

COVID-19 : RÉCEPTION DE LA COMMUNICATION PUBLIQUE ET ACCEPTABILITÉ DES MESURES SANITAIRES AU SÉNÉGAL

Sokhna-Fatou SECK-SARR
Département Communication
Université Gaston Berger de Saint-Louis
sokhna-seck.sarr@ugb.edu.sn

Résumé : Cet article analyse la communication du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal auprès des « publics institutionnels » lors de la pandémie du Coronavirus. L'étude s'appuie sur les théories de la réception et de l'acceptabilité sociale combinée à des enquêtes quantitatives avec une approche qualitative et une observation non participante. Elle est menée à l'échelle des « territoires » ruraux, périurbains et urbains afin de cerner la manière dont les mesures sanitaires « universelles » rencontrent des dynamiques locales préexistantes. Les résultats démontrent que l'environnement informationnel, les réalités socio-économiques et territoriales des publics ne sont pas suffisamment intégrés comme en témoignent la réception limitée des supports écrits, les barrières sémiolinguistiques, les perceptions religieuses sur l'origine l'inacceptabilité de la distanciation sociale et des restrictions interurbaines. *In fine*, il apparaît que la démocratie sanitaire *reste* un défi à relever dans les stratégies de communication de santé publique.

Mots-clés : Réception, acceptabilité, communication de santé publique, Covid-19, démocratie sanitaire

COVID 19: RECEPTION OF PUBLIC COMMUNICATION AND ACCEPTABILITY OF HEALTH MEASURES IN SENEGAL

Abstract: This article examines the communication from the Senegalese Ministry of Health and Social Action's among 'institutional audiences' during the Coronavirus pandemic. The study is based on theories of reception and social acceptability, combined with quantitative surveys, a qualitative approach and non-participant observation. The research is being carried out on the scale of rural, peri-urban and urban 'territories' in order to study as closely as possible how 'universal' health measures meet pre-existing local dynamics. The results show that the information environment and the socio-economic and territorial realities of the public are not sufficiently integrated, as shown by the limited reception of written material, semiolinguistic barriers, religious perceptions of origin, the unacceptability of social distancing and interurban restrictions. Ultimately, it appears that health democracy remains a challenge in public health communication strategies.

Keywords: Reception, acceptability, public health communication, Covid-19, health democracy

Introduction

Prenant acte de la dimension symbolique, selon laquelle la communication est une composante de l'action publique (Ollivier-Yaniv, 2013), les campagnes de communication de santé publique demeurent essentielles avec pour objectif « de transmettre, grâce à un dispositif de communication médiatique, des informations à des publics cibles dans le but de créer, de renforcer ou de modifier certaines attitudes susceptibles d'instaurer des

comportements davantage bénéfiques pour la santé » (Courbet, 2003). Ainsi dès la survenue des premiers cas de Covid-19, les gouvernements « ont imposé des mesures préventives, qu'elles soient comportementales, telles que le port de masques, la distanciation physique, la désinfection des mains et les couvre-feux pour empêcher les activités collectives, ou qu'elles soient légales, sous la forme de contraventions pour non-port de masque ou non-respect du couvre-feu » (Romeyer et Fox, 2021). Au Sénégal, le premier cas de Covid-19 a été confirmé le 02 mars 2020, aussitôt après le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) a déployé un plan de riposte afin de juguler la propagation du virus. Cette riposte s'inscrit dans la communication sur les risques sanitaires. Il est pertinent d'analyser comment les institutions publiques cherchent à « imposer des normes comportementales » (Ollivier-Yaniv, 2021) voire des mesures « universelles » (Cambon et al., 2021). Dans le cadre de la campagne de communication sur le coronavirus ce qui interpelle le plus c'est d'une part, la transformation des relations entre les institutions sanitaires et la société à travers « des dispositifs communicationnels, persuasifs et individualisants » (Ollivier-Yaniv, 2023), d'autre part, les phénomènes de réception et d'appropriation liés à des dispositifs contraignants émanant des groupes institutionnels, qui détiennent le pouvoir. Une autorité qui semble s'étioler à travers les controverses et les résistances sociales (Diakhaté et al., 2021; Congo et Guiré, 2020; Faye, 2020; Palé et Ahizi, 2022) combinées aux capacités de contournement et de réflexivité des gens ordinaires (Ollivier-Yaniv, 2018). Dans la continuité de ces travaux, cet article porte spécifiquement sur les expériences de réception de la communication du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale (MSAS) du Sénégal auprès des « publics institutionnels » (Ollivier-Yaniv, 2023). Il tente de prendre en compte les « inégalités d'accès aux informations et aux connaissances, les inégalités sociales » dans le processus d'appropriation des messages (Hauray, 2020) voire les limites de l'acceptabilité sociale des mesures sanitaires. En d'autres termes, la campagne de communication menée par le ministère a-t-elle pris en compte les diversités informationnelles et les réalités socio-culturelles ? Si l'acceptabilité sociale s'avère limitée, quelles en sont les raisons communicationnelles ? L'article postule que la communication du MSAS semble ne pas avoir pris en compte l'environnement informationnel, les réalités socio-culturelles et territoriales des publics comme en témoignent les expériences de réception diversifiées et l'inacceptabilité sociale de certaines mesures.

1. Cadre théorique et méthodologique

L'étude des réceptions des messages et des mesures sanitaires combinée aux caractéristiques de l'acceptabilité sociale constitue le cadre théorique de cet article.

1.2 Ancrage théorique

Les sciences de l'information et de la communication ont apporté un éclairage intéressant sur des objets de recherche liés à la santé publique. Ainsi, dans une perspective canonique, les rapports entre l'émetteur de la communication de santé publique et le récepteur pointent le fait que ce dernier est souvent doté d'une littéracie sanitaire faible (Rudd, 2007) ou limité par la compréhension de la langue (Sudore et al., 2009). Les recherches sur les canaux de diffusion postulent que le type de canal de diffusion du message influe sur sa réception (Coiera, 1996). Les travaux récents sur les usages des réseaux sociaux numériques par les institutions publiques (Park, Reber et Chon, 2016) pointent le phénomène de l'infodémie

et de la désinformation (Viallon et al., 2021; Berriche, 2021 ; Wardle, 2017b). Quant aux études portant sur l'exposition et la réception de la communication de santé publique (Schroeder, 2007), elles se limitent le plus souvent aux notions d'adhésion et de non-adhésion (Sabate, 2001). Concernant la pandémie du coronavirus, la pluralité des travaux témoigne de la diversité des formes d'appropriation de la communication (Cabedoche et Ngono, 2023). En sus des stratégies des gouvernements (Ollivier-Yaniv, 2013 ; Amey et Salerno, 2020), les recherches ont abordé les enjeux de la démocratie sanitaire (Carillon et al., 2021; Ollivier Yaniv, 2023). Rares sont les études qui traitent de la compréhension et de l'appropriation des campagnes de santé publique (Jacquez et Rouquette, 2023).

Concernant le courant de l'acceptabilité sociale (Chaskiel, 2018; Batelier, 2015), l'étymologie du mot lié au verbe « accepter », qui signifie « se soumettre, subir, se résigner, supporter » renferme une connotation plutôt négative (Grand Robert, 2018). En outre, les sociologues étudiant l'acceptabilité sociale en temps d'exception font une distinction forte entre « acceptabilité » et « acceptation ». La première cherche à évaluer par anticipation les attitudes et les usages futurs d'un dispositif, la deuxième porte plutôt sur des pratiques et décisions déjà prises (Robles et al., 2023 Robles et al., 2023). Ces derniers soulignent que l'acceptation s'inscrit dans des logiques politiques plus « conventionnelles » consistant à comprendre des contestations possibles (Gendron, 2014). Or, l'acceptabilité reposerait sur un dialogue entre « parties prenantes », ou du moins, sur la prise en compte de leurs attitudes (Robles et al., 2023). En référence à Batellier (2015, 62) « il s'agit là de deux types de réponses du public et indirectement, d'idéal à viser, très différents l'un de l'autre ». Selon Yaniv Ollivier (2023) la catégorie « acceptabilité sociale », relève d'une conception fonctionnaliste et utilitariste ignorant la diversité sociale et informationnelle. A cet effet, elle préconise de prendre en compte les « publics institutionnels » (Ollivier-Yaniv, 2023) à la place des « cibles », lesquelles sont construites de manière plus ou moins rationalisée dans la fabrication des politiques publiques (Gourgues et Mazeaud, 2018). Les publics sont ici envisagés, comme des « personnes et les groupes sociaux qui font l'expérience, dans une posture de réception, des informations et des recommandations émanant d'institutions qui visent à réguler et à normaliser leurs comportements et leurs discours, plutôt qu'à les contraindre de manière frontalement autoritaire (Ollivier-Yaniv, 2018). Raison pour laquelle, le public est « appréhendé comme participant à un environnement informationnel composé de multiples sources d'information, délivrant des messages aux finalités parfois contradictoires, utilisant des moyens communicationnels divers et au sein duquel, [la campagne de communication] n'occupe qu'une place marginale (Kivits et al., 2014, p. 152). L'enjeu théorique ici consiste donc à mettre la notion d'acceptabilité sociale à l'épreuve d'une analyse des formes de réception diversifiée des mesures sanitaires.

1.2 Méthodologie

Dans le cas de cette recherche, le choix a été fait de combiner des enquêtes quantitatives avec une approche qualitative inductive et une observation non participante afin de mieux saisir les modalités de réception des mesures sanitaires. L'étude s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale menée par le programme 100Mille étudiants¹ contre la Covid-19 sur une diversité de thématiques de recherche : éducation, droits et libertés, violences

¹ [Sénégal : Programme Cent Mille Étudiants Contre le COVID-19 \(auf.org\)](https://auf.org/)

basées sur le genre, structures sanitaires et communication. L'étude s'est déroulée au lendemain des fêtes de l'Aïd El Kabir coïncidant avec une recrudescence de la maladie et prend en compte la période de mars à août 2020, lorsque le premier cas de Covid a été enregistré au Sénégal. Des enquêteurs locaux inscrits au niveau Master ou Doctorat en sciences humaines et sociales ont été recrutés, formés et répartis dans les différentes zones. Sur le questionnaire global, 23 sur les 121 questions sont en lien avec la communication. Elles portent sur les sources d'information de confiance, les supports et langues privilégiés, la connaissance de la maladie, la réception des messages et la cohérence des mesures sanitaires. Enfin le questionnaire aborde sous forme de réponses ouvertes les avis et points de vue *sur ce qu'il aurait fallu faire*. L'approche retenue est celle appliquée au sondage et aux « enquêtes de rue ». Les enquêteurs ont sélectionné des unités d'observation caractéristiques des populations étudiées, (chef de famille, mère de famille, chômeurs, jeunes, marchand ambulant, commerçant, leader religieux, relais communautaires, agent de sécurité, tabliers, femme de ménage). Les questionnaires ont été administrés au moyen d'un formulaire *Survey Monkey*. L'enquête qualitative (Kivits *et al.*, 2014) a opté pour un échantillonnage stratifié non proportionnel (Cossette, 2016) afin que les catégories de la population intéressées soient représentées en nombre suffisant. Toutefois « certaines strates sont sur-représentées par rapport à leur proportion réelle dans la population » du fait d'un critère important : *le lien avec la communauté*. Ainsi, les leaders religieux du fait de leur lien spirituel et les relais communautaires en raison de l'expérience en santé communautaire constituent en priorité l'échantillon. A cet effet les enquêteurs ont interrogé, de manière flexible mais approfondie, à travers des séries de questions-guides, relativement ouvertes sur le choix des supports, des messages, des langues de diffusion, l'acceptabilité des mesures sanitaires et les préconisations pour améliorer la communication. Les entretiens se sont déroulés en présentiel et les données enregistrées avec l'accord des personnes enquêtées. Les grilles d'observation (40 au total) ont complété le corpus des données. L'observation directe constitue une méthode essentielle pour enregistrer les phénomènes sociaux au moment et à l'endroit où ils se manifestent (Serra Mallol, 2016). Les catégories de recueil qui sont mobilisées (Chapoulie, 2000) précisent le contexte (date, heure d'observation et description du lieu), vérifient l'application des mesures sanitaires dans les lieux publics (transports en commun, marchés, commerces, rassemblements culturels et culturels). L'observation s'est déroulée dans des moments jugés critiques de forte affluence et a permis de recenser les mesures sanitaires peu intégrées, les cadres de résistance, les moyens de contournement au regard des réalités du terrain.

L'étude a été menée à l'échelle des « territoires » ruraux, périurbains et urbains afin d'étudier au plus près la manière dont ces mesures sanitaires « universelles » rencontrent des dynamiques locales préexistantes (Robles *et al.*, 2023). La recherche s'est déroulée dans les régions de Dakar, Ziguinchor, Tambacounda et Diourbel. Le choix de Dakar procède d'une évidence car il s'agit de la ville la plus peuplée du pays, avec un fort taux de propagation du virus. Diourbel était, la deuxième région la plus touchée par l'épidémie avec le *cluster* communautaire de Touba. Ziguinchor et Tambacounda sont des régions moins touchées par la pandémie. Dans chaque région, le principe était de retenir les districts les plus touchés et les districts les moins touchés de mars à juillet 2020. Ainsi sur les trente-cinq (35) districts sanitaires du Sénégal touchés au 01 août 2020, dix (10) sont choisis, soit près d'un tiers. Au total, 9054 individus ont été enquêtés et 200 interviewés afin « d'atteindre la saturation des données, c'est-à-dire le seuil d'entretiens à partir duquel les nouvelles interviews n'apportent

pas de connaissances supplémentaires aux connaissances déjà acquises » (Jacquez et Rouquette, 2023). Les personnes dont il est apparu pertinent d'analyser les expériences de réception appartiennent globalement au secteur informel (25,35%) avec un revenu faible (56,92%), habitant les régions (56,14%) et préférant interagir en langue locale (79,41%). L'échantillon englobe un large éventail socioprofessionnel constitué de commerçants (25,35%), de travailleurs indépendants (25,32%), d'étudiants (11,64%), de travailleurs domestiques (10,98%). Afin de vérifier les disparités, l'analyse a mis le focus sur les femmes (40,88%), les jeunes (34,27%) et les personnes âgées (7%). Les personnes enquêtées se répartissent dans les districts sanitaires comme suit :

	Femme	Homme	Total
Bambey	422	669	1091
Dakar Ouest	506	628	1134
Dakar Sud	402	508	910
Diouloulou	281	626	907
Goudiry	372	406	778
Guediawaye	490	490	980
Keur-Massar	407	540	947
Makacoulibantang	180	347	527
Touba	307	460	767
Ziguinchor	334	679	1013
Total	3701	5353	9054

Tableau 1 : Répartition des individus interrogés par district

Les résultats obtenus sont structurés en trois parties. La première se focalise sur les expériences de réception. La deuxième analyse les perceptions sur la maladie et les mesures sanitaires. La troisième propose des pistes communicationnelles pour améliorer la stratégie de communication de santé publique.

2. Expériences de réception diversifiées de la communication

L'analyse de la réception s'est focalisée sur les sources d'informations privilégiées ou jugées inadaptes, les canaux crédibles et moins crédibles. Selon la pertinence, les écarts notés au niveau des réponses sont mis en exergue.

2.1 La réception privilégiée des supports oraux

D'après les résultats consolidés, la radio constitue la première source d'information 33.50%, suivie par la télévision 32.91% et l'Internet se positionne en troisième place 27.31 %. On note cependant des disparités. La radio est plébiscitée par les régions à hauteur de 39,02% tandis que la télévision arrive en première position à Dakar avec 40,99%. Ces écarts peuvent s'expliquer par le manque ou l'insuffisance de couverture en fréquence hertzienne, en électricité et en internet au niveau des régions.

«Je choiserais la radio parce que dans notre zone ici, beaucoup n'ont pas la télé chez eux [...] Le Ministère oublie que ce n'est pas toute la population qui a le temps de suivre les journaux télévisés ou d'écouter les émissions radios » [...] Le problème se trouve chez les gens qui n'ont ni électricité ni radio ou télé... » (Extraits entretiens Makacoulibanta et Diouloulou).

On note aussi quelques variations selon le sexe ou la tranche d'âge. Ainsi chez les femmes, la TV se positionne en première place (40,99%), suivie de loin par la radio (28,30%). Pour les jeunes, l'Internet constitue la première source d'information (45,58%) et ils écoutent rarement la radio 10,26%. Or la communication du MSAS sur Internet n'a pas été bien conduite hormis la diffusion des communiqués. Toutefois, l'Internet à travers Facebook (32,92%) et WhatsApp (29,21 %) apparaissent comme les sources d'information les moins crédibles. La plupart des enquêtés accordent davantage de confiance aux télévisions et aux radios privées (avec respectivement 52,97% et 38,48%). Une explication semble justifier ce choix car les médias dits de service public sont souvent étiquetés médias d'État (assurant la propagande du gouvernement).

2.2 Réception limitée des supports écrits

Malgré leur présence en nombre dans les lieux publics, les affiches (7,34%) ont très peu retenu l'attention (cf. Tableau 2). Les affiches à travers les images entraînent une interrogation sur le sens à donner à l'image « dont le lecteur peut choisir certains et en ignorer d'autres » (Barthes, 1964, p. 44). L'usage de la langue française au niveau des affiches constitue une contrainte qui a fortement biaisé la réception des messages. Ces barrières sémiolinguistiques combinées à un vocabulaire complexe « cas communautaires, cas contacts, cas importés etc. » ont aussi limité la réception du communiqué journalier du MSAS (29,20%). Or la « compréhension d'un message passe toujours par l'adoption d'un vocabulaire adéquat, à la fois suffisamment précis pour informer sans déperdition mais également suffisamment connu pour être compris du grand public » (Jacquez et Rouquette, 2023).

La majeure partie de communication du Ministère tourne autour du communiqué de 10h [...]. On y entend parler que de chiffre et rien de plus » (Jeune homme, Dakar).

Le Sénégalais croit à ce qu'il voit. Dans les communiqués, on nous parle souvent de décès alors qu'on ne voit rien. [...] Beaucoup disent que ce n'est pas la vérité (Mbajenu Goxx, Ziguinchor).

CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Post sur les réseaux sociaux	11.68%	533
Affiches et tracts	7.34%	335
Spots télé	43.97%	2,006
Spots radio	39.94%	1,822
Communiqués	29.20%	1,332
Discours du Président de la République	11.27%	514
Autres	2.87%	131
Aucun	3.88%	177
Ne sait pas	3.92%	179
Ne répond pas	1.58%	72
Nombre total de participants: 4,562		

Tableau 2 : Niveau de connaissances des supports de communication du MSAS

Les discours du Président de la République restent aussi très peu suivis et appréciés (11.27%).

« Mais ce que je déplore dans son dernier discours est le fait qu'il nous a dit de vivre avec le virus en tant que notre Président. Quel que soit le cas, il devait nous rassurer au lieu de nous abandonner avec le virus » (Femme, district de Bambey).

Ainsi selon l'environnement informationnel, le sexe, l'âge, le lieu d'habitation ou le niveau de langues, les expériences de réception sont diversifiées entraînant des divergences de points de vue sur la maladie et les mesures sanitaires.

3. Perceptions sur la maladie et les mesures sanitaires

A l'instar des controverses qui ont entouré la pandémie du coronavirus, les divergences de points de vue concernent l'origine de la maladie et les mesures sanitaires contraignantes.

3.1 Covid-19 comme une punition divine

Ainsi selon les données quantitatives consolidées, les avis sont partagés entre maladie divine (27,12%), virus d'origine naturelle (24,41%) et virus fabriqué en laboratoire 21,17%. Contre toute entente les régions situées hors de Dakar plus ancrées dans les croyances religieuses, avancent timidement l'hypothèse d'une origine naturelle 26,12% suivie de près par le postulat religieux 25,73%. Lorsque que l'on évoque une origine naturelle « il s'agit d'un virus de zoonose capable d'infecter l'homme et de provoquer une pandémie donc possédant la capacité de se transmettre immédiatement et très efficacement d'homme à homme » (Banoun, 2022). Comme ce fut le cas avec l'épidémie d'Ebola durant laquelle le Sénégal a été épargné. Par contre, un tiers des jeunes pense que le virus est fabriqué en laboratoire (31,96%). L'origine artificielle ou synthétique, avance l'idée « d'un virus provenant de la chauve-souris qui a été cultivé en laboratoire (sur des lignées cellulaires et chez des animaux) et qui

s'échappe du laboratoire » (Banoun, 2022). « La visite, très encadrée, du laboratoire de Wuhan [...] menée par des représentants de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), [renforce] les présomptions sérieuses de dissimulation d'informations essentielles concernant l'origine de la pandémie » (Parrochia, 2021.) Selon Hélène Banoun, il « existe donc un faisceau d'arguments forts [...] tendant tout à fait compatibles avec l'hypothèse d'un accident de laboratoire » (2022). Ce type de littérature et de discours accessibles sur Internet et largement diffusés sur les réseaux socionumériques trouvent un écho favorable auprès des jeunes. Les personnes âgées, de même que les femmes, les habitants de Dakar abondent dans le sens d'une « punition ou une malédiction divine » avec respectivement 39,08%, 29,78% et 28,87%.

Cette pandémie est une malédiction divine parce que depuis le début de la pandémie, des mesures conservatoires ont été prises pour protéger les populations, comme la fermeture des mosquées, des Églises, etc., mais ces mesures n'ont pas empêché le virus de se propager. Le seul remède envisageable contre le fléau sanitaire, c'est le retour à Dieu et aux prières.

Diéye et Sow (2021)

En plus de conforter l'hypothèse d'une punition divine, les fidèles fustigent certaines mesures édictées par les gouvernements y compris celle consistant à fermer les lieux de culte sans consultation préalable des chefs religieux.

3.2 Mesures sanitaires pénibles et inappropriées

Les mesures individuelles consistant à porter un masque, ou se laver les mains sont mieux perçues que celles collectives restreignant les libertés de culte ou de déplacement. En effet, dès leur annonce des attitudes de défiance et de résistance ont été observées sous diverses formes : prières collectives dans les mosquées, manifestations contre le couvre-feu, rassemblements au niveau des lieux de loisirs et des marchés. Ces attitudes montrent d'une part qu'une frange de la population n'est pas favorable aux mesures édictées et n'est pas disposée à les respecter. En effet, près de la moitié (40,23%) des personnes interrogées avouent ne pas respecter les mesures édictées par les autorités publiques. Ce non-respect est plus perceptible chez les jeunes 47,17%, les femmes 37,25% et au niveau des districts régionaux 43,64%.

CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Port de masque	12.22%	536
Lavage régulier des mains	5.77%	253
Distance physique	21.40%	939
Restriction des déplacements	18.17%	797
Couvre-feu	4.60%	202

Tableau 3 : Mesures sanitaires non respectées

La « distance physique » avec un pourcentage de 21,40% (cf. Tableau 3) constitue la mesure la plus pénible à appliquer en raison des habitudes de rassemblements et du contexte

d'habitation. Elle est plus accentuée chez les jeunes 23,38%, les femmes et les districts 20,36% et moins perceptible chez les personnes âgées 17,18%. Dans la cadre de l'application de cette mesure, la fermeture des lieux de culte a été décrétée. Une décision fustigée par les disciples musulmans :

Dieu [...] quand Il verra que nous avons fermé les mosquées, il nous enverra un autre virus plus virulent. [...] Le fait de ne pas prier dans les mosquées, c'est très stressant et peu rassurant. C'est pourquoi nous sommes affectés psychologiquement par la fermeture des mosquées et nous nous rebellons contre les forces de d'ordre (Imam, Mosquée).

L'observation directe sur le terrain a montré que les fidèles continuaient à fréquenter les mosquées sans respecter les mesures de distanciation. Le même constat est fait au niveau des garages et marchés hebdomadaires et avec des jeunes qui avaient organisé un match de football,

« Comme vous le savez dans un match de foot il est impossible de respecter la distanciation » (Maka, Tambacounda)

« ... Quant à la distanciation n'en parlons pas. Les voitures ne sont pas limitées et même les charrettes transportent les gens sans tenir compte du nombre. (Goudiry, Région Tambacounda)

Dans une posture réaliste ce jeune confirme que la distanciation sociale est incompatible avec les réalités africaines.

« par rapport aux rassemblements, c'est bien beau mais c'est dur encore en Afrique parce que nous avons des familles élargies ; [...] comment ils vont manger, c'est dans un bol, déjà c'est un rassemblement... » (Jeune, Dakar)

Il apparaît que la distanciation sociale appliquée de manière autoritaire, reste difficile à observer dans « les centres urbains, les banlieues où la proximité sociale est dense dans les maisons, les quartiers, les marchés publics, les transports en commun » (Faye, 2020). Par ailleurs même si les arrestations et les contraventions ont facilité le respect du couvre-feu, cette mesure a véritablement exacerbé les jeunes. Diéye et Sow font remarquer que le couvre-feu « a été introduit sans communication claire à l'endroit des populations, comme si tout le monde savait de quoi il allait s'agir. Or les jeunes défiant les forces de l'ordre expérimentent cette mesure pour la première fois. Ils ne savent pas ce que c'est, pourquoi on le fait, comment ça se passe et combien de temps cela peut durer » (2020). Les restrictions des déplacements nocturnes et ceux diurnes sont aussi jugées pénibles .

« Je suis d'accord pour toutes ces mesures sauf l'interdiction des transports interurbains » (Femme, Touba)

Par ailleurs, dans un pays où la majorité de la population dépend à 90 % de l'économie informelle, interdire les déplacements est un moyen de créer un autre « drame social » plus grave que la pandémie (Faye, 2020). En définitive, c'est la pénibilité et leur déphasage avec les réalités socioculturelles et économiques qui limitent l'acceptabilité ou l'acceptation de ces dites mesures.

4. Ressorts communicationnels à améliorer

Que pensez-vous de la stratégie de communication déployée par le ministère de la santé ? Selon vous qu'aurait-il fallu faire ? Des pistes aussi bien sur la forme des messages et des supports mais aussi sur le fond de la stratégie de communication sont préconisées. La majorité des personnes interrogées pense que « *La stratégie de communication doit être améliorée* ». Sur le comment, la traduction des messages en langue locale figure en priorité 34,05%, suivie par communiquer « autre » 27,59% (cf. Tableau 4). Les catégories personnes âgées 51,16%, femmes 33,99%, et régions 45,5% sont plus orientées vers les langues locales. Toutefois les jeunes préconisent d'autres actions communicationnelles 27,96% de même que les femmes 22,98%.

CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Traduire les messages en langue locale	34.05%	269
Vous donner des supports en image	4.30%	34
Vous parler directement	12.91%	102
Vous montrer comment agir	14.30%	113
Autre	27.59%	218
Ne répond pas	6.84%	54
TOTAL		790

Tableau 4 : Recommandations pour améliorer les messages

4.1 Langues locales et supports moins conventionnels

Saussure (1995) définit la langue comme « un système organisé et doué d'une fonction sociale. ». Legendre considère la langue comme « un système par le biais duquel les membres d'une communauté [...] communiquent entre eux et s'identifient culturellement » (2005, p.825). La langue désigne donc un système de communication entre les acteurs sociaux. Au Sénégal, on dénombre une pluralité de langues véhiculaires, codifiées ou non à côté du français, la langue officielle. Issa constate que « ces langues restent confinées dans la marginalité par rapport à la vie des institutions de l'État ; leur emploi se limite aux milieux familiaux et ruraux (2014). Pour autant Diatta pense que « la communication déployée dans la sensibilisation par rapport à la maladie et aux mesures barrières en milieu urbain comme rurale s'est fortement appuyée sur les ressources linguistiques locales » (2021). L'on se demande alors pourquoi cette forte demande de traduire les messages en langues locales ?

« émissions faites dans différentes langues qui rendent accessibles les messages véhiculés. [...] « Tout le monde n'est pas instruit, tout le monde n'a pas de radio, tout le monde n'a pas de télé et tout le monde ne parle pas la même langue »

En réalité la barrière linguistique se situe au niveau de la lecture des messages écrits en langues locales, inaccessibles mêmes pour ceux qui s'expriment dans ces langues. L'approfondissement de cette piste consisterait plutôt à préconiser une communication orale dans ces langues locales et sur des supports moins conventionnels

« ... les sketches avec nos différents artistes ; des tournées avec les artistes les plus écoutés au Sénégal »

« organiser des causeries et des sensibilisations parce qu'avec ça, ces gens connaîtront vraiment que la maladie existe ».

« travailler en collaboration avec les sites internet qui sont le plus suivis par les populations, pour faire passer les messages ».

Des auteurs suggèrent dans ce sens, d'intégrer les langues locales « par le biais des agents de santé communautaires et des leaders communautaires » (Mylène et Brou, 2020).

4.2 Impliquer les religieux et les acteurs communautaires

Pour rappel les personnes interrogées considèrent la maladie comme « une punition ou une malédiction divine » raison pour laquelle, elles ont prêté une oreille attentive aux religieux.

« les masques beaucoup les ont portés grâce à Serigne Mountakha [...] même sans écouter les messages du Ministère de la santé- on doit respecter les mesures car c'est lui notre guide et nous suivons ses pas » (Fidèle, Touba).

Ce sont des mesures d'hygiène et de propreté et le Prophète (SAWS) nous dit que la propreté fait partie des actes d'adoration (Maître coranique, Touba).

Les données confirment la confiance envers les religieux 17,66% (femmes 15,63% ; régions 19,53%) en défaveur du gouvernement.

« dans notre culture sénégalaise nous aimons les leaders religieux et nous les écoutons. Donc ils sont les plus aptes à diffuser les messages et à se faire entendre (Imam, Touba)

Concernant les acteurs de la santé communautaire, ils se sont engagés précocement dans la lutte contre la Covid-19 et se sont inspirés de ce qui avait fonctionné contre d'autres épidémies, comme celle du VIH ou celle du virus Ebola (Carillon et al.2021). D'où les suggestions consistant à :

« cibler les organisations de jeunes, des femmes, d'autant plus que les Badjénou gookh sont déjà là, il y a aussi les associations de jeunes (ASC). Donc il n'y a pas plus pertinent et plus objectif que les associations de jeunes ».

« créer des comités de quartiers, responsabiliser les chefs de quartiers pour qu'ils descendent sur le terrain parce qu'ils ne font rien à part récupérer les aides de la Covid ; sucre, riz, etc. ».

A y regarder de plus près ces ressorts communicationnels renvoient à deux problématiques communicationnelles : la communication de proximité et l'implication des parties prenantes. En effet, le constat est que les initiatives communautaires « ont été entravées à la fois par les cadres du gouvernement sénégalais et ceux issus des institutions de santé globale. Une situation exemplaire des limites de la démocratie sanitaire » (Carillon et al. 2021).

Conclusion

A l'issue de cette recherche sur les expériences de réception de la communication, les perceptions de la maladie et des mesures sanitaires, ce travail montre les limites communicationnelles d'une stratégie qui occulte l'environnement informationnel, les réalités socioculturelles et territoriales des publics institutionnels. Malgré la démultiplication des

supports de communication, la plupart des canaux de communication n'atteignent pas un taux d'usage de 50%. Même si la radio et la télévision sont plébiscitées, l'accès dans les zones rurales reste limité. Il en est de même pour l'internet privilégié par les jeunes mais jugé moins crédible par les publics. On retient que les supports de communication oraux sont plus adaptés que les supports écrits lesquels font face à des barrières sémiolinguistiques. Il est à l'évidence que « le contexte informationnel » n'est pas pris en compte (Jacquez et Rouquette, 2023). En outre, l'expérientiel est ignoré, puisque 85,96% des jeunes, 85,08% des femmes, 86,44% des personnes âgées, 91,60% des régions et 88,08% des travailleurs du secteur informel n'ont pas d'expériences directes avec la maladie d'où les doutes concernant l'existence et l'origine de la Covid-19. A ce niveau l'hypothèse d'une punition ou d'une malédiction divine reste plus partagée et les publics accordent davantage confiance aux religieux. Or la stratégie de communication n'a pas intégré, sinon tardivement la dimension religieuse. Les mesures « universelles » de distance physique, de couvre-feu, de restrictions des déplacements sont jugées pénibles en raison de contraintes socio-culturelles, socio-économiques et de terrain. Il apparaît que ces mesures se situent en déphasage avec « le contexte de vie quotidienne des récepteurs et réceptrices » (Jacquez et Rouquette, 2023) d'où les résistances. Mais en réalité « la pseudo- « défiance » relève de mécanismes sociaux et communicationnels » (Ollivier-Yaniv, 2023). En effet, c'est le modèle de l'information des parties prenantes (*stakeholder information strategy*) fondé sur une communication unilatérale; qui semble être décrié (Morsing et Schultz, 2006) avec un pouvoir décisionnel s'exerçant sur un mode descendant (Fraser et al. 2022). Afin d'améliorer la stratégie, les défis communicationnels tendent vers l'intégration des langues locales à travers des supports moins conventionnels et par le biais d'acteurs communautaires et de leaders religieux. L'usage des langues locales comblerait « le fossé entre ceux qui ont accès à l'information et ceux n'y ont pas accès » (Mylène et Brou, 2020), mais leur appropriation suppose de pouvoir lire ces langues locales. Le vocabulaire aussi devrait être simplifié puisque « le parti pris d'une communication technique et scientifique rend les explications trop complexes pour une partie significative des personnes interrogées » (Jacquez et Rouquette, 2023). En définitive il paraît opportun d'envisager une perspective socioconstructiviste, où l'acceptabilité sociale est davantage une question de valeurs et de croyances partagées y compris religieuses. Ce postulat rejoint l'approche de la démocratie sanitaire (Simon, 2022) en situation de crise sanitaire. Les contraintes du questionnaire national, n'a pas permis d'approfondir ce nouveau paradigme de « santé publique conçue avec la société, fondée sur la connaissance des « inégalités sociales et territoriales » [...] comme en matière d'appropriation [...] rendant compte des individus en termes d'« autonomie » et de « consentement éclairé » Ollivier-Yaniv (2023).

Références bibliographiques

- Batellier, P., (2015): Acceptabilité sociale. Cartographie d'une notion et de ses usages. *Cahier de recherche*. Montréal: Les publications du Centr'ERE.
- Berriche, M. (2021). En quête de sources: Preuves et mises à l'épreuve des internautes dans la controverse vaccinale sur Facebook. *Politiques de communication*, (1), 115-154.
- Cabedoche, B., et Ngono, S. (2023). *Communication et Covid-19 en Afrique: Action publique, médiatisation, croyances populaires*. Éditions L'Harmattan.
- Cambon, L., Bergeron, H., Castel, P., Ridde, V., & Alla, F. (2021). Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé. *Global Health Promotion*, 28(2), 92-95.

- Carillon, S., Hane, F., Ba, I., Sow, K., & Desclaux, A. (2021). La réponse communautaire à la pandémie de Covid-19 au Sénégal: un rendez-vous manqué? *Mouvements*, (1), 92-103.
- Chapoulie, J.-M. 2000. Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie. *Sociologie contemporaine*, n° 40, p. 5-27
- Chaskiel, P. (2018). Acceptabilité sociale. *Publictionnaire. Dictionnaire encyclopédique et critique des publics*.
- Coiera, E. (1996). Clinical communication: A new informatics paradigm. Proceedings of the 1996 AMIA Annual Fall Symposium. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 17-21.
- Congo, A. C., & Guiré, I. (2020). Représentations sociales de la pandémie de COVID-19 en Afrique Subsaharienne et problématique d'une riposte collective. *Revue Akofena*, 492-506.
- Cossette, P. (2016). *Publier dans une revue savante, 2e édition: Les 10 règles du chercheur convaincant*. Québec: PUQ.
- Courbet, D. (2003). Réception des campagnes de communication de santé publique et efficacité des messages suscitant de la peur. Une étude expérimentale sur le rôle de la peur dans le changement des attitudes néfastes. *Communication. Information médias théories pratiques*, 22(1), 100-120.
- Diakhaté, D., Mbengue, M., & Samba, M. (2021). L'Analyse des Réseaux Sociaux (ARS), une démarche de détection des théories conspirationnistes dans les réseaux socio-numériques: le cas des tweets dans la lutte contre la Covid-19 en Afrique. *Revue Africaine de Communication*.
- Diatta, J. S. (2021). Plurilinguisme et gestion de la covid-19 au Sénégal: quelle contribution des langues locales à « l'effort de guerre »? *Akofena*, 89-104.
- Dièye, M. M. et Sow, A. (2020). Vécu de la covid-19 dans les lieux de culte et construction de réponses magico-religieuses au Sénégal. *Revue Acaresf*, 165-186
- Faye, M. et Diatta, J. S. (2020). La communication du gouvernement sénégalais à l'épreuve de la covid-19. *Akofena*, 255-266.
- Faye, S. (2020). La distanciation sociale au Sénégal, un remède au Covid-19 qui a du mal à passer. *The conversation*, 29.
- Friser, A., Arpin, M., Gendron, C. & Yates, S. (2022). L'acceptabilité sociale des mesures sanitaires : retour sur l'impératif de la participation publique. *Annales des Mines - Responsabilité et environnement*, 108, 114-118. <https://doi.org/10.3917/re1.108.0114>
- Gendron, C. (2014). Penser l'acceptabilité sociale: au-delà de l'intérêt, les valeurs. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (11), 117-129.
- Gourgues, G., & Mazeaud, A. (2018). *L'action publique saisie par ses « publics »*. *Gouvernement et (dés)ordre politique*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Hauray, B. (2020). Introduction-Conflits d'intérêts et santé publique: l'apport des sciences sociales. *Sciences sociales et santé*, 38(3), 5-19.
- Jacquez, L., & Rouquette, S. (2023). Réceptions de campagnes de communication publiques sur le risque volcanique. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (36). <https://doi.org/10.4000/communiquer.10369>
- Kivits, J., Hanique, M., Jacques, B., & Renaud, L. (2014). L'appropriation de l'information médiatique au sujet de la prévention et du dépistage des cancers. *Le Temps des médias*, (2), 151-163.
- Legendre, R. (2005). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. 3ème Éd. Montréal : Guérin
- Morsing, M., & Schultz, M. (2006). Corporate social responsibility communication: stakeholder information, response and involvement strategies. *Business ethics: A European review*, 15(4), 323-338.
- Mylène, E et Brou, F. R. (2020). Communication En Contexte De Pandémie: Cas Des Langues Maternelles Face À La Covid-19. *Akofena*, 121-130.

- Ollivier-Yaniv, C. (2013). Communication, prévention et action publique: proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif. *Communication & langages*, (2), 93-111.
- Ollivier-Yaniv, C. (2018). Présentation du dossier: Les publics institutionnels. Réception et appropriation des informations et des recommandations. *Politiques de communication*, (2), 5-14.
- Ollivier-Yaniv, C. (2023). Doxa de l'« acceptabilité sociale » contre la santé publique. La « démocratie sanitaire » à l'épreuve de la pandémie de Covid-19 et au-delà. *Questions de communication*, (43), 195-212.
- Ollivier-Yaniv, C., & Rinn, M. (2009). *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite*. Grenoble : PUG
- Ollivier-Yaniv, C., Botero, N., & Orellana, M. H. (2021). Du gouvernement des conduites à l'appropriation par les publics: un éclairage par la communication publique sanitaire. Entretien avec Caroline Ollivier-Yaniv, réalisé par Nataly Botero et Myriam Hernandez Orellana. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (32), 153-168.
- Park, H., Reber, B.H. et Chon, M.-G. (2016). Tweeting as Health Communication: Health Organizations' Use of Twitter for Health Promotion and Public Engagement. *Journal of Health Communication*, 21(2), 188-198.
- Parrochia, D. (2021). Sur les origines possibles de l'épidémie CoVid-19. <https://hal.science/hal-03189187/>
- Robles, A. F., Boulaghaf, L., Lendaro, A., Rial-Sebbag, E., & Soulier, A. (2023). L'acceptabilité sociale en temps d'exception. *Enjeux de société et controverses scientifiques*. <https://hal.science/hal-04267530/document>
- Romeyer, H., & Fox, S. (2021). Crises sanitaires et communication: enjeux sociétaux et organisationnels. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (32), 1-12.
- Rudd, R. E. (2007). Health Literacy Skills of U.S. Adults. *American Journal of Health Behavior*, 31, S8-S18.
- Sabate, E. (2001). *Adherence Meeting Report*. Genève: OMS.
- Salerno, S., & Amey, P. (2021). Mobiliser par le consentement: la communication du gouvernement suisse durant la COVID-19. *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, (32), 43-62.
- Saussure, F. (1995). *Cours de linguistique générale*. Paris: Payot.
- Schroeder, S. (2007). We can do Better: Improving the Health of the American People. *New England Journal of Medicine*, 357, 1221-1228.
- Serra Mallol, C. (2016). L'observation du local globalisé. L'exemple de l'espace social alimentaire polynésien. *Espaces et sociétés*, 85-98.
- Simon, E. (2022). La démocratie sanitaire peut-elle guérir de l'épidémie de Covid 19 ? », *Questions de communication*, 41, 151-158.
- Sudore, R. L. et al. (2009). Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Education & Counseling*, 75(3), 398-402. DOI : [10.1016/j.pec.2009.02.019](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.019)
- Viallon, P., Dolbeau-Bandin, C., & Picot, J. (2021). Introduction: L'infodémie entre information et désinformation. *Les Cahiers du Numérique*, 17(3), 9-15.
- Wardle, C., & Derakhshan, H. (2017). *Information disorder: Toward an interdisciplinary framework for research and policymaking*. Strasbourg: Council of Europe.