techniques et financiers, de prendre quelques mesures d'accompagnement pour lutter contre la propagation de la maladie elle-même :

- Renforcer le plateau technique de la riposte contre la Covid-19 y compris des mesures d'accompagnement telles que **i)** l'augmentation des effectifs et la rotation du personnel de santé en vue de garantir une meilleure efficacité dans l'action, **ii)** un soutien moral aux prestataires de santé pour affermir leur force psychologique et leur motivation à poursuivre le combat contre la Covid-19, **iii)** la mise en place d'un cadre de collaboration transparent dédié spécifiquement à la Covid-19 entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour la promotion de la prévention et pour la référence des cas suspects.
- Amorcer une communication hâtive et active autour de la vaccination contre la Covid-19 pour clarifier : **i)** comment un vaccin a pu être développé en si peu de temps, **ii)** le processus de sa validité et **iii)** son efficacité tout en insistant sur le fait que le vaccin est administré à titre préventif (pour prévenir la maladie) et non curatif (pour traiter ou guérir la maladie).
- Reconnaître officiellement les obstacles économiques à la mise en œuvre des mesures de protection et initier des réponses efficaces pour les surmonter.



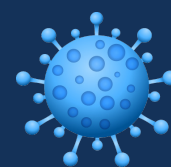
Sigles et acronymes



CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
DSC	Direction de la Santé Communautaire
ECG	Electrocardiogramme
EI	Entretien Individuel
GD	Groupe de Discussion
INJS	Institut National de la Jeunesse et des Sports
INSP	Institut National de Santé Publique
IRB	Institutional Review Board
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCR	Réaction en Chaîne par Polymérase
PNOEV	Programme National de prise en charge des Orphelins et autres Enfants rendus Vulnérables du fait du VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VITIB	Village des Technologies de l'Information et de la Biotechnologie
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International



1 Introduction



1.1 Rappel des éléments de contexte

La maladie à coronavirus 2019 (Covid-19) est une affection dont les premiers cas ont été signalés à Wuhan, en Chine, le 31 décembre 2019. Le 11 mars 2020, le directeur général de l'OMS a estimé qu'elle pouvait être qualifiée de pandémie car elle s'est propagée dans le monde, infectant plus de 118 000 personnes dans 114 pays et faisant 4291 morts¹.

En Côte d'Ivoire, le premier cas de Covid-19 a été enregistré le 11 mars 2020 à Abidjan. À la date du 29 janvier 2021, les chiffres communiqués par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) faisaient état de 27 934 cas confirmés dont 25 670 personnes guéries, 152 décès et 2 112 cas actifs. Pour limiter la propagation de la maladie, le gouvernement ivoirien a pris plusieurs mesures préventives. Il a déclaré l'état d'urgence, fermé les frontières aux voyages internationaux par voie terrestre, aérienne et maritime, fermé les bars et boîtes de nuit, les cinémas et les salles de spectacle, limité les rassemblements à 200 individus à l'intérieur du pays et à 50 à Abidjan et a restreint les déplacements de personnes entre Abidjan et le reste du pays. Il a doté le pays de 13 centres de dépistage Covid-19 et de centres de dépistage mobiles, avec une capacité de 2 000 tests par jour.

Mais, certains éléments comme les langages déshumanisant dans les médias, les mauvais traitements infligés aux agents de santé et les attaques contre les installations de dépistage de la Covid-19 montrent que la maladie est en train de devenir stigmatisante en Côte d'Ivoire. Présentant beaucoup d'inconnus, le nouveau virus Covid-19 conduit à des appréhensions souvent associées à la stigmatisation. Celle-ci est le marquage d'un individu par des institutions ou des groupes de personnes, à partir de pratiques interprétatives comme des symptômes de maladie (ou de déviance).² La stigmatisation intervient au terme d'un processus d'ostracisme, d'abandon, de rejet (d'où l'imposition d'un statut de marginalisé). Elle peut être ressentie comme de la honte lorsqu'elle est internalisée, ou peut être un traitement discriminatoire de populations touchées.³ L'intériorisation de la peine et du sentiment de frustration liés, s'accompagne d'un retranchement hors du monde social. Le blâme peut ainsi impacter une réponse de santé publique en entravant les comportements de protection ainsi qu'en sapant les tests ou la recherche de soins et de santé.⁴

¹ Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la Covid-19, 11 mars 2020. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

² Dictionnaire de sociologie Campus LMD, 4^{ème} édition revue et augmentée, Paris, Armand Colin Editeur, 2012.

³ Turan, B., Hatcher, A. M., Weiser, S. D., Johnson, M. O., Rice, W. S., & Turan, J. M. (2017). Framing Mechanisms Linking HIV-Related Stigma, Adherence to Treatment, and Health Outcomes. *American journal of public health*, 107(6), 863–869. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303744>

⁴ Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*, 6(7), e011453.

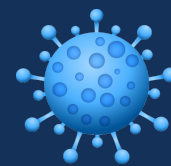
Étant donné que les études dans d'autres contextes de santé révèlent que la stigmatisation est souvent motivée par la peur et se traduit par des conduites de prévention sous-optimums, il est important de mieux saisir la portée, les origines et les conséquences de celle liée à la Covid-19 en Côte d'Ivoire.

1.2 Rappel des objectifs de l'étude

L'étude vise à comprendre la stigmatisation liée à la Covid-19 en Côte d'Ivoire à travers ses manifestations, ses origines et ses conséquences. De façon spécifique, cinq objectifs ont été définis :

- Explorer les perceptions de la Covid-19 au sein de la population générale et chez les prestataires de santé ;
- Répertorier les différentes formes de stigmatisation liées à la Covid-19, leurs modes d'expression, les catégories d'acteurs qui les portent et celles qui sont visées ;
- Analyser les principaux facteurs qui nourrissent cette stigmatisation ;
- Examiner les effets de la stigmatisation à court et à long termes sur les victimes ;
- Formuler des recommandations pour une communication sociale et une communication pour le changement des comportements destinées à réduire la stigmatisation liée à la Covid-19 en Côte d'Ivoire.

2 Méthodologie



2.1 Sites de l'étude

L'étude s'est déroulée à Abidjan où les statistiques officielles du Ministère de la santé et de l'hygiène publique dénombrent la grande majorité des patients Covid-19 (95%) par rapport au reste du pays. Les enquêtes ont été menées particulièrement sur cinq (5) sites correspondant aux zones d'intervention du projet Breakthrough ACTION. Ce sont les sites de :

- Adjamé-Attécoubé-Plateau
- Koumassi-Port-Bouët
- Bingerville-Cocody
- Marcory-Treichville
- Yopougon

Le choix de ces sites obéit à trois raisons inclusives. D'abord on y trouve des structures de santé (établissements sanitaires de premier contact, hôpitaux généraux, centres hospitaliers universitaires), mais également des centres de dépistage qui ont accueilli des patients Covid-19. Ensuite, les prestataires de santé qui y exercent ont été retenus comme des cibles de l'enquête, de même que les populations qui vivent dans ces sites/communes y compris aux alentours des structures de santé. Enfin, les partenaires institutionnels (PNOEV, DSC) et opérationnels (ONG) du projet Breakthrough ACTION exerçant sur ces sites ont été des atouts majeurs pour la mobilisation des participants (prestataires de santé, population générale) et l'organisation de la collecte.

2.2 Échantillon d'enquête

156 personnes ont constitué la taille de l'échantillon d'enquête et ont été réparties dans sept (7) catégories de participants :

- Populations générales qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19
- Populations générales qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19
- Populations générales survivants de la Covid-19
- Prestataires de santé survivants de la Covid-19

- Prestataires de santé qui n'ont pas suivi de malades Covid-19
- Prestataires de santé qui ont suivi des malades Covid-19
- Membres de familles de personnes décédées de la Covid-19

La mobilisation des participants s'est faite de manière conjuguée avec les contributions du PNOEV, de la DSC, du projet Breakthrough ACTION et de l'équipe d'investigation. Les participants ont été sélectionnés sur la base de trois critères inclusifs :

- Faire partie de l'une des 7 catégories de participants
- Avoir plus de 18 ans
- Savoir s'exprimer en français.

Le tableau ci-dessous synthétise le nombre de participants par catégorie :

Catégorie	Nombre de participants
Populations générales qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19	60
Populations générales qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19	67
Populations générales survivants de la Covid-19	8
Prestataires de santé survivants de la Covid-19	6
Prestataires de santé qui n'ont pas suivi de malades Covid-19	5
Prestataires de santé qui ont suivi des malades Covid-19	6
Membres de familles de personnes décédées de la Covid-19	4
Total	156

2.3 Technique de collecte des données

La collecte des données s'est faite au moyen de deux (2) techniques : les entretiens individuels (EI) et les groupes de discussion (GD). Les entretiens individuels ont été adressés aux prestataires de santé survivants de la Covid-19 de même qu'à ceux ayant suivi ou non des patients Covid-19. Cette technique a également été utilisée pour interviewer les survivants de la Covid-19 issus de la population générale et les membres de familles de personnes décédées de la Covid-19. Les groupes de discussion ont ciblé les personnes issues de la population générale qui connaissent ou non quelqu'un qui a eu la Covid-19. Le tableau ci-après résume le nombre d'entretiens individuels et de groupes de discussion selon la catégorie de participants.

Catégories de participants	Nombre d'entretiens individuels (EI)	Nombre de groupes de discussion (GD)
Populations générales qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19		12
Populations générales qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19		12
Populations générales survivants de la Covid-19	08	
Prestataires de santé survivants de la Covid-19	06	
Prestataires de santé qui n'ont pas suivi de malades Covid-19	05	
Prestataires de santé qui ont suivi des malades Covid-19	06	
Membres de familles de personnes décédées de la Covid-19	04	
Total	29	24

En outre, la qualité et la fiabilité des données ont été garanties, d'un côté par le principe de la triangulation des sources d'informations (7 catégories de participants), et de l'autre, par l'enregistrement audio des interviews, la fidélité de la restitution selon le principe de la « transcription mot à mot » et le contrôle a posteriori des fichiers transcrits. Les débriefings réguliers durant la phase de terrain et les ajustements opérés ont permis de renforcer le contrôle de la qualité des données.

Démarche éthique

Des précautions éthiques ont été prises pour que la participation à l'enquête ne soit pas stigmatisante et ne mette pas les participants en danger. Ceci, conformément au protocole de l'étude approuvé par l'IRB de l'Université Johns Hopkins et le Comité National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (CNESVS).

La confidentialité et l'anonymat ont été strictement respectés dans la sélection des participants. Les membres de l'équipe ont recueilli, au moment de chaque entretien individuel ou collectif, le consentement libre et éclairé des participants sur des formulaires estampillés par l'IRB (Institutional Review Board/ Comité de protection des personnes). Compte tenu du contexte marqué par la propagation de la Covid-19, tous les entretiens ont été assujettis au respect des mesures de sécurité aussi bien par les enquêteurs que par les participants :

- Port obligatoire du masque ;
- Distance d'au moins deux mètres entre les participants, entre les enquêteurs et les participants ;

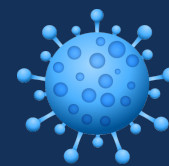
- Utilisation du gel hydro alcoolique pour l'hygiène des mains, des dictaphones, des stylos, etc. ; et
- Non manipulation du dictaphone par les participants.

2.4 Méthodes d'analyse des données

A mesure que les fichiers étaient transcrits, ils faisaient l'objet d'un pré-codage. Après vérification, correction et validation, chaque fichier transcrit était ajouté au logiciel de traitement de données qualitatives Atlas.ti. L'analyse thématique, une variante de l'analyse de contenu, a ensuite été convoquée comme technique pour passer en revue tous les entretiens individuels et collectifs, identifier et sélectionner les verbatims selon les codes thématiques. Du corpus ainsi obtenu, il se dégage des résultats structurés principalement autour de quatre points relatifs, **i)** aux perceptions liées à la Covid-19, **ii)** aux formes de stigmatisations, **iii)** aux facteurs de la stigmatisation, et **iv)** aux effets de la stigmatisation.

3

Définitions, connaissances et représentations de la Covid-19



3.1 Les communautés entre sens commun et approximation

Chez les communautés, les définitions de la Covid-19 et les connaissances sur la maladie sont fondées sur le sens commun et s'avèrent en général approximatives. Il s'agit d'opinions, de croyances et de perceptions, bref de diverses conceptions de la maladie largement répandues en leur sein. Elles proviennent de plusieurs sources y compris de source rumorale et sont véhiculées par divers canaux dont le bouche à oreille, les réseaux sociaux, etc. Bien souvent, ces conceptions se construisent exclusivement autour d'un aspect essentiel de la maladie : son origine, les symptômes, la dangerosité ou encore les mesures de protection.

Sur l'origine de la maladie, ce participant à un groupe de discussion avec des personnes qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19 explique : **« la Covid-19, c'est [simplement] une maladie causée par un virus ».**

En ce qui concerne les symptômes, ces deux autres participants respectivement à un groupe de discussion et à un entretien individuel ont affirmé :

« La Covid-19, c'est virus en forme de couronne, qui a été découvert en Chine, qui présente plusieurs symptômes : difficultés respiratoires, toux, fatigue, douleurs musculaires, la fièvre et l'éternuement. » [Groupe de discussion avec des personnes qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19].

« C'est une maladie dont la fatigue, la toux et le fait de ne pas sentir les odeurs sont les signes caractéristiques de la contamination. » [Entretien individuel avec le proche d'une personne décédée de la Covid-19].

La dangerosité et les mesures de protection comme dimensions clés de la conception communautaire de la Covid-19 mettent en évidence sa gravité, son caractère hautement contagieux et mortel, mais également les conditions pour l'éviter. Cet extrait d'interview en témoigne :

« La Covid-19, c'est une nouvelle maladie contagieuse et très dangereuse, mortelle. Mais il y a des conditions à respecter pour pouvoir l'éviter, comme porter les masques, laver les mains régulièrement et tousser dans un mouchoir et le jeter dans une poubelle » [Groupe de discussion avec des personnes qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19].

En somme, les participants à l'étude ont des conceptions diversifiées de la Covid-19, des modes de transmission, des principaux symptômes et des différentes mesures barrières. Tout de

même, ces conceptions contiennent, quelques fois, de l'information vraie (ex. la source virale de la maladie). En outre, ils sont relativement avertis sur l'absence de remède « conventionnel » contre la maladie, les précautions à prendre en cas d'exposition au virus ou de soupçon de contamination et sur les catégories de personnes les plus vulnérables à la maladie.

Ces conceptions disparates de la Covid-19 sous-tendent des appellations locales tout aussi hétéroclites, qui tiennent compte à la fois des sphères ethnoculturelles et de la dangerosité ou de la banalisation de la maladie sur fond d'humour. A titre d'exemples, quelques appellations ont été retenues : « Còounvi-19 » appellation en Baoulé qui désigne la gourmandise et la voracité du corona virus : une maladie gourmande du fait du nombre sans cesse croissant de victimes qu'elle occasionne ; « Koffi-19 » également en Baoulé, une extension du nom masculin Koffi avec le chiffre 19 ; « Korotoumou-19 » en Malinké, une extension du prénom Korotoumou également avec le chiffre 19.

3.2 Les prestataires de santé au fait des connaissances conventionnelles

Contrairement aux populations, les prestataires de santé, en général, définissent la Covid-19 d'une manière plus claire et plus détaillée en considérant toutes les dimensions clés de la maladie. Leurs définitions sont fondées sur une somme de connaissances plus importantes ayant trait aux symptômes, aux modes de transmission, au dépistage, au diagnostic ou encore au traitement de la maladie. Elle est synthétiquement définie comme une pandémie dont le virus se transmet par voie respiratoire (à travers l'air), et par les muqueuses nasales ou buccales au contact du virus (par le toucher). Les symptômes sont divers et le diagnostic se fait par un test PCR (Polymerase Chain Reaction/ Réaction de polymérisation en chaîne). Les prestataires de santé ont relevé également, au moment des entretiens, qu'il n'existait que des traitements symptomatiques mais pas encore de vaccin contre la Covid-19.

Les extraits d'entretiens individuels qui suivent, attestent des connaissances conventionnelles dont disposent les prestataires de santé sur la maladie :

« La covid-19, c'est une maladie qui ressemble un peu à la grippe. C'est une pandémie dans la mesure où on la retrouve dans pratiquement tous les pays du monde entier. Elle se transmet à travers des gouttelettes de salive, par les éternuements et par le toucher. Il n'existe pas de vaccin. Il y a des personnes qui, grâce à leur système immunitaire, arrivent à guérir de façon spontanée avec le repos et le respect des mesures hygiéno-diététiques ». [Entretien individuel avec un prestataire de santé qui a suivi des malades Covid-19].

« C'est une maladie qui se manifeste par des signes ou symptômes, à savoir une perte de l'odorat, une diminution du goût. Ceux-ci sont suivis plus tard d'une infection pulmonaire et une difficulté respiratoire. Le diagnostic ou le dépistage se fait par un prélèvement naso-pharyngé ou sanguin (et une radiographie pulmonaire) dont l'analyse permet d'avoir un résultat positif ou négatif » [Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

3.3 Les imaginaires de la Covid-19 : des idées fausses aux théories du complot

Au sein de la population, il s'est développé plusieurs imaginaires liés à la Covid-19, généralement fondés sur des idées fausses, des croyances locales et des rumeurs. Trois principaux types d'imaginaires liés à la Covid-19 ont été répertoriés : **i)** les imaginaires portant sur la transmission et la prolifération de la Covid-19, **ii)** les imaginaires relatifs à la prévention et au traitement de la maladie, **iii)** les imaginaires relatifs aux théories du complot.

Sur la transmission et la prolifération, la Covid-19 est perçue, par certaines personnes, comme une maladie qui ne se transmet qu'aux seuls Occidentaux, aux populations des pays du nord qui subissent ainsi une punition divine pour leur « méchanceté ». De ce point de vue, elle ne concerne nullement les Africains. Pour d'autres, la Covid-19 étant vulnérable à la chaleur, la température tropicale en Afrique constitue une protection naturelle contre le virus. Elle ne peut donc se répandre en Afrique comme c'est le cas, au contraire, dans les pays froids.

Une autre variante de cette interprétation populaire laisse entendre que l'Africain serait plus résilient à la Covid-19 du fait de sa familiarité à une maladie tropicale comme le « palu » (Paludisme) et de l'usage régulier de décoctions et boissons traditionnelles qui renforceraient son système immunitaire. Ce qui expliquerait, pour les promoteurs de ces affirmations, le nombre de morts réduit sur le continent comparativement aux pays occidentaux. Ainsi, pouvait-on entendre au cours des entretiens : « Ça ne tue pas Africain » ou encore « C'est gros palu, ivoirien meurt pas de ça ».

La géolocalisation de la Covid-19 est également opérée au niveau national où les quartiers dits aisés sont, selon certains participants à l'étude, les principaux lieux de prolifération du virus. La Covid-19 est ainsi perçue, non comme une maladie des quartiers populaires, mais en revanche, comme une maladie des catégories sociales « aisées » qui vivent dans les quartiers huppés. L'expression « la Covid est une maladie des gens de Cocody⁵ (pour désigner les catégories sociales aisées) » est revenue de façon récurrente dans les entretiens de groupes comme dans les entretiens individuels. Une autre idée courante fait état de ce que la Covid-19 n'existerait plus en Côte d'Ivoire. Ceci d'autant plus que le Président de la République l'aurait reconnu implicitement à travers une affirmation répandue qui lui serait attribuée : « **On s'en fout de Corona** ».

Au niveau des moyens de prévention et de traitement de la maladie, certaines personnes pensent que la consommation régulière de tisane chaude (ex. tisane de feuilles ou d'écorces de neem, thé au citron, etc.) permet de se protéger contre la Covid-19. Pour d'autres, la consommation régulière de boissons à très forte dose d'alcool (ex. liqueur locale trivialement appelée koutoukou) constituerait un traitement efficace contre la maladie à Coronavirus. Enfin, des participants croient que la prise de comprimés de nivaquine (chloroquine) constituerait également un traitement efficace.

En ce qui concerne les théories du complot, certains participants attribuent aux masques faciaux, communément appelés « cache-nez », un pouvoir contaminant destiné à infecter les

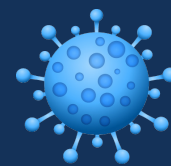
⁵ Cocody est une commune d'Abidjan où résident la plupart des personnes appartenant à la classe aisée.

Africains à la Covid-19. Une croyance tout aussi répandue consiste à penser que les centres de dépistage précoce sont des lieux spécialement conçus pour inoculer le virus aux Africains ou que les résultats positifs sont fabriqués. D'autres encore perçoivent la Covid-19 comme une « arnaque » du gouvernement pour capter des ressources dédiées aux urgences humanitaires auprès des agences bilatérales ou des organismes internationaux d'aide au développement (Union européenne, USAID, OMS, PNUD, etc.). Ils font usage du terme de « Corona-business » pour qualifier cette supposée « arnaque ». Le fait que la Côte d'Ivoire n'ait pas connu de flambée épidémique d'une envergure comparable à celle des pays occidentaux donne lieu, en effet, à des interprétations rendant compte d'un déni de la maladie. En d'autres termes, le fait que la maladie n'a pas explosé en Côte d'Ivoire comme en Occident, laisse bien souvent penser que la maladie n'y existe vraiment pas. Pour les adeptes de ces théories composites, la Covid-19 est donc une maladie qui n'existe pas en réalité en Côte d'Ivoire. Un prestataire de santé survivant de la Covid-19 en témoigne :

« Quand je suis guéri, les amis du sport, on en a parlé. (...). Eux, certains disaient que la maladie n'existait pas. Je leur ai dit que moi-même je sors de la guérison, donc prenez ça au sérieux. Mais, ils n'ont pas cru en fait. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

4

Formes de stigmatisation liées à la Covid-19



Six formes de stigmatisation liées à la Covid-19 ont été principalement identifiées : **i)** la stigmatisation des survivants et patients Covid-19 dans tous les univers sociaux (famille, lieu de travail, voisinage, cercles d'amis, etc.), **ii)** la stigmatisation des proches des patients Covid-19, **iii)** la stigmatisation subie par les prestataires de santé, **iv)** la stigmatisation portée par des prestataires de santé, **v)** la stigmatisation par défaut, et **vi)** l'auto-stigmatisation du patient Covid-19.

4.1 Stigmatisation des survivants et patients Covid-19 dans les univers sociaux

Une première forme de stigmatisation que laisse entrevoir les données collectées est celle du survivant ou du patient Covid-19. Elle est vécue dans ses relations interpersonnelles aussi bien au niveau de la famille, du voisinage, des cercles d'amis que sur le lieu de travail et dans tous les autres espaces sociaux fréquentés par ce dernier. Cette forme de stigmatisation est perpétrée par une diversité d'acteurs dont les membres de la famille ou de la communauté, les voisins colocataires des habitations collectives trivialement appelées « cours communes », les collègues de travail, les amis, etc.

La stigmatisation des survivants ou patients Covid-19 se distingue par des caractéristiques relevant à fois du discours et d'actes particuliers. En effet, le survivant ou le malade se trouve confronté à des réactions sociales allant d'un étiquetage doublé, le plus souvent, de dénigrement, d'insultes à un rejet et un évitement. Sur fond de méfiance, une distance sociale s'installe entre lui et son entourage. La distanciation sociale dont il est question ici est bien différente de celle relative aux normes médicales recommandées à titre de mesures barrières (distance d'un à deux mètres entre les individus). Celle-ci s'apparente à une ostracisation du patient ou du survivant Covid-19. Elle se traduit plus concrètement par une rupture de lien social et du lien affectif entre la personne qui vit la maladie et son entourage.

Des expériences emblématiques de stigmatisation de survivants et de malades Covid-19 indiquent que ces derniers ont été, à un moment donné, « rejetés » voire « fuis » par les siens. Il s'agit, comme l'attestent les extraits d'entretiens ci-dessous : **i)** du refoulement d'un survivant Covid-19 de son lieu de travail deux semaines après sa guérison, **ii)** de l'expulsion d'une locatrice de « cour commune » testée positive à la maladie, et **iii)** de l'expulsion d'une ressortissante étrangère atteinte de la Covid-19 par les membres de sa communauté de l'hôtel où elle résidait.

« Et je me rappelle, ils ont confirmé ce qu'ils ont dit parce que le jour où je suis guéri, j'ai attendu 2 semaines d'abord avant de venir même dans l'entreprise en question. Et quand je suis arrivé dans l'entreprise, il y a le premier portail et puis il y a la grande porte, j'ai pu franchir le premier portail puisqu'il n'y avait personne là, je suis arrivé à la grande porte. Mais ils m'ont chassé comme un animal : allez, allez, allez ! Comme si on ne me connaissait pas. Or je vous dis que j'étais l'homme

incontournable de l'entreprise. C'est-à-dire quand on veut faire quelque chose... au point même où on m'appelait DG (Directeur Général) parce que c'est ce que je dis que le DG faisait. Et quand le DG demande quelque chose, on dit est-ce que [anonymisé] a donné son accord ? » [Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].

« Elles ont dit au propriétaire de la cour (...). Lui, il a appelé mon mari. Il a dit ah monsieur on dit ta femme-là, elle a corona virus. Faut prendre ta femme-là, sortez de la maison aujourd'hui jusqu'au soir. (...) Le monsieur ne voulait rien comprendre. Il nous a dit de sortir, de quitter dans la cour. Mon mari a appelé [nom du docteur anonymisé], mon mari a expliqué à [anonymisé]. Il a dit ah, si vous ne venez pas là, le propriétaire de la cour veut chasser ma femme. C'est là [anonymisé] a pris le numéro du propriétaire de la cour et puis il a appelé le propriétaire de la cour pour pouvoir leur expliquer. Et le lendemain [anonymisé] a appelé, ils sont venus me chercher. » [Entretien individuel avec une survivante de la Covid-19 issue de la population générale].

« (...) Je dis ses propres compatriotes là, l'ont mise dehors de l'endroit où ils vivaient. Ils vivaient dans un hôtel. Donc ils l'ont mise dehors, on dit toi tu as Covid, faut pas rester avec nous. Donc j'ai dû la référer aux maladies infectieuses (Service des maladies infectieuses du CHU de Treichville). Je pense qu'elle a dû suivre le chemin national pour se retrouver à l'INJS (un des sites de confinement) un truc comme. Elle était... la personne est venue me trouver ici avec ses affaires sur le dos. Elle est venue me trouver avec ses bagages, sa valise tout ça sur le dos. Elle ne savait pas où dormir. Ça, si ce n'est pas une stigmatisation, je ne sais ce que c'est. On l'a vraiment stigmatisé. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé qui a suivi des malades Covid-19].

4.2 Stigmatisation par extension : des proches victimes sans être infectés

Si les survivants ou les patients Covid-19 apparaissent systématiquement en premier plan lorsqu'on évoque la question de la stigmatisation, leurs proches sont tout autant, dans certains cas, victimes de stigmatisation bien que n'étant pas infectés. Cette forme de stigmatisation est portée, en général, par les membres du voisinage dans les habitations de style « cour commune » et dans les autres types d'habitation que l'on retrouve bien souvent dans les quartiers populaires (maisons économiques en bandes de style SICOGL ou SOGEFIHA⁶, immeubles d'appartements, etc.). Elle est également portée par les membres d'organisations extra-familiales auxquelles appartiennent les proches du malade (confessions religieuses, associations communautaires, etc.).

La stigmatisation par extension prend forme autour de suspicions de contamination des proches du malade. Elle se traduit, d'une part par une indexation et un regard méfiant à l'endroit des membres du ménage de la personne infectée. Il s'agit, entre autres, des enfants, du conjoint, des frères et sœurs, des cousins et cousines, des tantes et oncles, bref de toutes les personnes qui partagent le ménage avec le malade Covid-19. Elle est perceptible, d'autre part à travers une prise de distance vis-à-vis de la famille suspectée, assortie parfois de paroles blessantes et/ou d'actions délibérées de mise en marge des proches du malade.

C'est le cas, par exemple, d'une survivante de la Covid-19 dont les enfants étaient regardés « avec des grands yeux » et mis à l'écart au niveau de l'église qu'ils fréquentent avant qu'on leur intime l'ordre de ne plus s'y rendre. C'est aussi le cas d'un survivant de la Covid-19 dont la belle-sœur a été victime de paroles et d'actes malveillants de la part du voisinage.

⁶ Deux sociétés immobilières étatiques qui, dans les années 80, ont construit et mis en location-vente des maisons économiques en bandes dans plusieurs communes d'Abidjan.

Un collectif de résidents de l'immeuble qu'ils habitent a même, selon les propos du survivant interviewé, parlé de barricader leur appartement à l'aide d'une grille métallique pour éviter que sa sœur en question ne mette les pieds dehors. Un autre cas, non des moindres, est celui d'une famille avec un membre malade de la Covid-19 dont une autorité politique a demandé, aux dires des résidents de la commune, de s'éloigner de cette famille. Les propos ci-après attestent de ces différents cas :

« Tout le monde à la maison est parti en quarantaine, d'autres à l'INJS et c'est moi seul, je suis parti au VITIB (un autre centre de confinement). Maintenant c'est la femme de mon frère qui dit qu'elle ne peut pas bouger parce que son enfant à les bras cassés tout ça, et que là-bas comment ils allaient faire pour s'occuper de lui. Elle est restée avec l'autre comme c'était des jumeaux. Voilà elle est restée, mais elle a vu de toutes les couleurs. Même pour sortir la poubelle on l'a interdit. D'autres même ont dit qu'il faut mettre fer pour bloquer sa porte pour ne même pas qu'elle sorte. C'est ce que d'autres ont dit. (...) On était bien vu auparavant et puis la maladie est venue, ça fait que les gens ont eu une idée arrêtée de nous. Ils nous ont stigmatisé. Bon si les gens ne viennent plus te dire bonjour, les gens viennent taper ta porte avec le pied pour te remettre quelque chose. Ça... ça... ça veut dire quoi ? Des gens t'interdisent d'aller verser la poubelle, nhum, tout ça. Et on dit aux gens de ne plus venir chez vous, chacun dit à ses enfants tout ça de ne plus venir chez vous, or c'est là-bas ils aiment venir s'amuser. » [Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].

« Comme mon petit frère est le président des jeunes, il côtoie les autorités du quartier, le maire, le député. Donc je les ai approchés pour leur dire qu'il a été testé positif au covid-19. (...) A notre grande surprise, ce qu'on ne voulait pas est arrivé. Des parents du quartier sont venus nous dire que le maire les a appelés pour dire, faites attention, la famille [anonymisé] est atteint de covid-19, de ne pas approcher. » [Entretien individuel avec un membre d'une famille de personne décédée de la Covid-19].

Comme le montrent ces cas illustratifs, la maladie vécue par le patient Covid-19 à des répercussions sociales sur ses proches qui, dans bien des cas, sont victimes de stigmatisation tout autant que lui. Bien plus que vécue individuellement, la stigmatisation du patient Covid-19 revêt donc une dimension familiale voire communautaire. Elle s'étend aux proches avec qui le patient Covid-19 partage son quotidien.

4.3 Stigmatisation envers les prestataires de santé sur fond d'étiquetage

Du fait de leur profession qui les positionne en première ligne dans la lutte contre la pandémie de la Covid-19, les prestataires de santé sont, quelques fois, objet de stigmatisation. Ils subissent cette stigmatisation de la part des membres de leur famille, de leur communauté et de leurs amis. Le lien entre ce corps professionnel et la Covid-19 est souvent arbitrairement établi par ces trois catégories d'acteurs. Soigner un patient Covid-19 ou le côtoyer au quotidien signifie, pour eux, être contaminé de fait et constituer un vecteur de contagion.

Ainsi, souvent étiquetés comme de potentiels canaux de contamination, des prestataires de santé impliqués dans la prise en charge de patients Covid-19 sont sujets de méfiance et d'évitement. Leurs proches et amis craignent, en effet, d'être infectés par leur biais. Certains prestataires de santé interviewés affirment avoir observé, pendant le pic de la maladie (mars, avril, mai 2020), une cessation des visites de leurs proches. Cet étiquetage se manifestait, par ailleurs, à travers le contact téléphonique sous le vernis duquel ces proches entretenaient l'éloignement physique et la méfiance.

D'autres prestataires de santé ont été victimes de stigmatisation plus accentuée. Ils ont révélé avoir été interdits d'accès au cadre familial (au sens de la famille élargie africaine) du fait de la potentielle menace de contamination qu'ils représentaient. En clair, des proches des prestataires de santé manifestent à leur endroit des attitudes de méfiance surtout lorsque leur implication dans la prise en charge des patients Covid-19 est sue comme en témoignent plusieurs extraits d'entrevues individuelles et collectives :

« C'était au niveau de ma famille. Quand ils ont su que je faisais partie de l'équipe d'intervention rapide, les gens sont là, à une distance de trois mètres. Quand je rentre, que je veux m'asseoir, on dit non, non, vas te laver, vas, vas, vas te laver. Quand je mettais les pieds en famille, au début, c'était un peu difficile pour moi. (...) L'habit que tu as porté là, il faut mettre ça dans un sachet... Là où les gens lavent leurs mains, on dit non, toi tu es venu de truc avec Covid-là, va laver tes mains là-bas... si bien que je faisais l'effort de ne rien toucher. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé qui a suivi des malades Covid-19].

« On les (prestataires de santé) voit différemment parce que vu que, vu ce qui a été dit sur la maladie, ces gens-là (prestataires de santé), on leur donne une certaine probabilité d'être malades. Et donc, ma foi quand on les identifie bien, il y a une certaine méfiance à leur niveau (...) moi particulièrement si je connais quelqu'un qui est toujours en contact avec des gens qui, qui sont malades de Covid-19, pour moi, elle sera une personne peu fréquentable pour moi. » [Groupe de discussion avec des personnes de la population générale qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19].

4.4 Stigmatisation des prestataires de santé sur des patients Covid-19

En même temps que des prestataires de santé en avant garde de la riposte contre la Covid-19 sont victimes de stigmatisation, le personnel médical comporte en son sein des porteurs d'actes stigmatisants à l'égard des patients infectés. La stigmatisation du patient Covid-19 dans le milieu hospitalier se traduit par un suivi médical réticent, teinté de méfiance voire de rejet. Cette attitude a tendance à s'observer avec les cas avérés de Covid-19. Toutefois, elle s'observe quelques fois avec les cas suspects. Sur la base d'un tableau sémiologique se rapprochant de celui de la Covid-19, il arrive que des patients subissent un traitement médical différencié avec une charge stigmatisante. Cette assimilation que certains prestataires de santé opèrent maladroitement entre des symptômes « ordinaires » tels que la difficulté respiratoire, la toux persistante et la Covid-19 occasionne des écueils dans la prise en charge des cas suspects. Le témoignage de ce prestataire de santé survivant du Covid-19 en est une illustration :

« J'ai l'exemple d'un monsieur qui est allé faire des examens... On voulait le mettre sous un traitement à la chloroquine et donc on a prévu quand même de faire l'ECG... Quand ils sont allés faire l'électrocardiogramme personne ne voulait le toucher là-bas. Après il a voulu voir heuuu... C'était terrible parce qu'ils ont fait ça à distance. Ils ont déposé des trucs, mais c'était vraiment à distance et il a fini son électrocardiogramme. Il veut rencontrer les gens personnes n'a voulu lui parler là-bas... [Pour les résultats] les gens ne voulaient même pas lui donner. On dit faut partir à la maison ... Parce qu'il était malade. Et ça c'est dans un centre médical privé... On lui a dit de partir à la maison rapidement... et d'envoyer quelqu'un après pour le résultat... Mais pas lui. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

Tel que souligné par un prestataire de santé rencontré, cette forme de stigmatisation, aurait pour auteurs « certains membres du personnel médical qui sont peu informés ». Mais au revers de ce discours, un autre témoignage, émanant d'un prestataire de santé vraisemblablement

qualifié dans la lutte contre la Covid-19 est tout aussi édifiant. Il a affirmé avoir été lui-même auteur de stigmatisation quoique l'expérience se soit déroulée en dehors du milieu hospitalier :

« Mais moi-même, j'ai stigmatisé aussi quelqu'un que je savais qu'il était chose...j'ai stigmatisé, bon chose...J'ai fui la personne. C'est-à-dire, c'était un parent mais... étant même praticien j'ai préféré ne pas même aller chez la personne. C'était en dehors du travail, c'était en ville. Moi-même je sais que j'ai stigmatisé la personne parce que j'ai... je suis professionnel de santé quand même, donc je ne devais pas avoir de...Même si la personne est confinée, c'est la même chose que si la personne est hospitalisée chez moi. Donc je devais quand même pouvoir facilement aller là-bas voilà pour rendre visite à la personne. C'était un parent en plus. Parce qu'avec toutes les précautions... mais la période, les deux semaines là, je dis je ne vais pas là-bas. Donc ça c'est la stigmatisation, je pense que j'ai stigmatisé mon parent là. » *[Entretien individuel avec un prestataire de santé qui a suivi des malades Covid-19].*

La stigmatisation des patients Covid-19 par les prestataires de santé pourrait également s'expliquer, comme le met en avant l'extrait de propos ci-après, par un manque d'équipements de protection individuelle nécessaires (combinaisons, masques M95, etc...) pour traiter en toute sécurité les patients atteints de la Covid-19 :

« Un patient est arrivé dans notre service, il a été suspecté de Covid. Donc, nous avons déjà nos mesures de chose... les bavettes tout ça là. Le médecin consulte ce patient-là. On le met...le médecin même qui consulte le patient est déjà en combinaison. Est-ce que vous voyez ? Parce que nous avons reçu une seule combinaison. Donc, il est en combinaison, il suivait le patient de Covid. Il fait son protocole et il remet à l'infirmier. L'infirmier qui n'a pas de protection doit aller maintenant faire le soin vers ce patient-là sans protection ; l'infirmier qui refuse parce qu'il n'a pas de protection. Et quand on demande, il y a une seule protection pour l'hôpital ou bien pour le médecin seul. Vous voyez ? Donc si le gouvernement veut que nous prenions en charge les choses, il doit mettre les moyens à notre disposition ». *[Entretien individuel avec un prestataire de santé qui n'a pas suivi de malades Covid-19].*

4.5 Stigmatisation par défaut

Les pratiques de stigmatisation liée à la Covid-19 ciblent des personnes par défaut. Il s'agit d'une forme de stigmatisation qui s'exprime indistinctement et spontanément à l'encontre de certaines personnes sur la base de stéréotypes. Au nombre de ces formes de stigmatisation figure celle touchant les personnes qui respectent les mesures barrières. Ces personnes sont perçues comme fragiles, craintives et naïves à qui les porteurs de la stigmatisation opposent un déni et une banalisation de la maladie. Le déni et la banalisation sont traduits par des expressions du genre « connerina virus » ou encore « bétisavirus » (sous-entendant que la Covid-19 est purement et simplement une connerie ou une bêtise). Les deux extraits d'entretien de groupe ci-après, émanant de deux participants différents, témoignent de cette forme de stigmatisation :

« Bon, moi, j'ai vu y a un groupe qui était en train de faire leur réunion, et puis tout le monde était là. Le monsieur il est venu avec euh, son cache-nez, ses gants plus son gel main. Quand il est venu, il s'est assis, il a enlevé, puisqu'il va causer avec les gens là, il a enlevé ses gants, et puis il a pris gel là il a bien nettoyé, et puis il a bien mis ses trucs. Personne n'a parlé avec lui. Personne n'a parlé avec lui, à la réunion personne n'a parlé avec lui à la réunion. Parce que, eux ils sont sales, c'est à cause de ça lui il est venu, il a lavé ses mains, il, il, en tout cas il s'est protégé et puis il était, il est allé s'asseoir ailleurs. Donc personne ne l'a dit quoi que ce soit, c'est-à-dire tout ce qu'il était en train de faire, on l'a pas posé question, rien rien. Il est assis là jusqu'ennnn, la réunion est finie, et puis il s'est levé il est parti. Parce que il s'est protégé. Il a, la mesure barrière 1m là, il a suivi ça, donc c'est-à-dire, ils l'ont vu comme ci, c'est foutaise, foutaise même. Donc là oh ce que tu es en train de faire là nous on peut pas faire aussi quoi. Ils l'ont pas, calculé, ils l'ont même pas dit un mot même. » *[Groupe de discussion avec des personnes de la population générale qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19].*

« Ceux qui appliquent beaucoup les mesures barrières, euh, on suppose que, bon, les gens les considèrent comme les personnes même atteintes. Les gens se disent que ils ont ça, c'est pourquoi ils se protègent, celui même qui se... Voilà pourquoi il se protège. Si il n'était pas malade il n'allait pas se protéger » [idem].

La stigmatisation par défaut touche également des personnes résidant à proximité des centres de prise en charge des malades de la Covid-19. Ces personnes sont considérées à tort par les porteurs de la stigmatisation comme de potentiels canaux de transmission de la maladie. C'est le cas des populations vivant dans les environs de l'INJS, un centre de confinement et de prise en charge de patients Covid-19 situé dans la commune de Marcory.

L'on peut, par ailleurs, catégoriser comme une forme de stigmatisation par défaut celle dont sont victimes les personnes qui présentent des symptômes similaires à ceux de la Covid-19. Bien que le diagnostic d'un malade de la Covid-19 ne peut être attesté sans recours à un test de dépistage, des personnes manifestant des symptômes ordinaires comme la toux, le rhume, etc. sont parfois soupçonnées à tort d'être atteintes de la Covid-19 et sont objets de stigmatisation comme l'attestent les extraits d'entretiens ci-après :

« Il y en a aussi quand ils voient, quand ils voient que quelqu'un de leur entourage est en train de tousser, ou bien de chose, il se méfient de cette personne-là. Donc horrr, ils n'approchent pas des gens. Voilà. Ils ne s'approchent pas parce qu'ils se disent que non, que cette personne qui tousse ou bien qui est enrhumée par exemple est sujet au Covid-19. Donc, ils prennent des distanciations. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé qui n'a pas suivi de malades Covid-19].

Enfin, une autre forme de stigmatisation par défaut s'est développée en lien avec l'épicentre du virus à Abidjan. La commune de Cocody ayant été déclarée comme cet épicentre avec un nombre très élevé de cas d'infections, les habitants de ladite commune ont été indexés comme des vecteurs de propagation de la maladie au sein de la population abidjanaise. On retrouve ce même type de stigmatisation contre des étrangers et des voyageurs à qui on attribue, abusivement, la mobilité du virus. Un participant à un entretien de groupe a dit ceci à cet effet :

« (...) Bon les informations à cause du taux, bon à cause du taux élevé de contaminations dans certaines zones, les gens se disaient Corona virus c'est à Cocody, les gens de Cocody là, c'est parce que le taux était élevé ». [Groupe de discussion avec des personnes qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19].

4.6 Auto-stigmatisation ou violence altruiste sur soi-même

L'auto-stigmatisation renvoie au processus par lequel la victime internalise l'idée de se mettre en marge des siens parce que constituant un risque de contamination. On observe cette attitude, notamment chez les prestataires de santé, qu'ils soient infectés ou non. Certains de ces prestataires ont estimé que leurs familles étaient exposées à la Covid-19 du fait de la fonction qu'ils exercent. Parmi eux, des survivants à l'infection ont affirmé avoir fait preuve, durant la période de maladie, d'une attitude auto-stigmatisante. Elle s'est traduite par une rupture brusque et inexplicquée de leurs rapports avec leurs proches, tout en évitant de leur signifier qu'ils étaient infectés. Cette réalité a été vécue et exposée par un prestataire de santé qui, sans

explication et de façon inattendue, s'est abstenu pendant une certaine période, de rencontrer ses parents :

« (...) Moi j'ai mon père qui est, comment on appelle, heuu qui à fait un AVC, qui est diabétique. A l'issue de cet AVC il est diabétique, il est hyper-tendu. Mais à cause de cette maladie-là je n'ai pas pu le voir. Dès que ça commencé j'ai dit je ne mets plus mon pied chez lui. (...) Ma maman même se plaint, oui tu as les médicaments de ton père pourquoi est-ce que tu ne le rencontres pas? Je dis la vieille faut laisser ça. A la fin, quand j'ai dit à ma maman voilà ce que j'avais, elle me dit haaa tu as bien fait ».
[Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

Un autre prestataire de santé survivant de la Covid-19 donne son témoignage en ces termes :

« J'ai pas informé (les membres de la famille) pour ne pas inquiéter et alarmer. Ça c'était au tout début, voilà c'est pas comme maintenant si tu as la Covid bon ça passe. Mais ça c'était au tout début où tout le monde avait la peur, la crainte, la stigmatisation et tout ça-là. Et puis faut savoir que je suis un membre influent de ma famille. Les gens vont avoir trop de préjugés, tout le monde va trop s'inquiéter. Donc j'ai préféré garder le secret avec ma femme »
[Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

L'auto-stigmatisation se traduit, par ailleurs, chez certains soignants atteints de la Covid-19 par un sentiment de culpabilisation doublé parfois de honte épousant les contours d'une auto-flagellation psychologique. Ils culpabilisent du fait que malgré les informations et mesures dont ils disposaient pour faire face à la maladie, ils ont fini pas être contaminés. Ils éprouvent par ricochet de la gêne à sensibiliser les autres à respecter les mesures barrières. Ce sentiment de blâme est également présent chez certains non soignants survivants de la Covid-19 qui percevaient la gravité de la maladie et s'efforçaient conséquemment à respecter les « mesures barrières ». Les extraits d'entretiens ci-après rendent compte de cette autre expression de l'auto-stigmatisation vécue par certains survivants de la Covid-19 qu'ils soient prestataires de santé ou issues de la population générale :

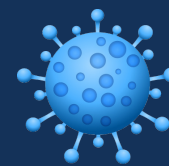
« (...) Les gens ont l'impression que vous n'avez pas pris des mesures efficaces pour vous protéger. Donc, euh ! vous êtes un peu coupable quoi. Voilà ! voilà ! Les gens peuvent dire voilà ! on se sent un peu coupable, coupable. (...) On avait été jugé plus durement puisque, on va dire, vous savez les mesures qu'il y a à prendre, et puis, vous ne les avez pas pris, donc euh ! voilà ! »
[Entretien individuel avec un prestataire de santé survivant de la Covid-19].

« Quand je parlais là j'avais peur, parce que je me dis mais comment est-ce que j'ai eu ça ? Moi qui respectais les mesures. Vraiment je ne comprenais pas, c'était difficile pour moi. Je me suis senti humilié innh. Voilà je me suis senti humilié, diminué et en même temps j'avais un sentiment de honte même et puis en même temps de culpabilité aussi. »
[Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].



5

Les principaux facteurs de stigmatisation



La stigmatisation induite par la pandémie de la covid-19, dont l'incursion brutale dans le monde éprouve rudement les modes de vie et les habitudes, est le résultat de deux principaux facteurs qui s'imbriquent : la peur suscitée par la maladie et les incertitudes qui l'entourent.

5.1 Peur de la contagion et suspicions : un cocktail de rejet social

Quelle que soit la forme de la stigmatisation, l'un des facteurs récurrents que les participants mettent en avant est la peur de la contagion. Cette peur se nourrit de la gravité perçue de la maladie. La Covid-19 est, en effet, perçue comme une « maladie nouvelle très contagieuse » et hautement mortelle. Cette perception cauchemardesque est liée à quatre facteurs clés : **i)** le risque élevé de transmission du virus d'un individu à un autre alors qu'aucun remède n'est encore disponible⁷, **ii)** le nombre croissant de morts occasionnés par la maladie dans le monde entier en un laps de temps, **iii)** la médiatisation abondante de l'évolution et des conséquences de la pandémie par les médias nationaux et internationaux, de même que par les réseaux sociaux et **iv)** la réponse du gouvernement au début de la pandémie en ce qui concerne le dispositif de dépistage et de prise en charge des malades.

La peur d'être contaminé fait donc naître, chez les populations, de la suspicion et de la méfiance, sources de rejet des personnes infectées, de leurs proches et des prestataires de santé en première ligne de la riposte. En fait, il y a une peur généralisée envers tout le monde parce que la maladie n'est pas visible (on ne peut pas détecter à vue d'œil qui en est porteur) et aussi parce qu'elle se transmet par voie aérienne, c'est-à-dire que l'on peut être infectée sans se toucher. Cette posture de méfiance a été rapportée par toutes les catégories de participants dont l'état d'esprit, à ce sujet, transparaît à travers les extraits ci-après :

« Parce que tu as fait la maladie, tu as une maladie qui est très contagieuse, une maladie même si on sait qu'on néglige, on sait que c'est contagieux, on sait que ça tue. Du coup, quand on te voit venir on change de trajectoire. C'est-à-dire quand tu viens vers A, moi je vais vers B pour ne pas qu'on se rencontre, pour ne même pas que j'aie un petit risque de contamination. Voilà, on t'évite quoi. » [Groupe de discussion avec des personnes de la population générale qui connaissent quelqu'un qui a eu la Covid-19].

« La société va te voir en bizarre. Ils vont commencer à te fuir, parce qu'ils vont dire ah, telle personne à Corona, parce qu'on sait que Corona là, ça tue. Donc pour ne pas mourir si vite, donc on s'éloigne de toi. Tu es là-bas, eux ils sont ici. Même on te voit tu es au carrefour là-bas tu viens en même temps, tu vois les gens commencent à se chercher (fuir) hein (rires). Mais ils ont peur parce que tu vas venir, c'est comme si tu vas venir les contaminer aussi. » [Groupe de discussion avec des personnes de la population générale qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19].

⁷ Les tests et certifications des candidats vaccins étaient encore en cours au moment de l'enquête.

Comme déjà évoqué, l'un des facteurs de stigmatisation qui mérite qu'on s'y attarde est l'approche du gouvernement en termes de dépistage et de prise en charge des personnes suspectées d'être atteintes de la Covid-19. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, le déploiement du dispositif de dépistage précoce à domicile privilégié par le gouvernement au début de la pandémie a été à l'origine de stigmatisation de certains patients Covid-19 et de leur famille. Aller dépister des cas suspectés ou chercher des malades Covid-19 à domicile en Équipement de Protection Individuelle (EPI) avec des ambulances pour les amener en quarantaine attirait le regard du voisinage et amplifiait, à la fois la peur sociale vis-à-vis de cette « nouvelle » maladie et les risques de stigmatisation. Les deux extraits d'entretien ci-après illustrent cet état des faits :

« (...) Je peux, je peux dire que dans mon quartier Gonzagville, dans mon quartier Gonzagville, j'étais peut-être le premier. Oui, je dis bien peut être le premier parce que je ne peux pas savoir, mais ça été du cinéma parce que les agents du Covid qui sont arrivés avec des blouses comme à la télévision, comme à la télé, ils sont arrivés comme des marsiens si je peux m'exprimer ainsi. Ça attiré l'attention de l'entourage et tout le monde avait peur parce que, ce qu'on voyait à la télévision chez les blancs, c'était la mort, c'était la désolation. Donc du coup, c'était la peur. En même temps, la curiosité et la peur. Ils sont rentrés dans la cour, et ils ont fait le prélèvement. Et après leur départ, ah, je ne vous dis pas, mais euh pour la première fois, moi qui suis quelqu'un de sociable, j'ai été quelqu'un de fui. Si je peux appeler ça comme ça par les voisins. Et la nouvelle, si vous connaissez le quartier Gonzague, c'est vaste. Mais la nouvelle est allée au-delà même du quartier Gonzague (rire) et on cherchait à voir ou les agents de Covid-19 sont venus. Même des gens que je ne connaissais pas. Déjà, j'étais à la maison parce ils m'ont dit de ne pas sortir et j'étais déjà à la maison pour une quarantaine, mais par moment sortir il faut sortir pour aller chercher un peu de sous. Voilà donc déjà, on m'indexait. Même des gens que je ne connaissais pas. Mais après quand ça été confirmé, ma femme, a beaucoup subi. Des, les voisins, les propres voisins même de la propre cour d'abord ont déserté, notre... la devanture de notre porte. Il y a une même, on a un puits dans la cour les gens même pour puiser l'eau, d'abord attendaient qu'elle soit même pas dans la cour. » [Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].

« C'était pas la bonne manière à faire franchement. C'est, c'était leur...leur erreur qui était là : ambulance 4x4 avec leur habit blanc (combinaison). Ils sortent, ils pompent, pompent partout où ils passent. Les gens même avaient peur dans la cité, tout le monde avait peur Covid, Covid (euh) Covid, Covid (...) Vous avez déclaré quelqu'un positif à une maladie et qui bat son plein, qui fait l'actualité. Vous savez que ça fait peur aux gens quand même y'a une manière, une manière d'entrer chez les gens revenir leur parlé pour ne pas que les autres aient peur, mais bon pour ne pas qu'ils s'inquiètent trop. Comme vous vous avez dit, y'a des gens dans leur quartier... Moi où j'étais au VITIB (un centre de confinement) là-bas y' a des gens qui refusaient de parler même à ceux qui étaient déclarés positifs, ils veulent même pas les voir. C'est à cause de tout ça donc au moins y'a une manière de faire. Ils devraient faire un peu camoufler un peu avant de venir. Mais ambulance 4x4 avec leur combinaison blanc blanc là, ça fait peur, ça fait peur, ça ça c'était une grosse erreur de leur part. Mon papa même n'a pas aimé. » [Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].

En dehors de la population en général, la peur de la contagion et les suspicions existent chez les prestataires de santé. Ils perçoivent également la Covid-19 comme une maladie « très contagieuse », « dangereuse » et « sans remède ». Bien que mieux outillés en informations et connaissances sur la Covid-19, cette peur conduit certains d'entre eux à adopter des attitudes stigmatisantes (méfiance, distanciation accentuée, voire rejet) à l'encontre des cas avérés ou suspects de Covid-19. Toutefois, des participants à l'étude issus du corps médical s'en défendent. Ils qualifient ces attitudes de « mesures de précaution » dans la posture sacrificielle que requièrent à la fois la profession médicale et la position avant-gardiste dans la riposte contre la Covid-19.

Enfin, dans le cas de l'auto-stigmatisation, le facteur explicatif est beaucoup plus subtil. Le silence construit par la personne infectée autour de la maladie répond, en effet, à une stratégie fine pour anticiper le regard méfiant de l'entourage et la stigmatisation qui peut s'y greffer. Mais derrière ce silence, se forge également une culpabilisation chez le malade, source de repli sur soi.

5.2 Incertitudes et déficit d'informations sur la Covid-19 : une source de méfiance

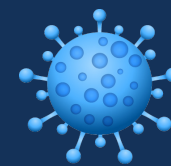
Les incertitudes et le déficit d'informations sur la Covid-19 constituent, en plus du statut populaire de « maladie très contagieuse et mortelle », une source supplémentaire de peur, de méfiance et donc de stigmatisation. Ces incertitudes ont été constatées aussi bien chez les populations en général que chez les professionnels de la santé. Il est certes évident que les prestataires de santé sont au fait de l'information sur la Covid-19. Certaines populations sont également informées des modes de transmission, des principaux symptômes, des différentes mesures barrières de protection, etc. Mais des incertitudes demeurent d'un côté comme de l'autre. Elles se rapportent, entre autres, à l'origine de la maladie, à la durée de la pandémie, au développement de prochaines vagues épidémiques, aux possibilités de trouver un remède contre la maladie, aux capacités de résilience d'un pays du sud comme la Côte d'Ivoire, à la probable immunité d'un survivant de la Covid-19, etc.

Ces contours non encore totalement maîtrisés de la maladie donnent libre cours aux rumeurs qui continuent d'entretenir la peur dans le corps social et constituent ainsi un ferment de la stigmatisation. Au sein de la population générale, par exemple, c'est ce qui explique la persistance de la stigmatisation à l'égard des survivants de la Covid-19 pourtant déclarés guéris après deux tests de contrôle. Ici, le déficit d'information et les questions en suspens sur les possibilités de rechute d'un malade guéri créent des doutes dans l'imaginaire populaire et entretiennent une méfiance fortement stigmatisante à l'endroit des survivants de la Covid-19. Les propos de ce prestataire de santé en témoignent :

« Forcément la personne se dit, on se pose la question, est-ce que la personne est vraiment guérie ? Est-ce qu'il ne va pas encore rechuter ? Tout et tout. Donc quelque part, il y a une sorte de méfiance, il y a une sorte de peur qui est là encore et puis bon...c'est un peu ça quoi. (...) Si au départ vous étiez beaucoup proches, vous partagez souvent certaines choses ensemble, mais dès l'instant on constate que la personne a eu telle ou telle maladie, vous voyez bien que vos amitiés ne seront plus les mêmes. C'est comme ça qu'on peut un peu constater la méfiance. Quelqu'un qui jouait avec toi habituellement, aujourd'hui on t'a dit que la personne a eu telle maladie. Tu vois qu'elle se méfie, elle ne s'approche plus trop de toi, elle ne s'amuse même plus avec toi encore. Voilà, c'est comme ça on voit ça. (...) Quand la personne n'a pas encore été déclarée positive à la maladie, il n'y a pas de problème. Mais dès que la personne fait la maladie là net là, on se dit ah est-ce que...même quand on dit qu'il est guéri, est-ce qu'il est bien guéri ? (Rires) Vous voyez ? C'est ça le problème. » [Entretien individuel avec un prestataire de santé qui n'a pas suivi de malades Covid-19].



6 Effets de la stigmatisation



6.1 Stigmatisation individuellement vécue : source d'isolement social et de repli social

Pour rappel, les principales manifestations de la stigmatisation liée à la Covid-19 sont la méfiance, l'indexation, l'étiquetage, le dénigrement, les insultes, l'évitement, le refoulement, l'expulsion voire le rejet. Ces pratiques de stigmatisation ont pour conséquence directe l'isolement social. Ce concept désigne ici l'état de manque d'interactions sociales dans lequel se trouve la personne stigmatisée du fait de la Covid-19. En d'autres termes, le lien social étant rompu en raison de la Covid-19, la personne ainsi stigmatisée est de facto socialement isolée.

Cet isolement s'observe, notamment chez les survivants de la Covid-19 (qu'ils soient issus de la population générale ou prestataires de santé) et leurs proches, arbitrairement suspectés d'être infectés. Il se traduit, entre autres, par l'effritement des rapports familiaux ou communautaires, la dégradation des relations professionnelles ou des affinités amicales. Même la solidarité, un principe fondamental qui structure les modes de vie en Afrique, s'en trouve durement éprouvée. Faut-il le rappeler, d'ordinaire lorsqu'une personne est malade, elle est assistée de ses proches qui lui témoignent, par leur présence à son chevet, leur soutien moral. Mais comme cela avait pu être constaté déjà avec le VIH/sida et la Maladie à Virus Ébola (MVE), la Covid-19 est venue à son tour renverser les normes sociales structurelles pourtant solidement établies.

L'isolement social engendre, à son tour, le repli sur soi du survivant Covid-19 ou de ses proches injustement suspectés. Il s'agit, pour eux, de se soustraire des autres, en l'occurrence de la famille, de la communauté, du cercle d'amis et du milieu professionnel. Ce repli est une réponse au sentiment d'abandon qui naît logiquement chez le survivant ou chez ses proches victimes d'isolement social. Il est nourri par une vie familiale, communautaire ou professionnelle transformée en « cauchemar » en raison de la Covid-19, mais également par un sentiment d'impuissance pour inverser les préjugés et autres stéréotypes à l'origine de l'isolement social. Un survivant de la Covid-19 témoigne de son expérience d'isolement social et de repli sur soi en ces termes :

« Jusqu'aujourd'hui, ça m'affecte parce qu'au fait depuis lors je vois que quand tu es vraiment dans les difficultés, c'est là tu vois la vraie personnalité de l'homme. Parce que où tu penses que tu as plus besoin de lui, c'est en ce moment-là que ces personnes t'abandonnent, c'est en ce moment que les gens te rejettent. Quelqu'un on dit il est...il est peut-être entre la vie et la mort, tu ne peux pas le blâmer, tu ne peux pas le chasser si tu tiens à cette personne (...) Aujourd'hui la communication n'est plus ça parce qu'ils savent plus ou moins que ...c'est pas moi qui les évite mais c'est eux qui se sentent gênés en ma présence c'est tout. (...) J'ai perdu l'habitude d'appeler, je reste plus dans mon coin. (...) Je suis beaucoup plus réservé, plus seul. Je ne suis plus beaucoup trop ouvert comme avant. »
[Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].

En outre, l'effet de la stigmatisation est perceptible au niveau économique. En situation d'isolement social ou de repli sur soi, le survivant Covid-19 ou ses proches détenteurs d'une activité économique (petit commerce, restauration, etc.) au sein de la communauté sont amenés, dans bien des cas, à la suspendre ou à la réaménager. Dans l'imaginaire des membres de la communauté, en effet, il est mal perçu d'effectuer des achats avec cette personne au risque d'être infecté. Sans clientèle, l'activité s'estompe, est interrompue ou menée par procuration le temps que l'isolement social et le repli sur soi se dissipent. Un survivant de la Covid-19 relate, à cet effet, la difficile expérience de son épouse, arbitrairement suspectée d'être infectée à cause de lui :

« (...) Ce que ma femme a vécu avec les enfants... Puisque je suis venu la trouver, elle a maigri, peut-être elle a perdu peut-être 15 kilos, peut-être 20... Mais ce qu'elle a beaucoup décrié c'était la stigmatisation, ce qu'elle aurait beaucoup moins supporté c'était la stigmatisation (...) Il y a ma femme qui faisait un petit commerce ... La marchandise qui était là c'était des produits frais. Il y en a qui était totalement gâté... Elle a donné d'autres à certaines personnes de vendre pour elle. Bon ! Naturellement elle ne pouvait plus rentrer dans ses fonds comme il se doit... ça été une perte honnêtement. » *[Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].*

6.2 Stigmatisation perçue : source de déni de la Covid-19 et de réticence vis-à-vis des centres de dépistage

En plus de l'isolement social, du repli sur soi et des perturbations de l'activité économique, la stigmatisation liée à la Covid-19 suscite, dans certains cas, un déni de la maladie, une réticence à suivre les mesures barrières et à fréquenter les centres de dépistage. Ces phénomènes se produisent particulièrement sous l'effet de la stigmatisation perçue. Celle-ci désigne la stigmatisation qui pourrait être consécutive à la reconnaissance et à l'acceptation de la maladie ou à la fréquentation des centres de dépistage. C'est une stigmatisation non avérée, mais conditionnelle que des personnes ou leurs proches redoutent éventuellement. A cet effet, l'un des survivants de la Covid-19 affirmait à propos de la réticence à aller se faire dépister de peur d'être victime d'éventuelles formes de stigmatisation :

« C'est la peur. C'est la peur parce qu'on nous montre les images ou les gens viennent, habillés de manière bizarre, quand on rentre on nous dit non avec ce que on a vu en Chine. On a mis tout un bâtiment, toute une ville en quarantaine. Donc si tu t'en vas faire le test que tu es positif...mais il faut reconnaître, c'est le regard des gens. Ils vont venir te prendre. Mais tout le monde va te regarder bizarrement. Donc personne ne voulait que je fasse le test. Ils me disent non c'est pas ça, qu'il y avait un déni, je dis non que moi je me connais, je connais mon corps de la façon ça me fait là c'est pas comme ça palu fait. » *[Entretien individuel avec un survivant de la Covid-19 issu de la population générale].*

Le déni de la maladie à corona virus intervient dans des contextes communautaires ou familiaux où la probabilité d'être stigmatisé en cas d'infection est très forte. Ainsi, il arrive que des personnes présentant des symptômes proches de ceux de la Covid-19 prennent le raccourci du déni plutôt que de procéder à un dépistage en règle pour identifier la pathologie. Cette attitude répond à la volonté individuelle de ne pas être stigmatisé au sein de la famille. De même, il arrive que des familles adoptent collectivement une posture analogue de déni et d'automédication pour éviter une stigmatisation de leurs membres au sein de la communauté. Dans un cas comme dans l'autre, la règle d'or reste la discrétion pour ne pas éveiller de soupçons. Le silence autour de son statut de malade, de proche de personne atteinte ou décédée de la Covid-19 ou encore

de prestataire de santé impliqué dans la prise en charge de cas de Covid-19 s'apparente ainsi à une stratégie d'anticipation d'éventuels risques de stigmatisation.

La réticence à la fréquentation des centres de dépistage Covid-19 comme résultat de la stigmatisation perçue s'explique par le refus d'être étiqueté comme porteur de la maladie. Lesdits centres sont souvent perçus comme des centres d'accueil des personnes infectées. En effet, des imaginaires ambigus construits autour de ces centres occultent, en réalité, leur fonction de « dépistage » pour ne retenir qu'une idée fausse très répandue : « des centres uniquement destinés aux personnes infectés par la Covid-19 ». Dans ces conditions, s'y rendre pour ne serait-ce que s'informer ou se faire dépister, c'est prendre le risque de se faire étiqueter au sein de la communauté comme une personne contaminée et, par conséquent, de s'exposer à la stigmatisation. Les extraits d'interview individuelle et collective ci-après attestent cet état de fait :

« Nous, on trouvait que c'était quelque chose (faire le test), c'était mal vu. Et puis tellement que on est connu, on va aller faire le rang pour faire test, on va croire que on est malade. C'est ça qui a fait que on était réticent pour le test. » [Entretien individuel avec un membre de famille d'une personne décédée de la Covid-19].

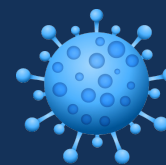
« Pour se lever pour aller volontairement sur le lieu de dépistage de Covid-là c'est compliqué (...) Ils vont te dire tu as quoi et puis tu t'en vas, tu te reproches quoi et puis tu t'en vas faire le test » [Groupe de discussion avec des personnes qui ne connaissent pas quelqu'un qui a eu la Covid-19].

Dans le cadre de la stigmatisation par défaut, notamment celle dont sont victimes les personnes qui respectent les mesures barrières, la conséquence qui peut en découler est la réticence de ces derniers à continuer de respecter les normes de prévention édictées. Car, si les mesures barrières déjà qualifiées de contraignantes sont perçues comme stigmatisantes parce qu'instaurant, au nom d'une protection sanitaire, une barrière sociale entre ceux qui s'efforcent de les respecter et leur entourage, les réticences à les respecter peuvent être grandes. Dans un tel cas, le respect des normes de prévention contre la Covid-19 ne pourrait être effectif que sous contrainte dans les espaces où ces mesures sont imposées. Moins qu'une prise de précaution contre la maladie, le respect des mesures barrières s'apparenterait, dès lors, plus à une formalité d'accès à des offres de service et à certains lieux.



7

Conclusions et recommandations



7.1 Conclusions

Cette étude a été menée dans le but de comprendre les perceptions, les formes, les origines et les conséquences de la stigmatisation liée à la Covid-19 dans le contexte ivoirien. Quatre conclusions se dégagent des résultats de l'étude.

Premièrement, les perceptions de la Covid-19 largement répandues au sein de la population sont teintées de connaissances approximatives et d'idées fausses qui enferment la maladie dans trois conceptions principalement : une maladie **i)** qui ne se transmet qu'aux occidentaux, **ii)** qui se prévient ou se traite par des décoctions localement fabriquées, et **iii)** qui, en réalité, n'existe pas en Côte d'Ivoire. Ces perceptions induisent, notamment au sein des masses populaires, l'émergence d'un rapport de banalité à la maladie qui se traduit, entre autres, par le relâchement des mesures barrières et l'évitement des centres d'accueil/dépistage de la Covid-19. Toutes choses qui comportent un sérieux risque de recrudescence de la pandémie en Côte d'Ivoire.

Deuxièmement, Six principales formes de stigmatisation ont été catégorisées selon les acteurs impliqués soit comme victimes (personnes stigmatisées), soit comme auteurs (porteurs de stigmatisation). Pour diverses que soient ses modalités d'expression, la stigmatisation vécue par les patients Covid-19, leurs proches ou les prestataires de santé reste épisodique et non permanente comme ça pourrait être le cas avec d'autres maladies (VIH, pathologies psychiatriques, etc.). L'expérience des survivants de la maladie laisse, en effet, percevoir que ces derniers étaient l'objet de stigmatisation au moment où ils vivaient la maladie et quelques temps après leur guérison. Il en est de même pour les prestataires de santé ou les proches des malades victimes de stigmatisation. Le cycle de la stigmatisation et celui de la maladie se trouvent ainsi enchevêtrés. Il est compris entre le moment où le statut de patient Covid-19 est su de l'entourage jusqu'à la guérison et la sortie de la quarantaine après les deux tests de confirmation. Si les attitudes stigmatisantes à l'égard des patients guéris ont été beaucoup rapportées par les participants à l'étude, elles finissent par s'étioler avec le temps à mesure que les idées fausses sur la Covid-19 se répandent au sein de la population. Ce d'autant plus que cette diffusion d'idées fausses se conjugue avec l'augmentation du nombre de guéris, et la stagnation du nombre de morts selon la communication journalière officielle des autorités sanitaires.

Troisièmement, en soubassement des formes de stigmatisation, culminent la peur de la contagion et les incertitudes ou le déficit d'informations sur la maladie, observés tant dans la population générale (proches, familles, communautés d'une personne infectée ou survivante de la Covid-19) que chez les prestataires de santé. La stigmatisation impliquant les soignants se fait dans un double sens. D'une part, les prestataires de santé sont victimes de stigmatisation de la part de leurs proches ou de la communauté. D'autre part, ils participent eux-mêmes à la

stigmatisation des patients Covid-19 ou de ceux suspectés comme tels du fait des symptômes associés à la Covid-19 qu'ils présentent. On peut faire l'hypothèse que la méfiance stigmatisante chez certains professionnels de santé, qualifiée habilement de « précautions », s'explique par le refus de prendre des risques dans un contexte où le plateau technique et les accompagnements pour une prise en charge optimale des malades Covid-19 restent lacunaires malgré les efforts consentis.

Quatrièmement enfin, comme pour toute flambée épidémique, l'apparition de la Covid-19 s'est accompagnée d'effets latéraux au rang desquels la stigmatisation se distingue par sa propension et ses impacts. Si l'on s'en tient au vécu de la stigmatisation par les acteurs dans leur variabilité, on serait tenté d'affirmer que la stigmatisation dont ils sont victimes se dissipe à mesure que leur guérison est constatée médicalement et acceptée socialement. On serait également tenté de dire que plus il y a une familiarisation sociale à la maladie, plus la gravité perçue de la maladie s'amenuise et moins on observe des cas de stigmatisons d'autant plus que les expériences de stigmatisation relevées datent pour la plupart du début de la pandémie. Toutefois, il convient de relever que les impacts de la stigmatisation pour les victimes sont patents et perdurent même après la déclaration de la guérison du malade. Autrement dit, les conséquences psychosociales de la stigmatisation pour les victimes, quelle qu'en soit la catégorie (survivants de la Covid-19, proches de survivants, proches de personnes décédées de la Covid-19, personnel soignant) s'étendent au-delà de l'épisode de la maladie et de la convalescence. Le poids de la stigmatisation pour les victimes dure donc longtemps.

7.2 Recommandations

Pour améliorer les perceptions de la Covid-19 dans l'imaginaire des populations, lutter contre les formes, les causes de la stigmatisation liée à cette pandémie et atténuer ses effets, il est recommandé :

Aux autorités sanitaires de :

- Réimprimer et augmenter les risques perçus liés à la Covid-19 dans l'imaginaire des populations par une redynamisation de la communication sociale autour des mesures barrières comme les seules mesures efficaces pour mitiger ces risques et pour protéger ses proches.
- Reconstituer le capital confiance des populations envers les centres d'accueil/dépistage Covid-19 en particulier et le système de santé en général, mais également envers le Gouvernement via la communication et la mobilisation communautaire, en vue de booster la fréquentation desdits centres.
- Développer des mesures d'accompagnement telles que la mise en œuvre d'un programme d'assistance morale et spirituelle dédié aux personnes infectées par la Covid-19, aux survivants et leurs proches victimes de stigmatisation pour les aider à en atténuer l'impact.

Aux partenaires techniques/financiers et aux organisations non gouvernementales de :

- Déconstruire les idées fausses largement répandues au sein des populations y compris ce que signifie être guéri, et certifier socialement la réalité de la maladie à travers une approche de communication multicanale et une série de mesures dont : **i)** des témoignages impliquant des figures connues et influentes parmi les survivants de la Covid-19 au sein des communautés, **ii)** l'extension des «certificats de guérison», **iii)** la mise en évidence des déviants positifs comme modèles, etc.
- Promouvoir, par l'information et la sensibilisation au sein des communautés, un modèle d'interactions sociales non stigmatisantes fondé sur trois piliers : **i)** l'appropriation de connaissances avérées et objectives sur la Covid-19, **ii)** la prise de conscience du risque élevé de contamination que le respect des mesures barrières atténue considérablement, **iii)** la mobilisation des connaissances avérées et du respect des mesures barrières comme ressources principales d'investissement dans les rapports sociaux quotidiens aussi bien avec les cas suspects, les survivants Covid-19 que leurs proches, de même que le soutien social constant envers les malades en vue de faciliter leur réintégration dans la communauté.
- Promouvoir par la sensibilisation au sein des communautés et des prestataires de santé, l'importance du soutien social envers les malades de la Covid-19 et leurs proches en rappelant que ces derniers ne doivent pas être abandonnés mais plutôt être assistés dans le respect des normes de sécurités biomédicales.

En plus de ces recommandations portant spécifiquement sur la lutte contre la stigmatisation liée à la Covid-19 (objet de la présente étude), il importe, pour les autorités sanitaires avec l'appui des partenaires techniques et financiers, de prendre quelques mesures d'accompagnement pour lutter contre la propagation de la maladie elle-même :

- Renforcer le plateau technique de la riposte contre la Covid-19 y compris des mesures d'accompagnement telles que **i)** l'augmentation des effectifs et la rotation du personnel de santé en vue de garantir une meilleure efficacité dans l'action, **ii)** un soutien moral soutenu aux prestataires de santé pour affermir leur force psychologique et leur motivation à poursuivre le combat contre la Covid-19, **iii)** la mise en place d'un cadre de collaboration transparent dédié spécifiquement à la Covid-19 entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle pour la promotion de la prévention et pour la référence des cas suspects.
- Amorcer une communication hâtive et active autour de la vaccination contre la Covid-19 pour clarifier : **i)** comment un vaccin a pu être développé en si peu de temps, **ii)** le processus de sa validité et **iii)** son efficacité tout en insistant sur le fait que le vaccin est administré à titre préventif (pour prévenir la maladie) et non curatif (pour traiter ou guérir la maladie).
- Reconnaître officiellement les obstacles économiques à la mise en œuvre des mesures de protection et initier des réponses efficaces pour les surmonter.





