

# Papiers de recherche

## **Auteurs**

Martial Foucault  
et Pierre-Henri Bono

## **Coordination**

Bertrand Savoye

Perceptions  
des premiers  
mois de la crise  
de la COVID-19  
dans six pays  
d'Afrique



# Agence française de développement

---

## Papiers de recherche

---

Les *Papiers de Recherche de l'AFD* ont pour but de diffuser rapidement les résultats de travaux en cours. Ils s'adressent principalement aux chercheurs, aux étudiants et au monde académique. Ils couvrent l'ensemble des sujets de travail de l'AFD : analyse économique, théorie économique, analyse des politiques publiques, sciences de l'ingénieur, sociologie, géographie et anthropologie. Une publication dans les Papiers de Recherche de l'AFD n'en exclut aucune autre.

Les opinions exprimées dans ce papier sont celles de son (ses) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'AFD. Ce document est publié sous l'entière responsabilité de son (ses) auteur(s).

---

## AFD Research Papers

---

*AFD Research Papers* are intended to rapidly disseminate findings of ongoing work and mainly target researchers, students and the wider academic community. They cover the full range of AFD work, including: economic analysis, economic theory, policy analysis, engineering sciences, sociology, geography and anthropology. AFD Research Papers and other publications are not mutually exclusive.

The opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect the position of AFD. It is therefore published under the sole responsibility of its author(s).

**Perceptions  
des premiers mois  
de la crise de la COVID-19  
dans six pays d'Afrique**

**Martial Foucault**  
Cevipof/Sciences Po

**Pierre-Henri Bono**  
Cevipof/Sciences Po

**Coordination**  
Bertrand Savoye (AFD)

**Résumé**

Dans un contexte de diffusion du coronavirus à l'échelle mondiale depuis mars 2020, les gouvernants ont adopté une variété de mesures sanitaires, tantôt préventives, tantôt restrictives. En retour, les populations exposées à ces mesures ont affiché des niveaux de respect, d'adhésion et de soutien très variables. L'objectif général de cette recherche est de préciser la nature des perceptions du virus pour comprendre les raisons pour lesquelles les populations ont adhéré aux politiques de lutte contre la COVID. Parmi ces déterminants, l'étude met en avant le rôle du subjectif (émotions, confiance), variable clé pour anticiper les réactions des citoyens face à de nouveaux choix de politique publique.

**Mots-clés**

crise sanitaire, covid 19, politiques publiques, Afrique, Maroc, Sénégal, Egypte, Nigeria, Afrique du Sud, Côte d'Ivoire, distanciation sociale, opinions publiques

**Abstract**

In the context of the global spread of the coronavirus since March 2020, governments have adopted a variety of nonpharmaceutical Interventions (NPIs), both largely perceived as preventive or restrictive. In turn, populations exposed to these measures have shown widely varying levels of compliance, adherence and support. The overall objective of this research is to clarify the nature of perceptions of the virus in order to understand the reasons why populations have adhered to COVID control policies. Among these determinants, the study highlights the role of the subjective (as emotions or trust), a key variable in anticipating citizens' reactions to new public policy choices.

**Keywords**

Health crisis, coronavirus, public policies, Africa, Morocco, Senegal, Egypt, Nigeria, South Africa, Ivory Coast, social distancing, public opinion

**Classification JEL**

I18

**Accepté**

Décembre 2021

**Version originale**

Français

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>Introduction</b>	<b>7</b>			
1.1.	L'évolution de la pandémie par pays	7			
1.2.	La liste des pays enquêtés	13			
<b>2.</b>	<b>Perceptions de la maladie</b>	<b>14</b>			
2.1.	Connaissances du virus	14			
2.1.1.	Distribution du niveau d'information	18			
2.1.2.	Comparaisons	21			
2.2.	Risques vis-à-vis. de la maladie	23			
<b>3.</b>	<b>L'évaluation de la gestion de la crise</b>	<b>25</b>			
<b>4.</b>	<b>Respect des gestes barrière</b>	<b>29</b>			
<b>5.</b>	<b>Adhésion aux politiques de lutte contre la COVID</b>	<b>33</b>			
5.1.	Analyse descriptive	33			
5.2.	Analyse économétrique des déterminants d'adhésion aux mesures sanitaires	37			
5.2.1.	Méthode	37			
5.2.2.	Variable dépendante	37			
5.2.3.	Variables explicatives	39			
5.2.4.	Résultats	43			
<b>6.</b>	<b>Expérimentation du port du masque à la maison</b>	<b>47</b>			
6.1.	Expériences au Nigéria et Afrique du Sud	48			
6.2.	Expériences au Sénégal et Côte d'Ivoire	51			
<b>7.</b>	<b>Annexes méthodologiques</b>	<b>55</b>			
7.1.	Afrique du Sud	55			
7.2.	Egypte	56			
7.3.	Nigéria	57			
7.4.	Sénégal	58			
7.5.	Côte d'Ivoire	59			
7.6.	Estimation des déterminants du niveau d'adhésion (résultats économétriques)	61			
7.7.	Estimation des effets des traitements des expériences « port du masque à la maison » (résultats économétriques)	63			

## Liste des figures et tableaux

<b>Figure 1</b>	Carte des pays enquêtés (Vague 1)	8	<b>Figure 11</b>	Distribution de l'Indice de connaissance vs. méconnaissance du virus entre juin et décembre 2020	22
<b>Figure 2</b>	Comparaison Afrique, Asie, Europe et Amériques	9	<b>Figure 12</b>	Perception des risques d'être infecté par le virus	23
<b>Figure 3</b>	Évolution de la pandémie et de l'importance des mesures	10	<b>Figure 13</b>	Perceptions des conséquences sanitaires et économiques de la crise COVID	26
<b>Figure 4</b>	Variation des mobilités par type de déplacements en 2020	12	<b>Figure 14</b>	Perceptions des conséquences sanitaires par classe d'âge entre juin/juillet et décembre 2020	27
<b>Figure 5</b>	Méconnaissance des symptômes du virus (en %) entre juin/ juillet et décembre 2020	15	<b>Figure 15</b>	Perceptions des conséquences économiques par classe d'âge	28
<b>Figure 6</b>	Sources de différences dans la connaissance des symptômes en Côte d'Ivoire (selon le niveau d'éducation, la localisation géographique et l'âge) en juin 2020	15	<b>Figure 16</b>	Distribution de l'indice de respect (vague 1)	29
<b>Figure 7</b>	Principaux symptômes du coronavirus connus en Côte d'Ivoire et au Sénégal	16	<b>Figure 17</b>	Niveau de respect des gestes barrières (« 0 » signifiant « non, pas du tout », « 10 » signifiant « oui, tout à fait »)	30
<b>Figure 8</b>	Niveau d'éducation et connaissances des symptômes	17	<b>Figure 18</b>	Relation entre indice de respect et richesse économique	32
<b>Figure 9</b>	Ce que les gens disent à propos du coronavirus (juin 2020)	20	<b>Figure 19</b>	Adhésion aux politiques de lutte contre la COVID	34
<b>Figure 10</b>	Ce que les gens disent à propos du coronavirus (décembre 2020)	21	<b>Figure 20</b>	Adhésion à l'usage du téléphone à des fins de contrôle des déplacements et niveau de revenu (Afrique du Sud)	36

<b>Figure 21</b>	Distribution des indices d'adhésion	39	<b>Tableau 1</b>	Estimation des déterminants de l'adhésion aux mesures ciblées	44
<b>Figure 22</b>	Distribution des émotions face à la crise COVID	41	<b>Tableau 2</b>	Estimation des déterminants de l'adhésion aux mesures générales	46
<b>Figure 23</b>	Distribution de la perception d'être infectée par le coronavirus	41	<b>Tableau 3</b>	Protocole expérimental conduit en Afrique du Sud et Nigéria	48
<b>Figure 24</b>	Confiance envers le Président	42	<b>Tableau 4</b>	Protocole expérimental conduit en Côte d'Ivoire et Sénégal	51
<b>Figure 25</b>	Port du masque dans l'Afrique de l'Ouest	47	<b>Tableau 5</b>	Bilan des effets des traitements (2 expériences)	54
<b>Figure 26</b>	Proportion moyenne d'acceptation du port du masque à la maison (Afrique du Sud et Nigéria)	49			
<b>Figure 27</b>	Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Afrique du Sud et Nigéria)	50			
<b>Figure 28</b>	Proportion moyenne d'acceptation du port du masque à la maison (Côte d'Ivoire et Sénégal)	52			
<b>Figure 29</b>	Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Côte d'Ivoire et Sénégal)	53			
<b>Figure 30</b>	Estimation des intervalles de confiance de proportion des traitements selon le niveau d'éducation (Côte d'Ivoire et Sénégal)	54			

## Avertissement

Le présent papier de recherche constitue le rapport final de la production de connaissances et d'analyses comparées de la perception par les opinions publiques africaines face à la crise COVID-19.

Le présent document ne peut fidèlement rendre compte de l'ampleur et la profondeur des enquêtes individuelles conduites dans 6 pays (Afrique du Sud, Nigéria, Côte d'Ivoire, Sénégal, Égypte et Maroc). C'est pourquoi, le lecteur pourra se reporter à la présentation des résultats descriptifs à plat et tris croisés (ventilations par variable socio-démographique et attitudinale) pour l'ensemble des pays (à l'exception du Maroc) que nous avons réalisés à l'aide d'une application

développée sous R-shiny accessible à l'adresse provisoire suivante : [https://phbono.shinyapps.io/Outre\\_Mer/](https://phbono.shinyapps.io/Outre_Mer/) Compte tenu du caractère fortement évolutif de la crise, les données rendent compte de la situation fin 2020. Sur les six pays couverts, quatre (Afrique du Sud, Nigéria, Côte d'Ivoire, Sénégal) ont fait l'objet de deux enquêtes. Des analyses en évolution sur le second semestre 2020 ne sont possibles que sur ces 4 pays. La taille des échantillons limite les possibilités d'analyses, notamment au niveau de différentes catégories des populations enquêtées, mais autorise des analyses poolées en tenant compte d'effets fixes par pays et par vague.

# 1. Introduction

Les objectifs du projet REPEAT<sup>1</sup> (*Représentations, Perceptions et Attitudes en période COVID*) consistent à analyser les représentations sociales, attitudes et réactions de l'opinion publique face à la pandémie de COVID-19 dans plusieurs pays exposés à des degrés divers.

Les objectifs initiaux ont été élaborés dans un contexte de pays développés mais étendus ensuite à 6 pays africains (Afrique du Sud, Nigéria, Côte d'Ivoire, Sénégal, Égypte et Maroc). Parmi les objectifs scientifiques du projet, citons :

- 1 - Mesurer la dynamique de perceptions et représentations sociales de différents groupes de personnes, à partir d'échantillons représentatifs stratifiés par des variables socio-démographiques.
- 2 - Expliquer les raisons pour lesquelles certains individus sont plus disposés que d'autres à accepter les recommandations publiques sous certaines circonstances (à partir d'expérimentations aléatoires en ligne) ;
- 3 - Identifier les mécanismes permettant de comprendre pourquoi les personnes perçoivent différemment l'importance de la propagation du virus et réagissent dans leur quotidien de manière contraire aux recommandations ou appels des autorités sanitaires et politiques.

Le projet REPEAT a, entre autres, contribué à l'accumulation de connaissances académiques sur les mécanismes à l'œuvre derrière les conduites de plusieurs groupes sociaux face à une telle pandémie. Mais il a aussi été un outil disponible pour tous en temps réel de l'évolution des opinions publiques et des mesures de bien-être, de fatigue morale et d'acceptation des recommandations publiques. Ainsi, il a permis de mieux comprendre 1 - comment les publics font face psychologiquement et émotionnellement à des mesures sans précédent de distanciation sociale et 2 - comment les mesures de santé publique ont été susceptibles d'être compromises par un manque de coopération entre citoyens.

---

## 1.1. L'évolution de la pandémie par pays

---

Les six pays d'Afrique qui ont été enquêtés dans le cadre du projet REPEAT présentent des caractéristiques assez différentes. En 2019, le PIB par habitant (en \$ courant) variait de 1 447 \$ pour le Sénégal, le moins élevé, à 6 000\$ le plus élevé pour l'Afrique du Sud (Figure 1).

La situation épidémique dans son ensemble en Afrique face au coronavirus diffère substantiellement de la propagation du virus observé depuis janvier 2020 en Asie, Europe, et Amériques. Les auteurs d'un court article publié dans *Science*<sup>2</sup> avancent que la moindre exposition à la COVID-19 tient pour partie à la faible prévalence de cas de comorbidités et

---

<sup>1</sup> Ce projet est soutenu financièrement par l'ANR (Agence Nationale de la Recherche, ANR-20-COVI-0079), l'Agence Française de Développement, France Stratégie, la Banque Mondiale et CEPS (Maroc). Une partie de la présentation du projet est disponible dans une version (in review à *Nature – Scientific Data*) à l'adresse : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.08.21263310v1>

<sup>2</sup> Moustapha Mbow & al., COVID-19 in Africa: Dampening the storm? *Science* 369(6504) : 624-625.

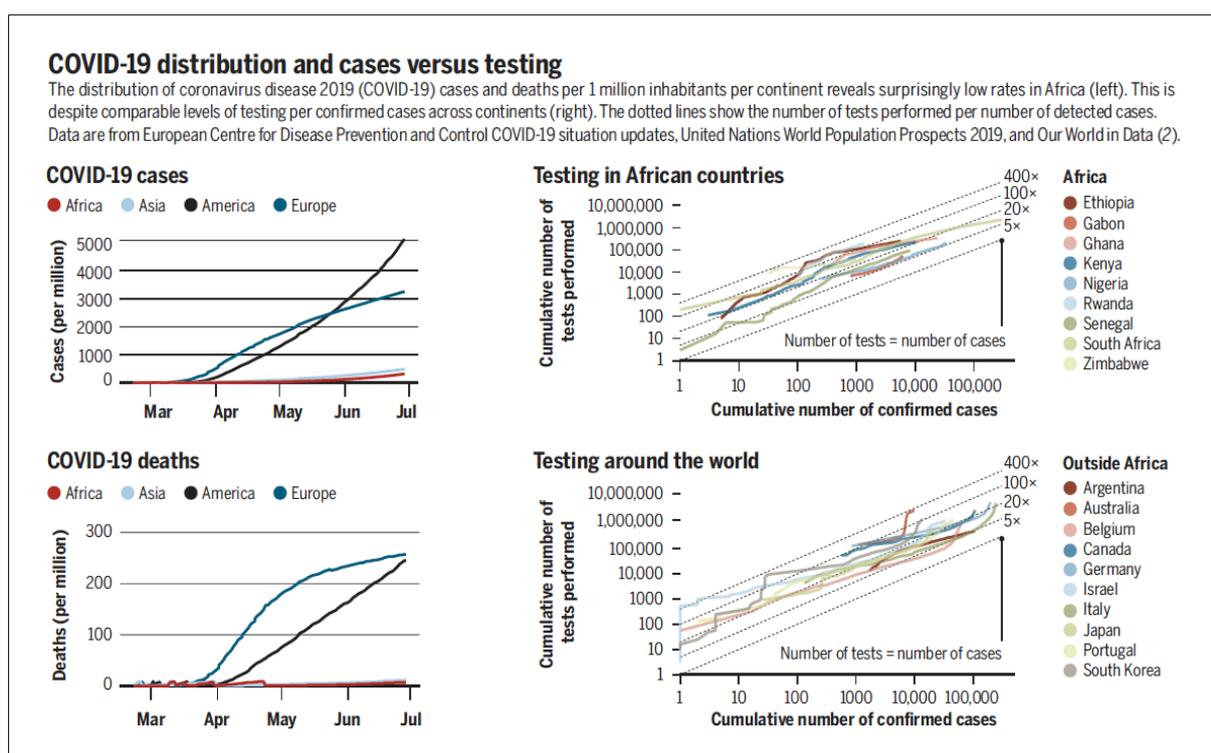
d'un environnement sociodémographique plus favorable (notamment une moindre urbanisation associée à une plus faible densité de population). Toutefois, les auteurs restent prudents sur les connaissances disponibles pour apprécier le bilan épidémiologique. La Figure 2 donne un aperçu des différences concernant le nombre de cas diagnostiqués et le nombre de morts déclarés en Afrique comparativement à d'autres continents en 2020. Une relation positive semble s'établir entre le nombre de tests réalisés et le nombre de cas diagnostiqués en Afrique et dans les autres continents.

**Figure 1: Carte des pays enquêtés (Vague 1)**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative. Projection Mercator.  
Population de 2019 des Nations-Unies. PIB par habitant en 2019 en \$ US courant, Banque mondiale.  
Note de lecture : la population du Sénégal en 2019 était de 16 millions de personnes et son PIB par habitant de 1 447 dollars.

**Figure 2 : Comparaison Afrique, Asie, Europe et Amériques (de mars à juillet 2020)**



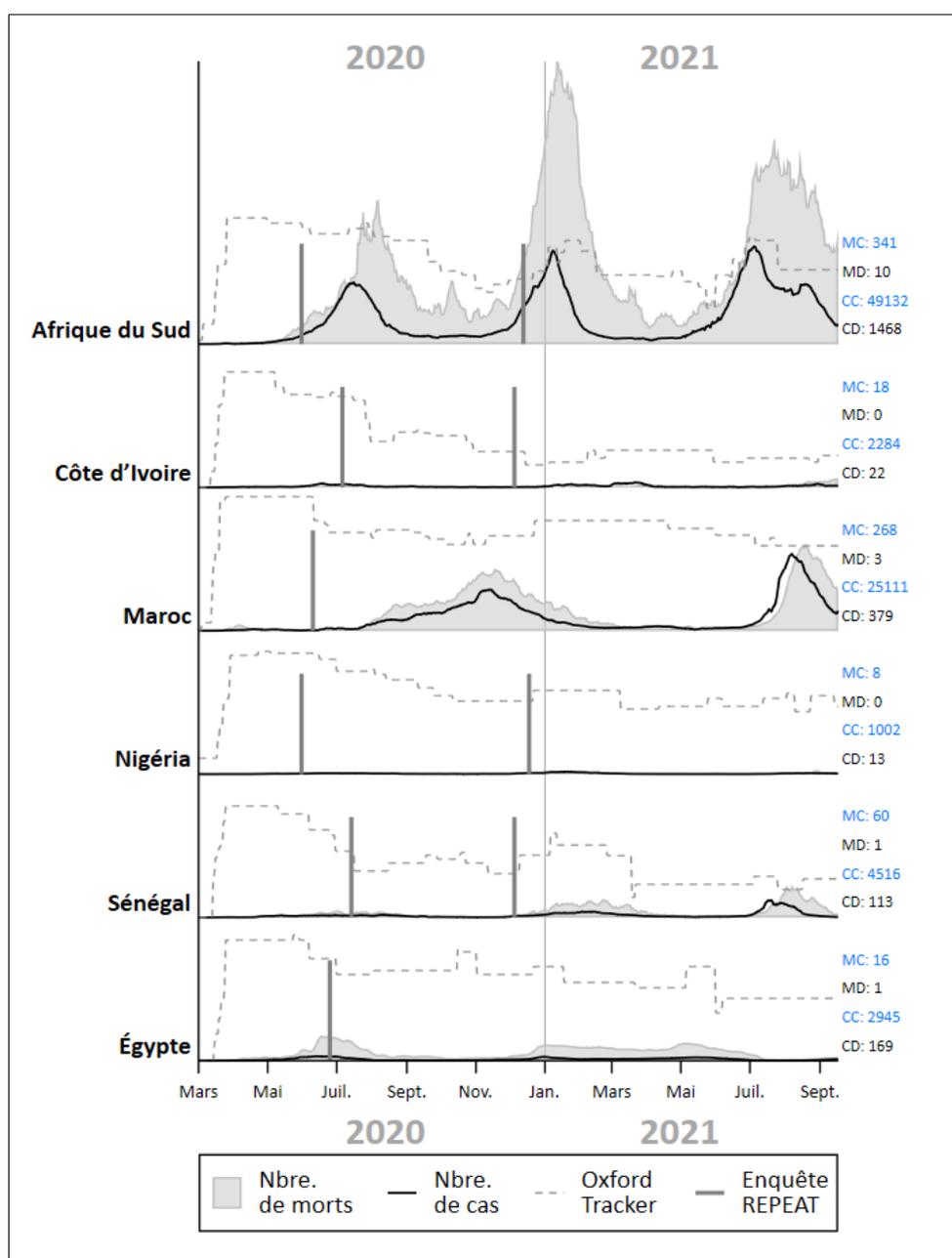
Source : *Science* 369(6504) : 624-625.

Avant de présenter la méthodologie de nos enquêtes, il était important de voir pour chaque pays quel était l'état du pays face à la pandémie lors des dates d'enquête. La Figure 3 présente les résultats de manière graphique.

Les enquêtes pour nos 6 pays africain ont été menées en juin/juillet 2020 (vague 1) et décembre 2020 (vague 2), mais correspondent à des périodes épidémiques locales différentes :

- En Afrique du Sud, la vague 1 a été administrée début juin 2020 au tout début de la première vague épidémique du pays. Le terrain de la vague 2 a eu lieu en décembre 2020 pendant la phase ascendante de la deuxième vague qui s'est révélée être la plus mortelle à ce jour.
- Concernant le Nigéria, la Côte d'Ivoire et dans une moindre mesure le Sénégal, les deux vagues d'enquêtes ont été conduites en juin/juillet 2020 et en décembre 2020. L'appareil de veille statistique de chacun de ces pays ne semble pas avoir révélé d'impact fort de la pandémie sur les populations durant la période considérée.
- Pour l'Égypte, nous observons un pic épidémique de faible ampleur au moment de la passation de notre enquête administrée en juillet 2020.
- Au Maroc, l'enquête s'est déroulée bien avant la première vague de l'hiver 2020.

**Figure 3 : Évolution de la pandémie et de l'importance des mesures**



Source : Tracker : Oxfordd Coronavirus Government Response Tracker.  
Données pandémie et population : European Centre for Disease Prevention and Control. Graphiques produits par les auteurs.

Notes : La courbe en pointillés représente l'évolution du tracker (Stringency tracker), qui peut varier de 0 à 1. L'aire grisée correspond à l'évolution du nombre de morts par jour divisé par la population de 2019 en million d'habitants. La courbe pleine de couleur noire est l'évolution du nombre journalier de nouveaux cas rapportés à la population. MD : Nombre maximum de morts journaliers par million d'habitants. Pour l'Afrique du Sud, le nombre maximum de morts journaliers a été de 10 morts pour 1 million d'habitants. MC : Nombre maximum de nouveaux cas journaliers par million d'habitants. Pour l'Afrique du Sud, le nombre maximum de nouveaux cas journaliers a été de 341 cas pour 1 million d'habitants. CD : nombre cumulé de morts. En Afrique du Sud, la pandémie a fait 1 468 morts pour 1 million d'habitants à la mi-septembre 2021. CC : nombre cumulé de nouveaux cas. En Afrique du Sud il y a eu à ce jour 49 132 cas par million d'habitants.

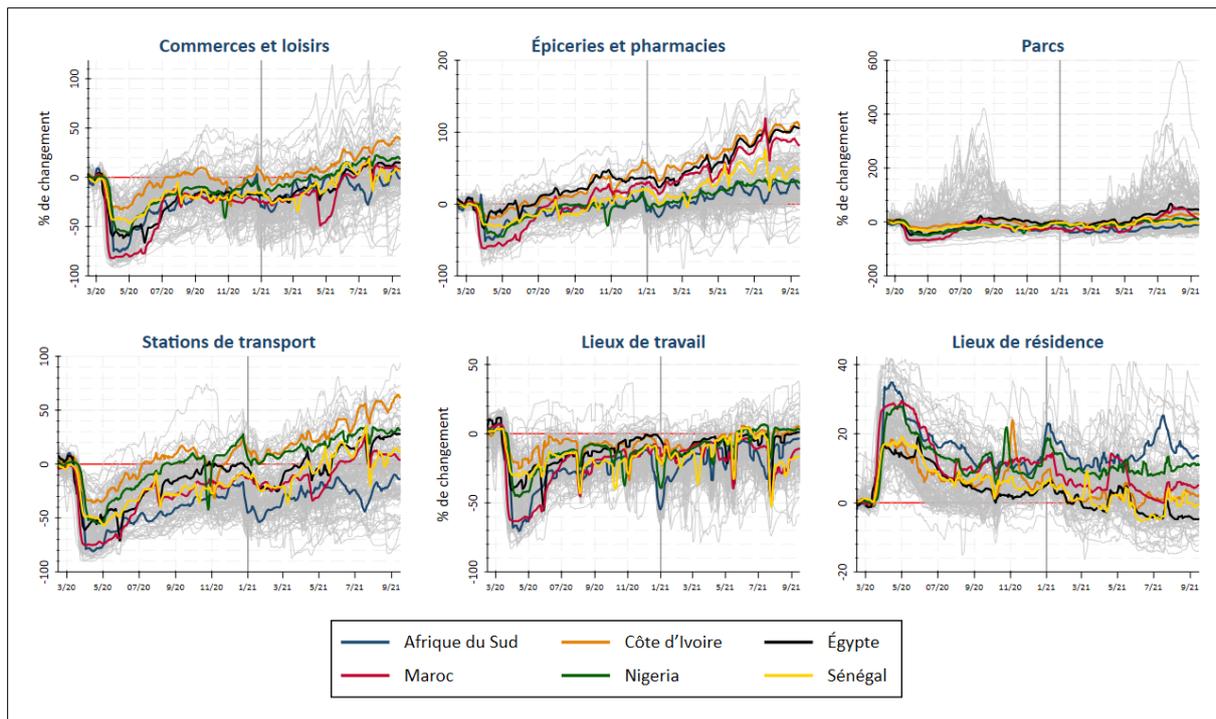
L'Oxford *Coronavirus Government Response Tracker*<sup>3</sup> nous donne une indication de l'évolution de la réponse des gouvernements. Nous constatons que l'intensité de la réponse est indépendante de l'intensité de l'épidémie au niveau local. Pour notre échantillon, tous les pays ont dès avril 2020 pris des mesures contraignantes sur la population. Les mesures ont été relâchées à partir de juin, sauf pour l'Afrique du Sud qui a gardé les contraintes plus longtemps que les autres pays. Pour le Maroc, bien que l'épidémie soit plus mortelle, les contraintes sont moins strictes que pour le début de la pandémie.

Enfin, à partir des données *GoogleMobility*, il est possible de positionner la situation des six pays étudiés par rapport à l'ensemble des pays dans le monde en matière de fréquentation de certaines catégories de lieux. La plateforme *GoogleMobility* renseigne avec des données quotidiennes la fréquentation dans six catégories de lieu : commerces et loisirs, épicerie et pharmacies, parcs, stations de transport, lieux de travail et lieux de résidence. Les données s'interprètent comme la différence en pourcentage de fréquentation d'une catégorie de lieux par rapport à une référence par jour de la semaine entre le 3 janvier et le 6 février 2020. La Figure 4 permet de visualiser les six pays enquêtés entre janvier 2020 et septembre 2021. Malgré les limites de telles informations, il apparaît que notre échantillon de pays ne se démarque pas de l'ensemble des pays avec un choc brutal de fréquentation des lieux publics à partir de mi-mars 2020, date à laquelle de nombreux pays ont adopté des mesures de restrictions plus ou moins fortes de déplacement.

---

<sup>3</sup> <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker>

**Figure 4 : Variation des mobilités par type de déplacements en 2020**



Source : Google LLC "Google COVID-19 Community Mobility Reports".  
<https://www.google.com/covid19/mobility/> Accessed: septembre 2021.  
Graphiques produits par les auteurs.

Note de lecture : Le Maroc a connu une baisse de près de 80 % des fréquentations des personnes dans les commerces et lieux de loisirs à la fin du mois de mars 2020 comparativement à la référence (deuxième pic à la baisse en avril-mai 2021). La baisse n'est que de 30 % pour la Côte d'Ivoire durant la même période.

---

## 1.2. La liste des pays enquêtés

---

### Encadré méthodologique

Six enquêtes sont mobilisées pour la rédaction de ce rapport.

La première enquête (vague 1) en **Côte d'Ivoire** a été réalisée par IPSOS entre le 6 et 24 juillet 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 829 personnes âgées de 18 ans et plus et la deuxième enquête (vague 2) du 8 au 23 novembre 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 804 personnes âgées de 18 ans et plus. 297 personnes ont répondu aux deux enquêtes. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge, PCS, région et catégorie d'agglomération. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée par téléphone (CATI).

La première enquête (vague 1) au **Sénégal** a été réalisée par IPSOS entre le 14 juillet et le 7 août 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 015 personnes âgées de 18 ans et plus et la deuxième enquête (vague 2) du 2 au 23 décembre 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 800 personnes âgées de 18 ans et plus. 441 personnes ont répondu aux deux enquêtes. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge et région. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée par téléphone (CATI).

La première enquête (vague 1) au **Nigéria** a été réalisée par IPSOS entre le 31 mai et le 4 juin 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 personnes âgées de 18 ans et plus et la deuxième enquête du 18 au 28 décembre 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 010 personnes âgées de 18 ans et plus. Seules 11 personnes ont répondu aux deux enquêtes. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge et région. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée en ligne (CAWI).

La première enquête en **Afrique du Sud** (vague 1) a été réalisée par IPSOS entre le 31 mai et le 4 juin 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 001 de personnes âgées de 18 ans et plus et la deuxième enquête du 13 au 24 décembre 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 013 personnes âgées de 18 ans et plus. 170 personnes ont répondu aux deux enquêtes. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge, région et origine ethnique. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée en ligne (CAWI).

La première enquête en **Egypte** (vague 1) a été réalisée par IPSOS entre le 6 et 24 juillet 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 personnes âgées de 18 ans et plus. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge et région. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée en ligne (CAWI).

La première enquête au **Maroc** (vague 1) a été réalisée par IPSOS entre le 10 et 16 juin 2020 auprès d'un échantillon représentatif de 1 194 personnes âgées de 18 ans et plus. Les critères des quotas sont les suivants : sexe, âge et région. Enfin, l'administration de l'enquête a été réalisée en ligne (CAWI).

Le détail méthodologique se trouve en annexe pour les 2 vagues.

Les données présentées ci-après ont été redressées sur les critères des quotas.

## 2. Perceptions de la maladie

Dans cette partie nous nous intéressons à la perception des enquêtés concernant la maladie COVID-19. Mesurer des perceptions et des représentations de la COVID-19 implique de vérifier la consistance de telles opinions autour de l'objet étudié. C'est pourquoi, nous avons introduit des questions de connaissance sur la maladie et ainsi pu compléter les données de cadrage macro présentées dans la partie précédente. La littérature en science politique a bien établi la possible discordance entre des opinions publiques sur des enjeux de politiques publiques et la connaissance (et souvent la méconnaissance) de tels enjeux<sup>4</sup>.

---

### 2.1. Connaissances du virus

---

Lors de la vague de juillet 2020 sur l'ensemble des 6 pays, à la question de savoir si les personnes interrogées connaissaient le virus<sup>5</sup>, le taux de réponse positive atteint 99 %. Il n'y a aucune différence entre les pays. Sur les 6 040 personnes interrogées en Afrique lors de cette vague, seules 51 disaient ne pas connaître le virus. Les résultats sont identiques lors de la vague de décembre 2020, seuls 31 répondants sur 3 636 enquêtés ne connaissaient pas le virus. L'état pandémique du monde était globalement connu de tous.

Plus marquée, du moins dans un pays, est la question sur la connaissance des symptômes de la maladie. Lors de la première vague d'enquête, 13,3 % des répondants de Côte d'Ivoire déclarent ne pas connaître les symptômes, soit près de 8 fois plus qu'au Sénégal, dont seulement 1,6 % répondent ne pas connaître les symptômes (Figure 5).

La même question a été de nouveau posée en décembre 2020 pour l'Afrique du Sud et le Nigéria. Aucune différence notable n'apparaît à la lecture des résultats (+ 1,4 pt de % pour l'Afrique du Sud et + 1,4 pt de % pour le Nigéria). Ces résultats soulignent la très forte connaissance des pays africains des symptômes du coronavirus à ce moment de l'épidémie.

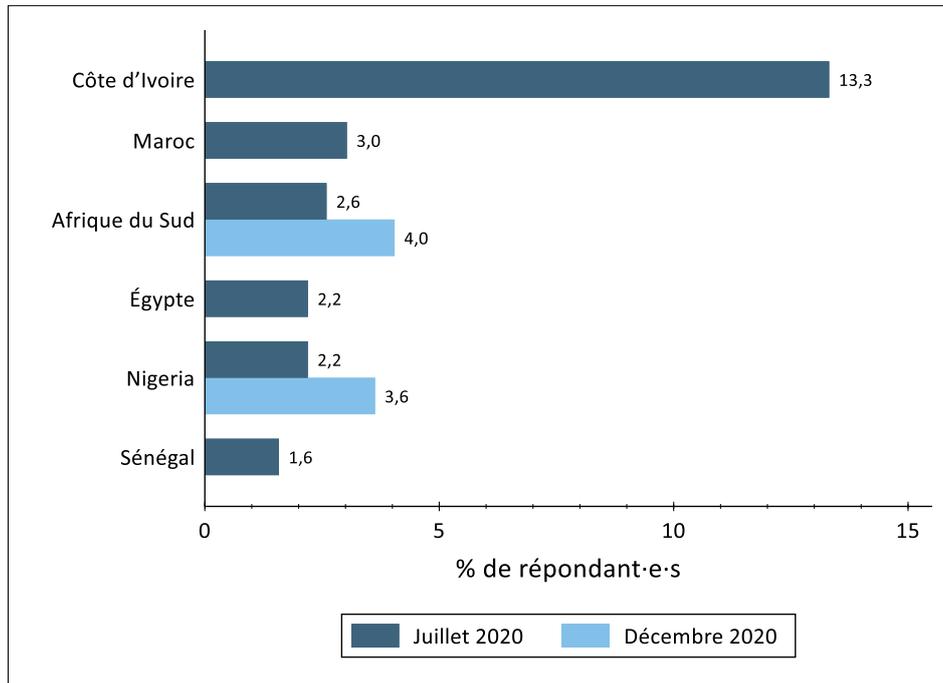
Concernant la Côte d'Ivoire qui se démarque des autres pays, si l'on regarde plus en détail les résultats lors de la vague 1 (Figure 6), nous constatons que le niveau d'éducation est un fort déterminant de la méconnaissance des symptômes. La moitié des personnes sans diplôme déclare ne pas connaître les symptômes du virus.

---

<sup>4</sup> Luskin Robert C. 1987. Measuring political sophistication. *American Journal of Political Science*, 856-899.

<sup>5</sup> Question formulée ainsi : « La majorité des pays dans le monde sont frappés par une épidémie. Personnellement, avez-vous entendu parler de l'épidémie de coronavirus ou COVID-19 ? »

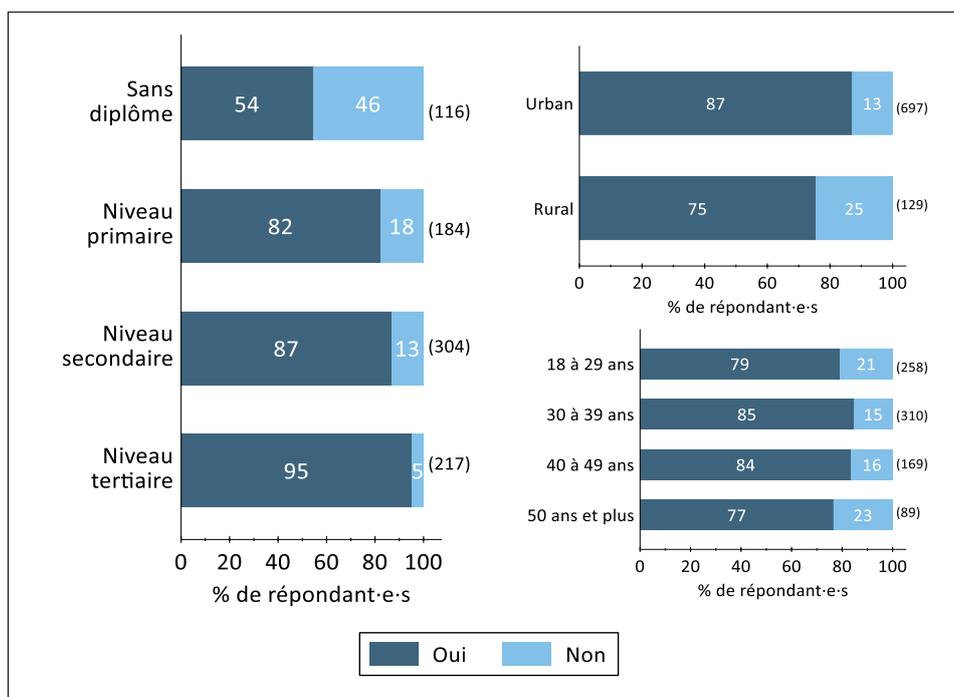
**Figure 5 : Méconnaissance des symptômes du virus (en %) entre juin/ juillet et décembre 2020**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

Note de lecture : la question n'a été posée lors des deux vagues d'enquête qu'en Afrique du Sud et au Nigeria. 13,3 % des personnes interrogées en Côte d'Ivoire répondaient ne pas avoir entendu parler de l'épidémie lors de la vague 1.

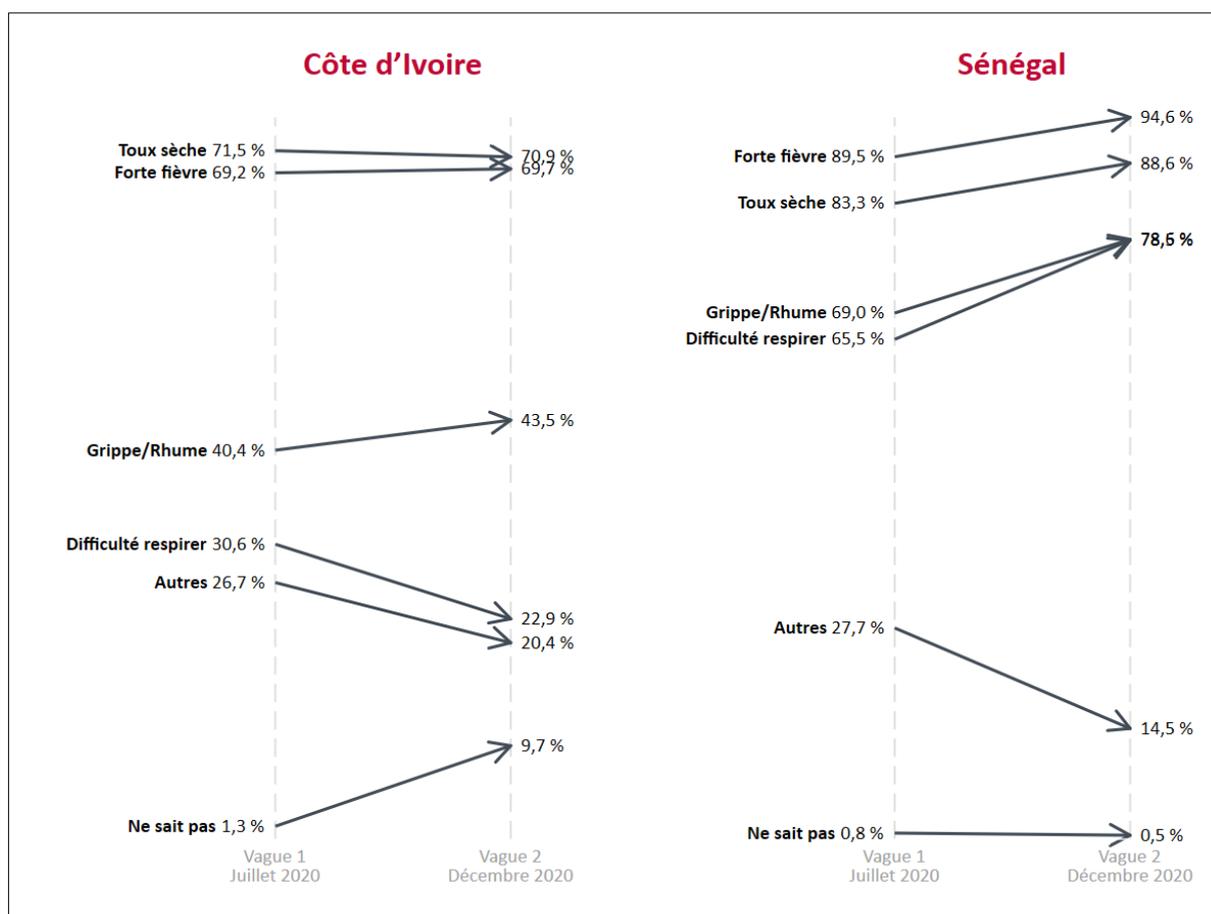
**Figure 6 : Sources de différences dans la connaissance des symptômes en Côte d'Ivoire (selon le niveau d'éducation, la localisation géographique et l'âge) en juin 2020**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1 pour la Côte d'Ivoire).

Les urbains déclarent une meilleure connaissance que les ruraux, résultat assez logique au regard de la diffusion du virus dans des contextes de population fortement denses. Quant à l'âge, nous constatons une légère forme en U. Ce sont les plus jeunes et les plus âgés qui déclarent plus souvent ne pas connaître les symptômes. Ce résultat est surprenant car il peut sembler contradictoire à première vue en raison des risques sanitaires différenciés entre jeunes et seniors. Mais en regardant de plus près la structure d'âge en Côte d'Ivoire, les personnes les plus âgées sont celles déclarant un âge supérieur à 45 ans, ce qui implique de déplacer notre focale de celle que nous pourrions avoir à la lecture d'enquêtes individuelles en Europe (où les personnes âgées sont définies au-delà de 65 ans).

**Figure 7 : Principaux symptômes du coronavirus connus en Côte d'Ivoire et au Sénégal**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

Note de lecture : Lors de la vague 1, 71,5 % des répondant en Côte d'Ivoire déclaraient que la toux sèche était un symptôme de la COVID-19. Ce pourcentage est quasiment identique lors de la vague 2 à 70,9 %.

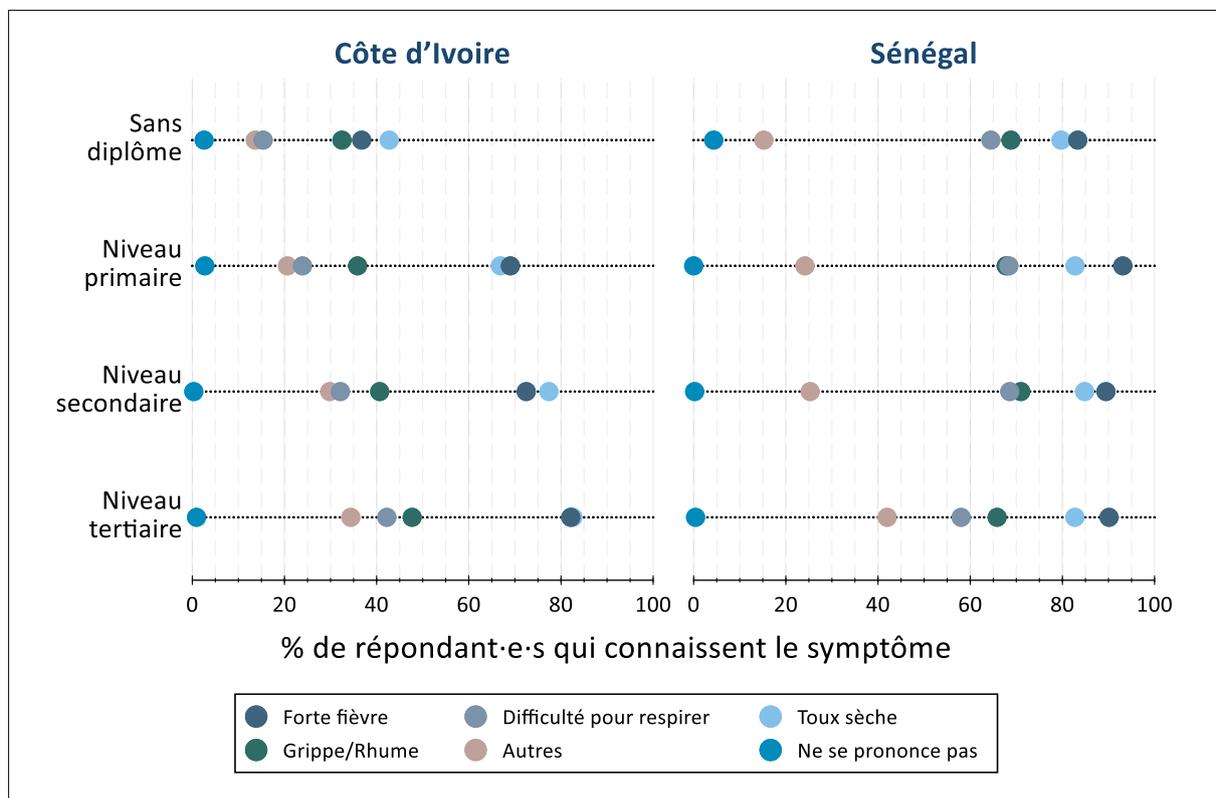
Nous avons demandé, pour la Côte d'Ivoire et le Sénégal, quels sont les principaux symptômes de la COVID-19 lors des deux vagues. Pour nos répondants, la connaissance semble plus importante au Sénégal qu'en Côte d'Ivoire. C'est la fièvre qui est le symptôme le plus connu suivi de la toux sèche. Pour les deux pays, un peu moins de 30 % des répondants rajoutent un symptôme. Le niveau d'étude du répondant est le marqueur important quant

à la non-connaissance d'un symptôme pour la Côte d'Ivoire et moins pour le Sénégal. Pour la Côte d'Ivoire, quel que soit le symptôme, plus le niveau d'éducation est élevé, plus les répondants connaissent le symptôme (Figure 8). Notons aussi, que plus le niveau d'étude est important, plus les personnes interrogées auront tendance à rajouter un symptôme non présent dans la liste. Cela est vrai pour les deux pays. À l'inverse, la connaissance des symptômes ne dépend pas du niveau d'éducation au Sénégal.

De manière plus dynamique, l'évolution des connaissances s'est renforcée au Sénégal et maintenue voire légèrement dégradée en Côte d'Ivoire (Figure 7). La première explication justifiant cet écart est l'exposition sanitaire plus grande du Sénégal qui a connu au moment de notre deuxième enquête un premier pic en nombre de cas (cf. Figure 3) alors que la Côte d'Ivoire était protégée de la pandémie.

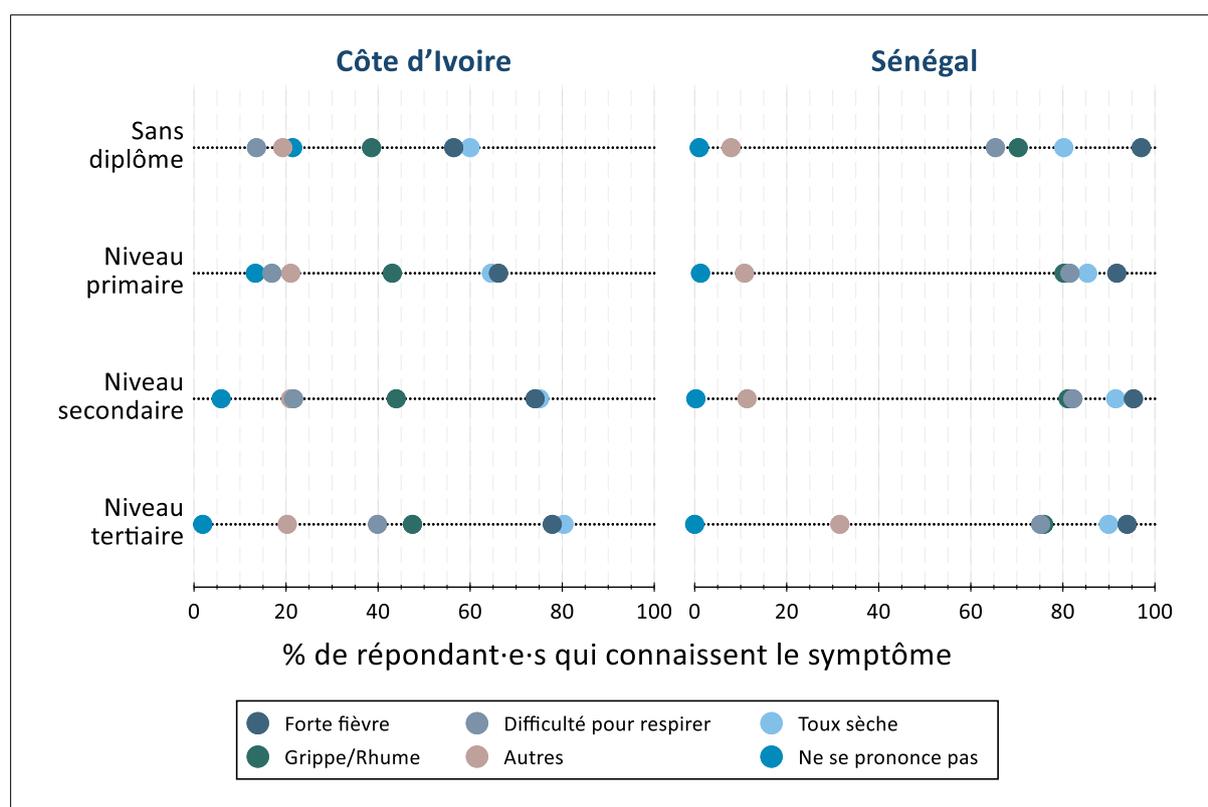
**Figure 8 : Niveau d'éducation et connaissances des symptômes**

(a) Juillet 2020



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

(b) Décembre 2020



Comprendre les logiques de connaissance du virus implique aussi de déployer un dispositif d'échelle combinant des modalités vraies et des modalités fausses. C'est dans cette perspective que nous avons demandé aux répondants de chacun des pays si les affirmations présentées dans la Figure 9 étaient vraies ou fausses. Pour capturer de telles attitudes de connaissance vs. méconnaissance, nous avons procédé en deux temps : (1) la distribution à plat pour chacune des affirmations autour du virus et (2) la construction d'un indicateur par pays combinant toutes les dimensions.

### 2.1.1. Distribution du niveau d'information

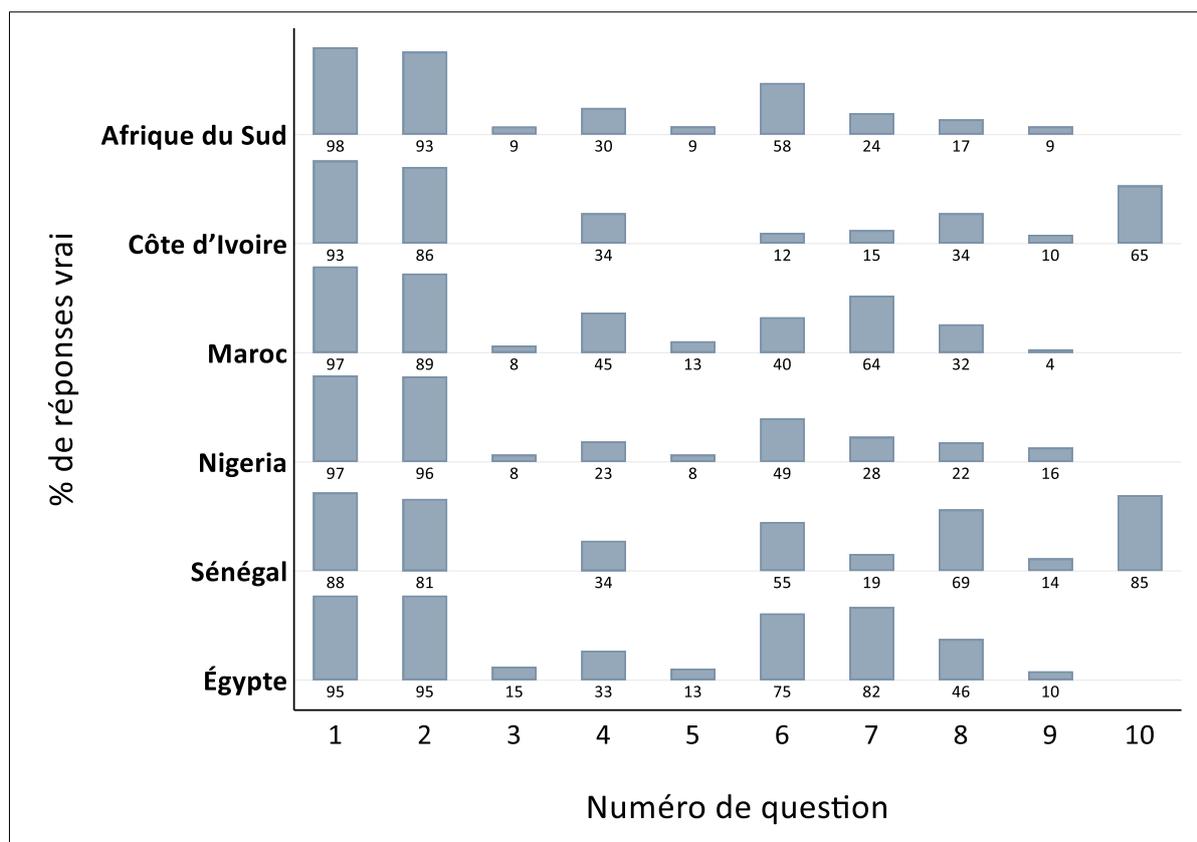
Quel que soit le pays, pour l'immense majorité des interviewés, les mécanismes de propagation du virus (*question 1*) et le geste barrière « se laver les mains » (*question 2*) sont bien connus. De même, les répondants sont conscients que l'ensemble de la population peut l'attraper (*question 3*) et que le virus est bien réel (*question 5*).

Concernant la *question 6*, nous avons plus d'hétérogénéité de réponses entre les pays. En Égypte, 75 % des répondants pensent que le jus de citron et la vitamine C permettent de se prémunir contre le virus, ils ne sont que 12 % en Côte d'Ivoire. Néanmoins, pour notre échantillon de pays, la proportion de répondants qui pensent que la consommation de jus de citron et de vitamine C soit efficace est plutôt importante (en moyenne supérieure à 40 %). La dimension religieuse de la maladie est très forte en Égypte et au Maroc avec respectivement 82 % et 64 % des répondants qui pensent que le virus est une maladie mystique.

Ce pourcentage est plus faible en Afrique subsaharienne. Au Sénégal, 69 % des répondants pensent que le virus est une punition de Dieu (contre 17 % en Afrique du Sud).

L'intérêt de cette question est de mettre en perspective le rôle des croyances avec l'état des connaissances autour du coronavirus. La durée de la pandémie aurait pu contribuer à une atténuation des croyances car contestées ou débattues dans l'espace public par des affirmations contradictoires portées par des scientifiques. Les résultats de la deuxième vague d'enquête (Figure 10b) tendent à montrer le contraire, à savoir une forte stabilité des mêmes croyances autour de la COVID-19. Ce que les répondants pensaient ou se représentaient du coronavirus n'a pas évolué en l'espace de six mois, suggérant que la parole scientifique est soit insuffisante dans le débat public ou dans un espace privé (la famille par exemple), soit imperméable aux croyances et donc au rôle du facteur culturel dans la compréhension et l'adhésion à certaines mesures sanitaires. Nous reviendrons sur ce point dans la partie suivante.

**Figure 9 : Ce que les gens disent à propos du coronavirus (juin 2020)**



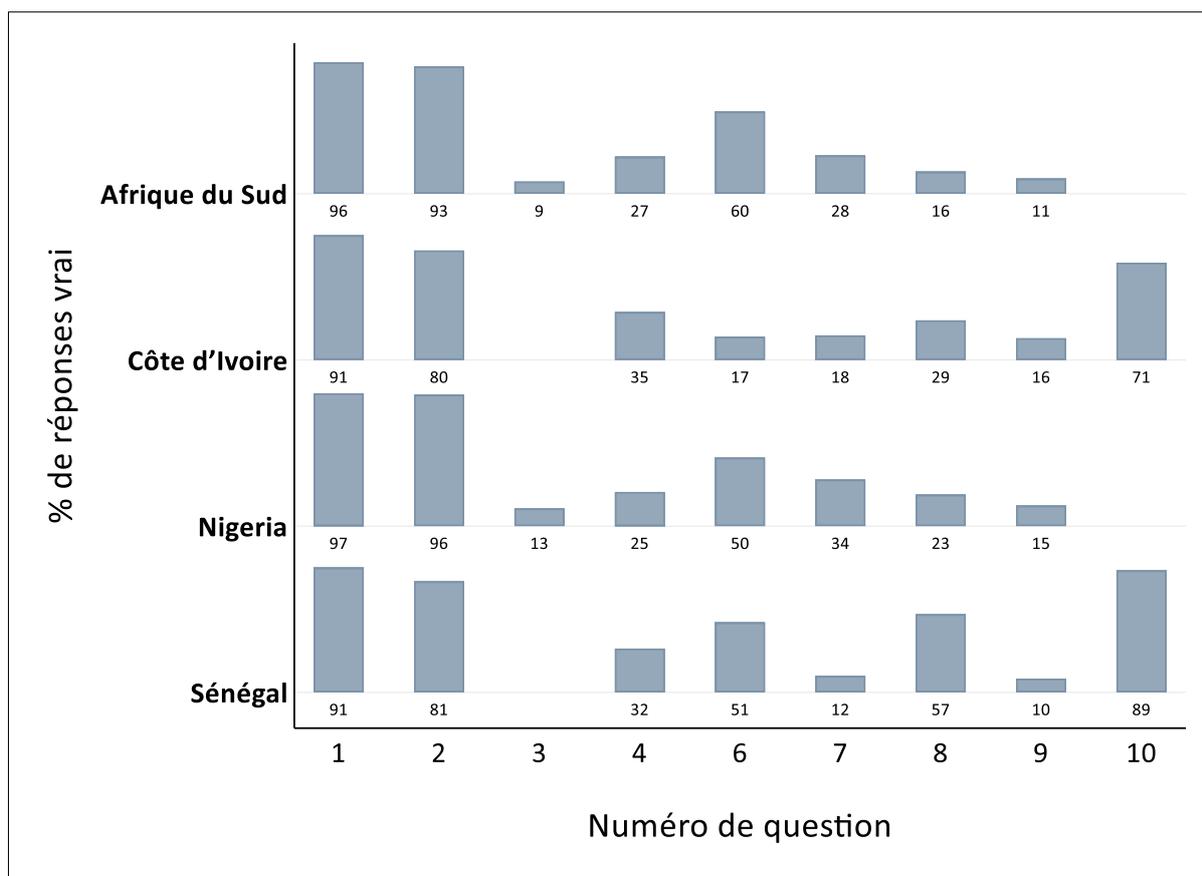
Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1).

Note de lecture : Les chiffres indiqués sous chaque barre verticale correspondent au pourcentage de répondants qui ont répondu « Absolument vrai » ou « Probablement vrai » sur l'ensemble des répondants du pays. Les questions 3 et 5 n'ont pas été posées pour la Côte d'Ivoire et le Sénégal. La question 10 a été seulement posée pour la Côte d'Ivoire et le Sénégal.

Liste des questions : « Je vais maintenant vous lire ce que les gens disent à propos du coronavirus. Dites-moi si chacune de ces phrases sont absolument vraies, probablement vraies, probablement fausses ou absolument fausses ». Notons que la modalité « ne se prononce pas » était possible mais non suggérée en CATI.

1. Le virus peut se propager lorsqu'une personne infectée touche la main ou le visage d'une autre personne, l'embrasse ou éternue près d'elle
2. Se laver les mains empêche de l'attraper
3. Seulement les personnes âgées sont infectées par le virus
4. Il ne faut pas approcher les personnes qui ont été soignées du virus pour éviter sa propagation
5. C'est un faux virus
6. Boire du citron et prendre de la vitamine, est une bonne façon de ne pas attraper le virus
7. Avant tout, c'est une maladie mystique
8. Le COVID-19, c'est une punition de Dieu
9. Les Africains ne peuvent pas l'attraper
10. Les personnes infectées ne montrent pas de symptômes pendant 5 à 14 jours

Figure 10 : Ce que les gens disent à propos du coronavirus (décembre 2020)



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : Les chiffres indiqués sous chaque barre verticale correspondent au pourcentage de répondants qui ont répondu « Absolument vrai » ou « Probablement vrai » sur l'ensemble des répondants. La question 3 n'a pas été posée pour la Côte d'Ivoire et le Sénégal.

La question 10 a été seulement posée pour la Côte d'Ivoire et le Sénégal.

Liste des questions : cf. Figure 9a.

## 2.1.2. Comparaisons

Pour mieux saisir l'aspect informationnel de la maladie, nous avons mis en œuvre un indicateur de connaissances pour chacune des deux vagues d'enquête. Cet indice est construit de la manière suivante. Les questions de la partie précédente sont scindées en 2 groupes : les questions 1, 2, 3, 5 et 10 constituent les questions vraies et les questions 4, 6, 7, 8 et 9, les questions fausses. Pour chaque type de question, nous avons le schéma de pondération suivant :

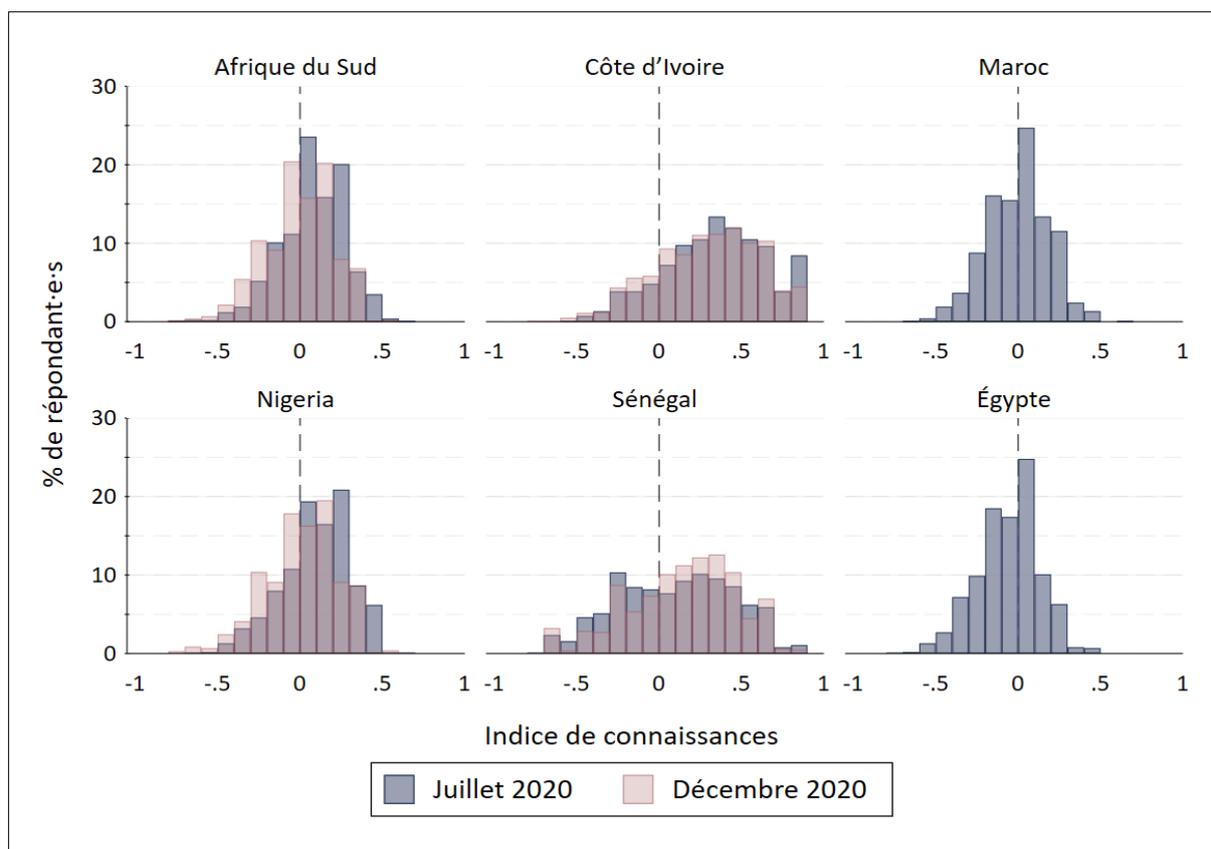
Modalité	Questions vraies	Questions fausses
Absolument vrai	5	-5
Probablement vrai	4	-4
Ne se prononce pas	3	-3
Probablement faux	2	-2
Absolument faux	1	-1

Pour chaque individu nous faisons ensuite la somme pour les 10 questions du schéma de pondération. Cet somme est ensuite standardisé entre -1 et 1 ce qui permet de mieux situer chaque pays autour d'une valeur centrée en 0 qui s'interprète comme une proportion identique de « bonnes » et « mauvaises » réponses. Les individus avec un indice négatif auront une méconnaissance du virus qui domine et les personnes avec un indice positif une connaissance qui domine.

La Figure 11 propose une distribution de l'indice pour les deux vagues. Une opposition entre deux groupes de pays se révèle : ceux qui sont les plus exposés à une méconnaissance ou des croyances fortes autour du virus (Égypte, Maroc et Sénégal) et ceux les plus informés sur l'état des connaissances scientifiques du virus (Afrique du Sud, Côte d'Ivoire et Nigéria). L'hétérogénéité des réponses suggère la difficulté avec laquelle les gouvernements nationaux doivent intervenir tant sur le plan préventif (respect des gestes barrières) que curatif (réponse médicale à apporter dans les prochains mois).

Un deuxième résultat marquant est la très forte stabilité de la dynamique des connaissances. Aucune différence majeure n'apparaît entre juin et décembre 2020.

**Figure 11 : Distribution de l'indice de connaissance vs. méconnaissance du virus entre juin et décembre 2020**



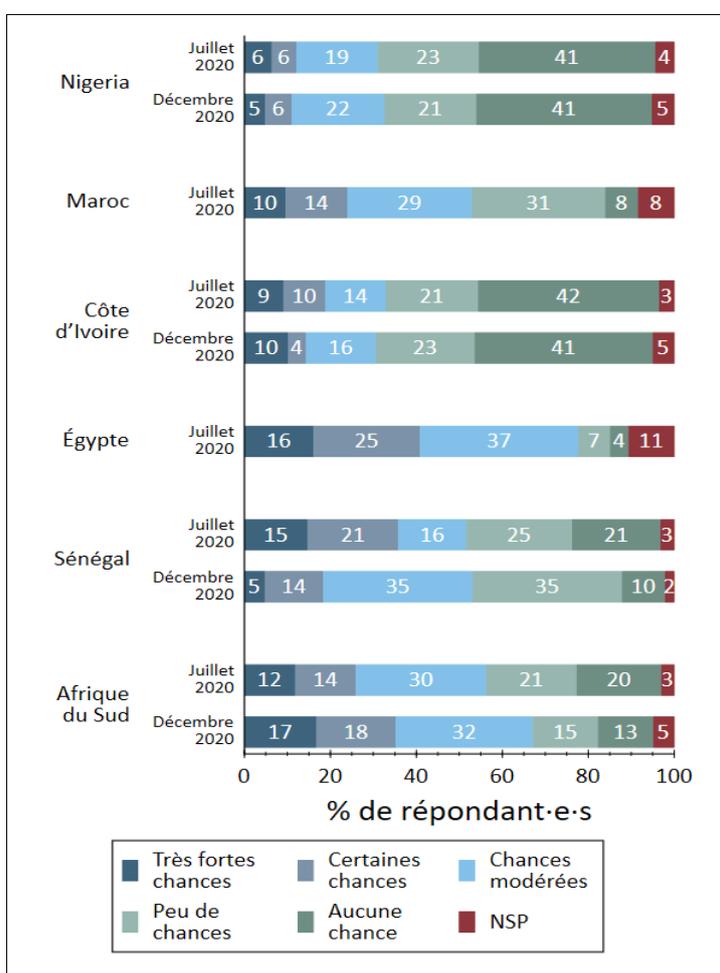
Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

Note de lecture : Les valeurs négatives de l'indice décrivent une propension plus grande à une méconnaissance du virus et inversement pour les valeurs positives.

## 2.2. Risques vis-à-vis de la maladie

Les travaux portant sur les dimension psychologiques et cognitives de la COVID-19 sont nombreux et confirment le rôle de la perception et de l'appréciation du risque individuel dans des comportements et attitudes sanitaires<sup>6</sup>. Cette dimension nous semblait importante d'être prise en compte dès le début de nos enquêtes car elle permettait de mieux qualifier l'incertitude dans laquelle les personnes se trouvaient (bien que risque et incertitude différent théoriquement et empiriquement). C'est pour cette raison que nous retenons le terme de risque car nous avons cherché à déterminer une probabilité du risque sanitaire en demandant aux personnes interrogées d'indiquer sur une échelle allant de 1 (« aucune chance ») à 5 (« très fortes chances ») quelles sont les chances qu'elles attrapent un jour le coronavirus.

**Figure 12 : Perception des risques d'être infecté par le virus**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

<sup>6</sup> Attema, Arthur E., O. L'Haridon, J. Raude, V. Seror, and COCONEL Group (P. Peretti-Watel, S. Cortaredona, O. Launay, J. Raude, P. Verger, C. Alleaume, L. Fressard, F. Beck, S. Legleye, and J. Ward). 2021. Beliefs and Risk Perceptions About COVID-19: Evidence From Two Successive French Representative Surveys During Lockdown. *Frontiers in Psychology* 12, 72. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2021.619145>  
 Birhanu, Z., Ambelu, A., Fufa, D. et al. Risk perceptions and attitudinal responses to COVID-19 pandemic: an online survey in Ethiopia. *BMC Public Health* 21, 981 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10939-x>  
 Mondino, E., Di Baldassarre, G., Mård, J. et al. Public perceptions of multiple risks during the COVID-19 pandemic in Italy and Sweden. *Scientific Data* 7, 434 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41597-020-00778-7>

La Figure 12 montre l'évolution entre les vagues 1 et 2 de la perception du risque d'être infecté par le virus. En Côte d'Ivoire et au Nigéria, les répondants expriment une grande constance avec près des deux tiers d'entre eux considérant qu'ils n'ont peu ou pas de chances de l'attraper.

Au Sénégal, la situation a évolué par une centralisation des perceptions. Alors que les Sénégalais étaient 21 % en vague 1 à considérer qu'ils n'avaient aucune chance de l'attraper en juin 2020, ce seuil est tombé à 10 % en décembre 2020 (vague 2). À l'autre extrémité, ils sont trois fois moins nombreux en décembre (5 % vs. 15 % en juin 2020) à déclarer avoir de très fortes chances de l'attraper. On peut parler de centralisation au sens où la modalité intermédiaire (« chances modérées ») a grimpé à 35 % en décembre (contre 16 % en juin).

Enfin, l'Afrique du Sud est le seul pays où les citoyens perçoivent clairement un risque plus élevé. Toutes les catégories progressent vers une accentuation du risque. Alors que près de 41 % d'Africains du Sud écartaient la possibilité d'être infecté en juin 2020, ils ne sont plus que 28 % à percevoir la même immunité six mois plus tard (ce résultat est corroboré par une hausse de 7 points de % de la proportion de personnes plutôt certaines ou certaines d'être infectées).

### 3 . L'évaluation de la gestion de la crise

Parmi les éléments d'appréciation des conséquences du virus, nous avons interrogé les répondants sur leur représentation des conséquences autour de deux dimensions : la santé et l'économie. Les raisons de ce choix tiennent aux répercussions en termes d'action publique pour les gouvernements.

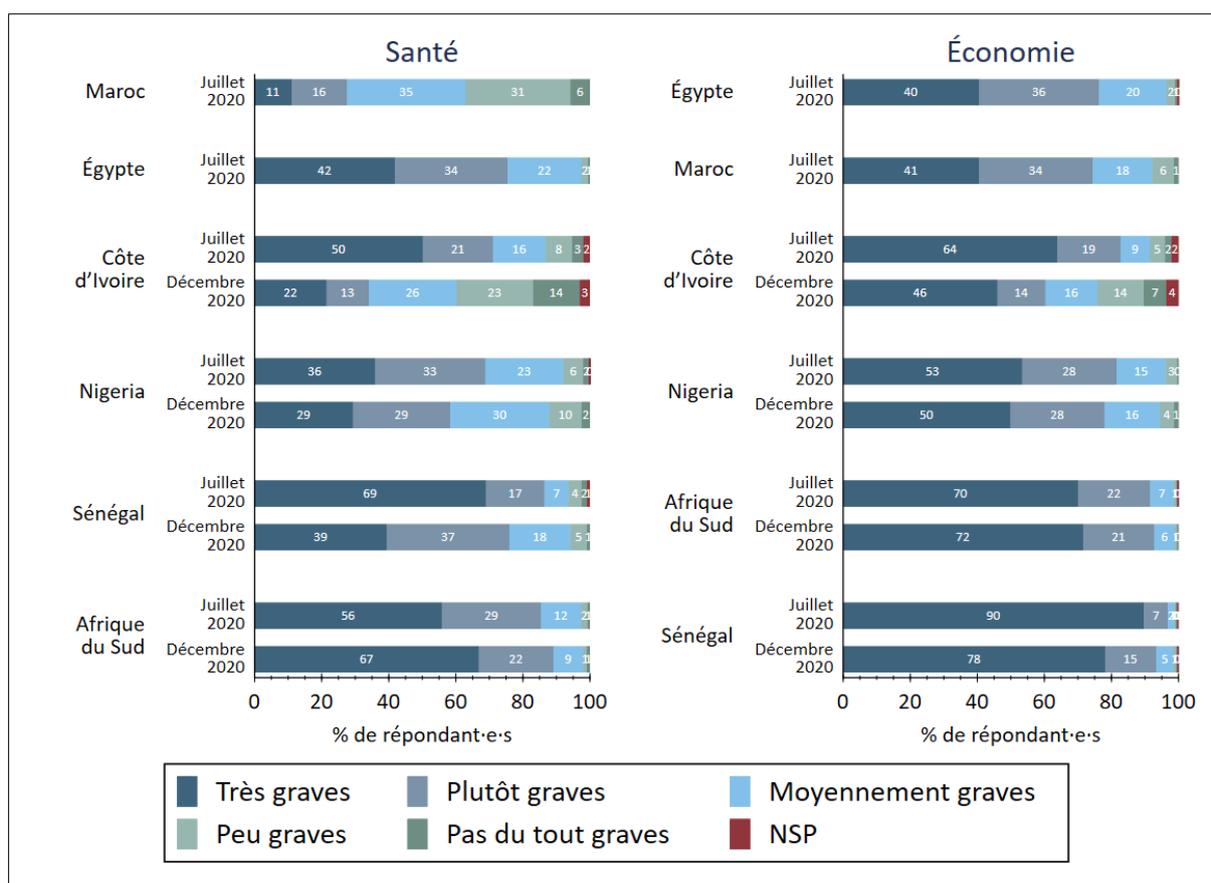
Alors que nous avons observé dans la première partie de ce rapport une faible exposition des sociétés africaines à la diffusion du virus, il n'en reste pas moins que des différences notables apparaissent entre les pays étudiés. À des fins de comparaison, nous avons retenu les mêmes échelles d'intensité allant de « très graves » à « pas graves du tout » (Figure 13).

Le premier résultat met en évidence une préoccupation généralisée pour les deux enjeux si l'on fait la somme des modalités « très graves » et « plutôt graves ». Le seul pays qui affiche une singularité dans la distribution des préoccupations en matière de santé est le Maroc puisque seule une minorité de Marocains expriment un niveau d'inquiétude global à 27 % contre 86 % pour le Sénégal, pays le plus préoccupé.

Le deuxième résultat important est la saillance de l'enjeu économique sur l'enjeu santé. En effet, les pays affichent des taux de préoccupation systématiquement plus élevés pour les conséquences économiques comparativement aux conséquences sanitaires. L'Égypte est le seul pays pour lequel le niveau de forte préoccupation s'établit dans des proportions identiques pour la santé et l'économie (42 % d'Égyptiens reconnaissent des conséquences santé très graves et 40 % très graves pour l'économie). Par ailleurs, le Maroc se singularise par un écart substantiel entre les deux dimensions (plus 30 points de pourcentage).

Le troisième résultat porte sur la dynamique des perceptions. Sur l'enjeu le moins saillant (la santé), tous les pays (à l'exception de l'Afrique du Sud) interrogés à deux reprises affichent des taux de préoccupation moins importants en décembre 2020. La Côte d'Ivoire et le Sénégal enregistrent des baisses respectives de 28 et 30 points de pourcentage durant la période considérée. Sur le plan économique, la situation est plus contrastée car les évolutions restent globalement stables avec une perception pour plus de 50 % des répondants de conséquences économiques « très graves ». Un seul pays fait exception : la Côte d'Ivoire. En effet, les Ivoiriens ont modifié en profondeur leur structure de perceptions économiques devenant moins anxieux ou catastrophiques passant de 83 % d'entre eux très inquiets à 60 %. Là encore, la faible exposition de la Côte d'Ivoire au coronavirus semble avoir joué un rôle favorable sur une structure moins anxiogène des perceptions futures sur leur économie.

**Figure 13 : Perceptions des conséquences sanitaires et économiques de la crise COVID**



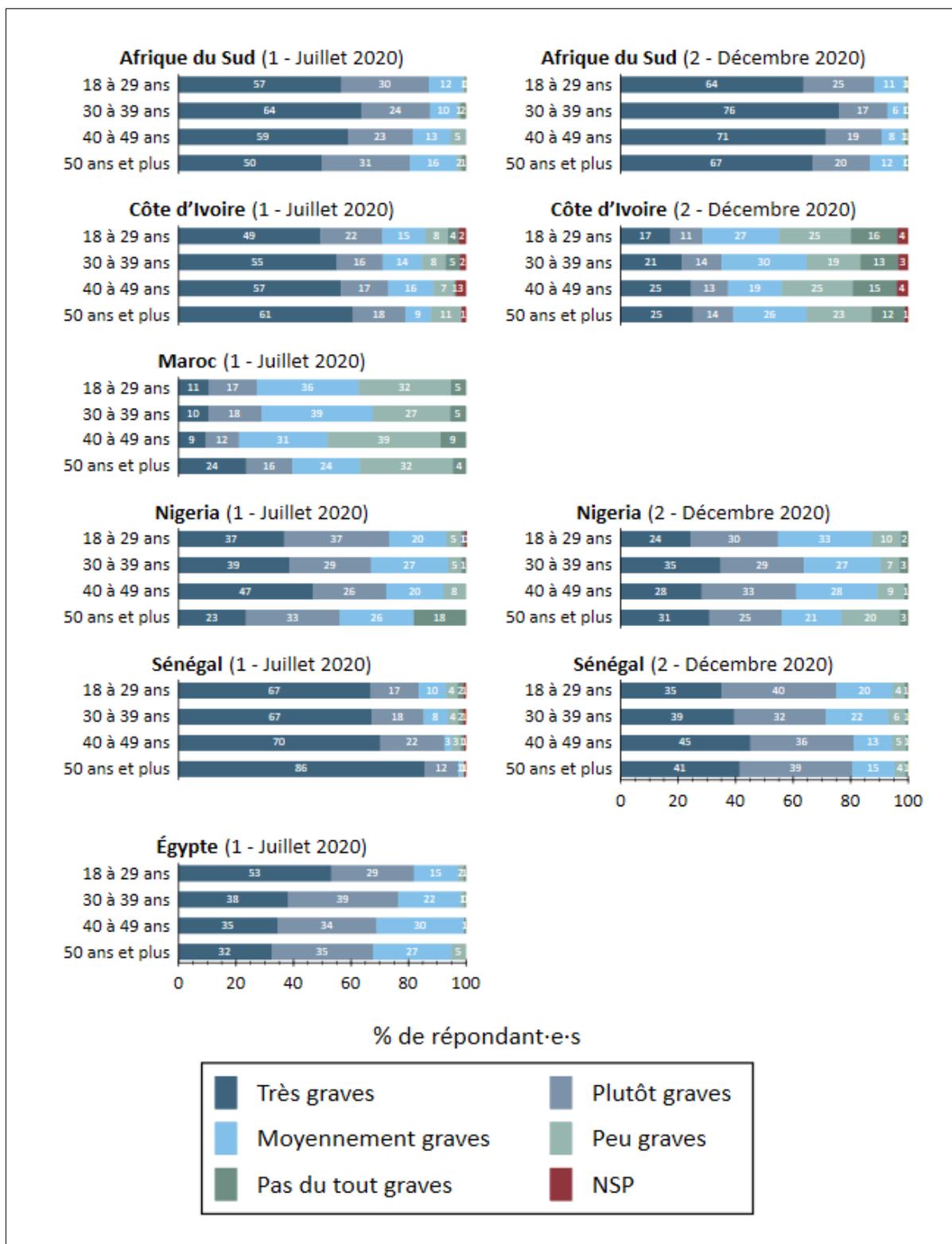
Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

En formulant l'hypothèse que les perceptions peuvent varier selon l'âge des répondants, nous anticipons que plus le répondant est âgé, plus les conséquences de la crise COVID pour la santé seront perçues comme « très graves » ou « graves ». Cette corrélation semble se vérifier de manière certaine dans trois pays (Figure 14) : la Côte d'Ivoire, le Sénégal et le Maroc. À l'inverse, s'il n'y a pas de corrélation apparente pour l'Afrique du Sud, c'est la relation inverse qui s'établit au Nigeria et en Égypte où plus les personnes sont jeunes, plus elles jugent les conséquences sanitaires comme « graves ».

En matière économique (Figure 15), l'hypothèse contraire devrait s'établir ainsi : « plus les personnes sont jeunes, plus elles perçoivent les conséquences comme « graves » en raison de perspectives d'entrée sur le marché du travail menacées ou de craintes sur le maintien de leur situation professionnelle.

Les résultats sont moins concluants car à l'exception de l'Égypte, rares sont les pays où une telle césure s'opère selon l'âge des répondants. C'est même le contraire qui se produit au Nigeria et au Maroc.

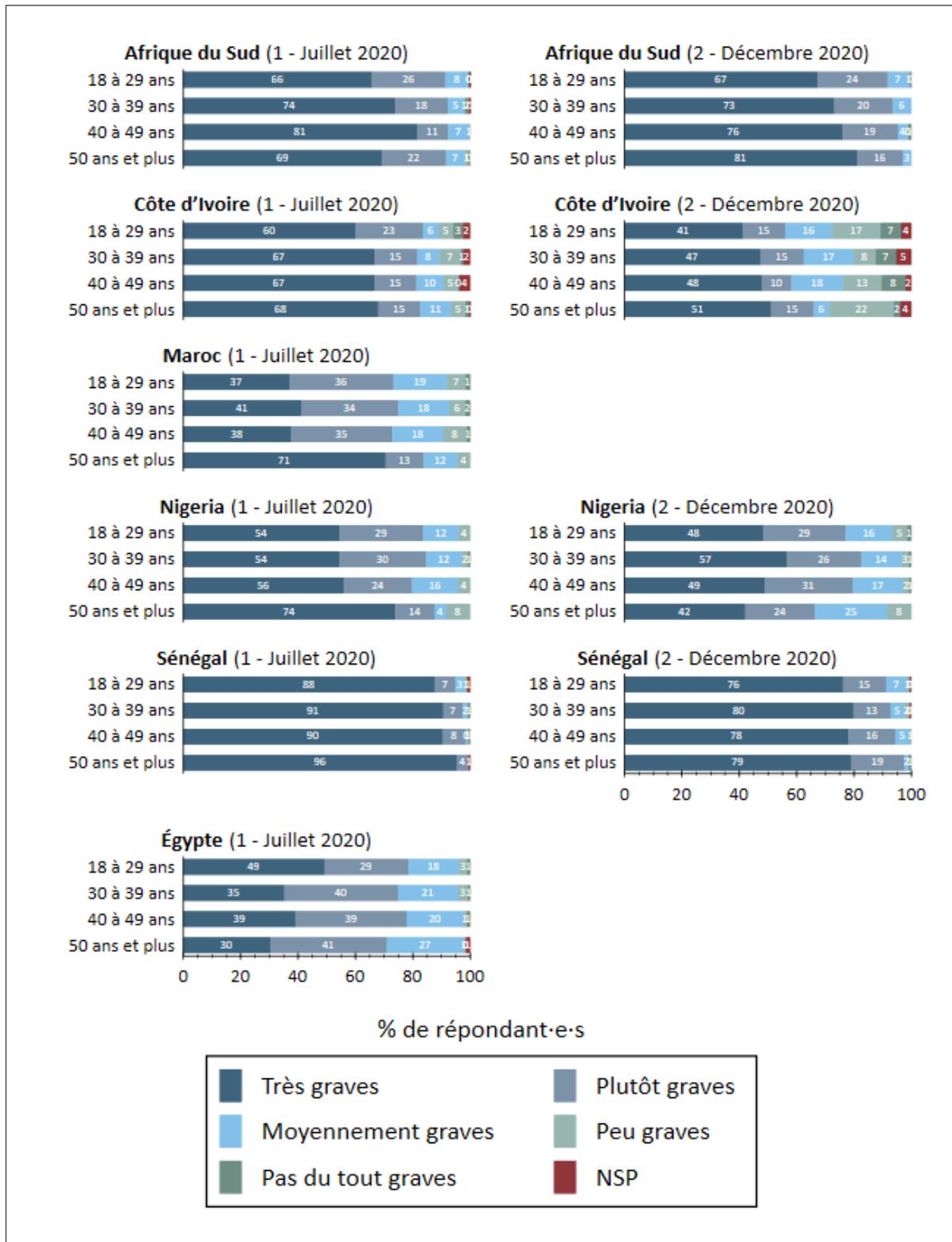
**Figure 14 : Perceptions des conséquences sanitaires par classe d'âge entre juin/juillet et décembre 2020**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

Note de lecture : 57 % des Sud-Africains âgés de 18 à 29 ans considèrent les conséquences sanitaires de la crise COVID comme « très graves » en juin 2020 contre 64 % en décembre 2020.

Figure 15 : Perceptions des conséquences économiques par classe d'âge



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

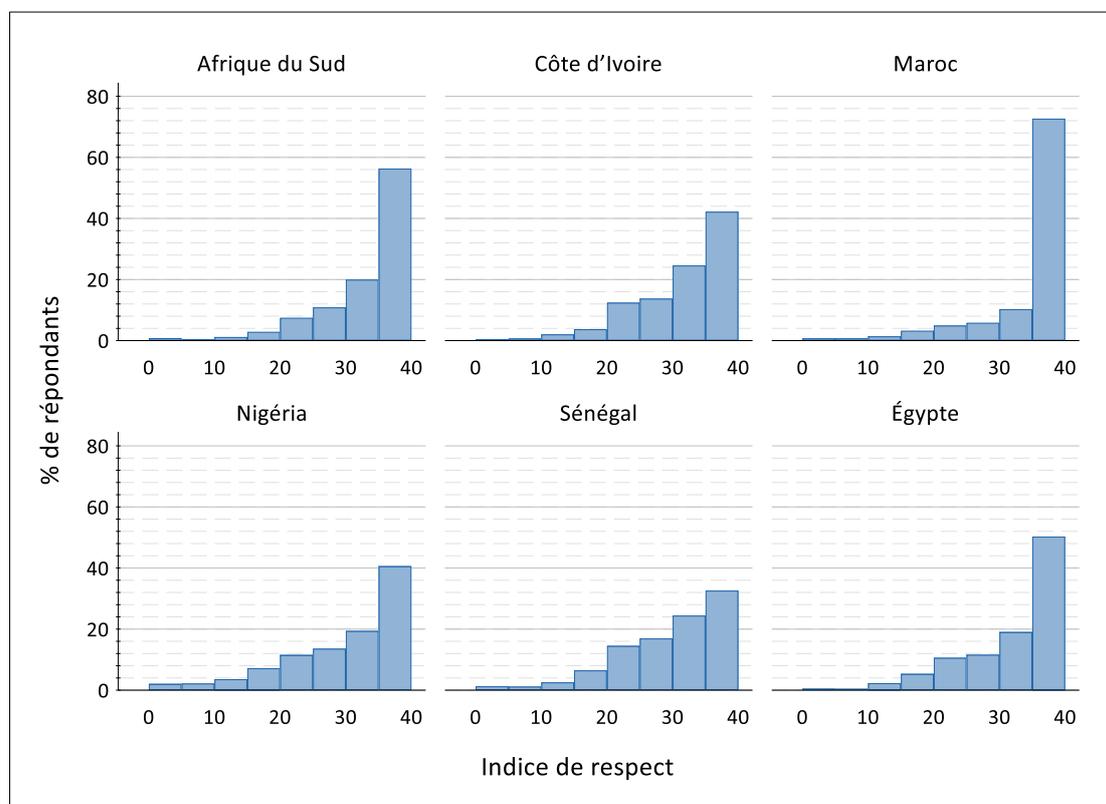
## 4. Respect des gestes barrière

Dans l'ensemble des pays de notre échantillon, une forte majorité de répondants déclarent avoir changé de comportement de manière significative depuis le début de l'épidémie. Il ressort une tendance générale proche de celle observée dans les pays enquêtés de l'OCDE, à savoir un niveau élevé de respect des gestes barrières. Pour analyser le niveau de respect des populations enquêtées, nous avons construit un indice de respect. C'est un indice additif ( $\alpha$  de Cronbach 0,78) construit à partir des 4 questions suivantes posées systématiquement pour les 6 pays en vague 1 :

- Q1. Vous vous lavez plus souvent et/ou plus longtemps les mains.
- Q2. Vous avez arrêté de saluer en serrant la main ou en faisant la bise.
- Q3. Vous gardez une distance d'un mètre avec d'autres personnes hors de chez vous.
- Q4. Vous évitez les lieux fréquentés.

La valeur 0 de l'indice signifie un non-respect total des mesures sanitaires et la valeur 40 signifie un respect complet de toutes les mesures retenues pour cet indice.

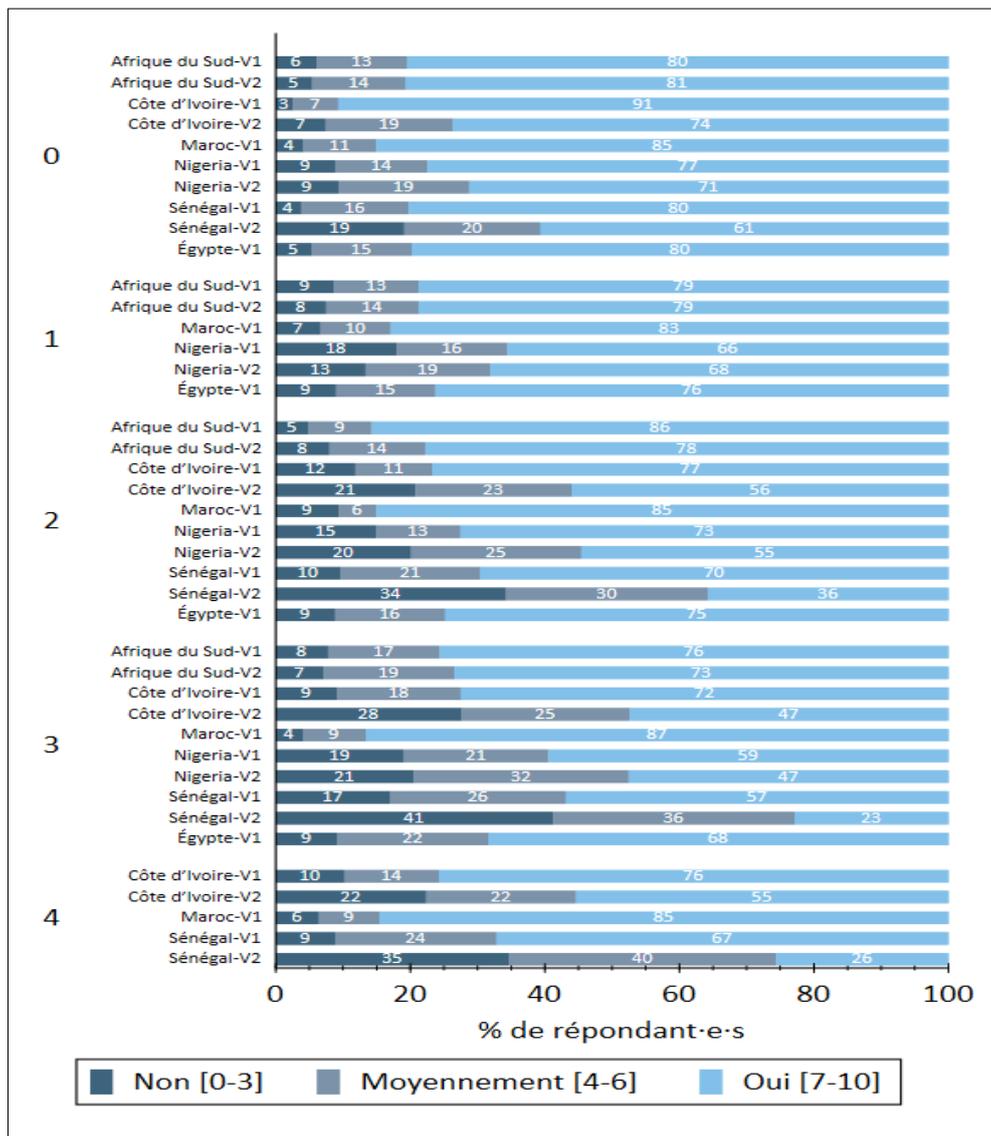
Figure 16 : Distribution de l'indice de respect (vague 1)



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1).

Il ressort de cet indice synthétique deux groupes de pays : les plus obéissants (Maroc, Égypte, Afrique du Sud) pour lesquels la médiane se situe entre à 90 % de taux d'obéissance et les moins obéissants (Côte d'Ivoire, Sénégal et Nigéria) dont moins de 40 % des répondants se situent à 90 % de taux d'obéissance. En mettant désormais la focale sur l'ensemble des mesures ou recommandations sanitaires et leur évolution dans le temps, la Figure 17 présente l'évolution et l'hétérogénéité des niveaux de respect de certains gestes barrières ou mesures préventives.

**Figure 17 : Niveau de respect des gestes barrières**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative.

**Liste des questions :** « Du fait de l'épidémie de coronavirus, dans votre comportement quotidien, diriez-vous que... ? Donnez-moi à chaque fois une note de 0 à 10, « 0 » signifiant « non, pas du tout », « 10 » signifiant « oui, tout à fait », les notes intermédiaires vous permettant de nuancer votre réponse ».

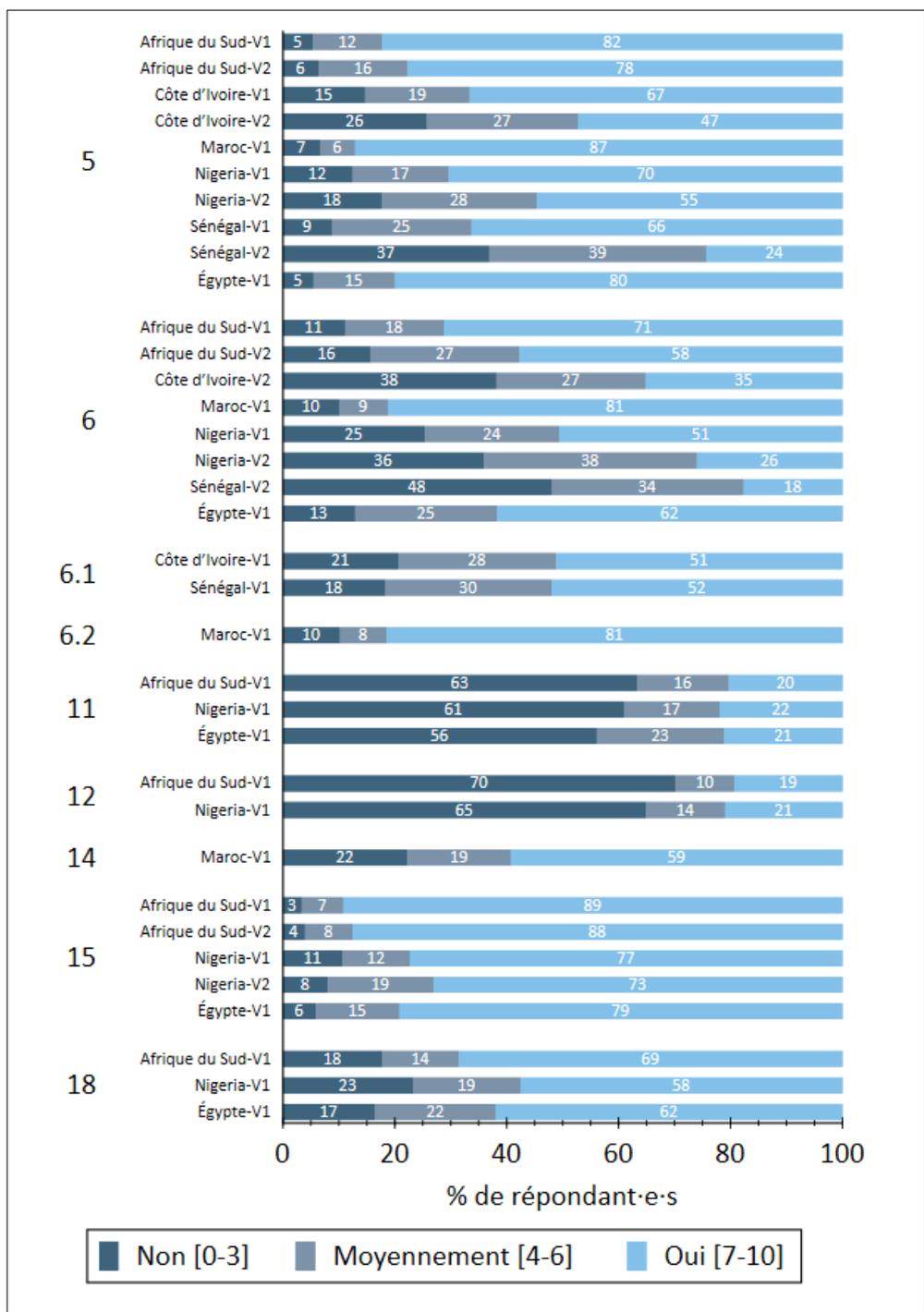
0 : Vous vous lavez plus souvent et/ou plus longtemps les mains

1 : Vous toussiez ou éternuez dans votre coude ou un mouchoir

2 : Vous avez arrêté de saluer en serrant la main ou en faisant la bise

3 : Vous gardez une distance d'un mètre avec d'autres personnes hors de chez vous

4 : Vous avez diminué vos déplacements



5 : Vous évitez les lieux fréquentés

6 : Vous avez arrêté de rencontrer vos amis

6.1.: Vous avez arrêté de rencontrer vos amis et votre famille

6.2.: Vous avez arrêté de rencontrer votre famille

7 : Vous avez fait une provision de masques de protection

8 : Vous avez fait des provisions de nourriture et de produit d'hygiène

9 : Vous avez changé de lieu de résidence

10 : Vous avez pris des médicaments d'avance à la pharmacie

11 : Vous prenez plus de médicaments pour lutter contre le stress, l'anxiété ou les insomnies (somnifères, ...).

12 : Vous avez tendance à consommer un peu plus de vin, de bières ou d'alcool

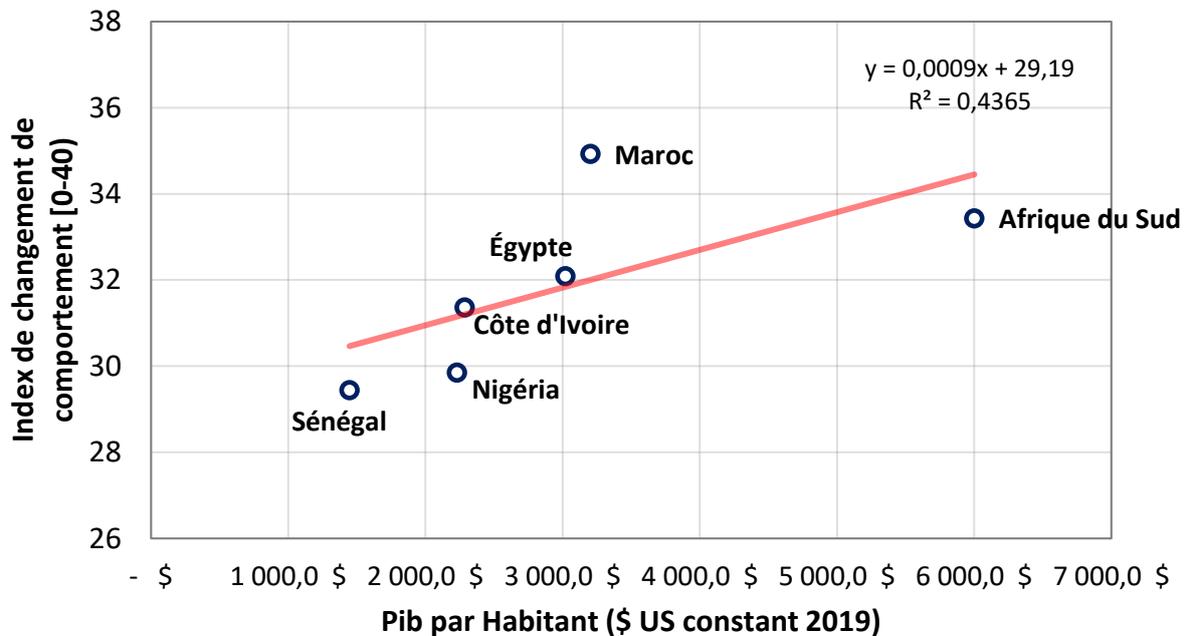
14 : Vous avez diminué les contacts physiques avec les autres membres de votre foyer.

15 : Vous portez un masque ou une protection sur le nez et la bouche lorsque vous sortez de chez vous.

18 : Vous sortez de chez vous moins d'une fois par jour en moyenne.

En conduisant de manière exploratoire et descriptive une analyse d'association entre la moyenne de l'indice de respect des mesures sanitaires (c'est-à-dire déclarer avoir changé de comportement) et la richesse économique des pays étudiés (PIB / hab.), la Figure 18 montre une relation intéressante qui suggère que le respect des politiques sanitaires recommandées est corrélé à la richesse des nations.

**Figure 18 : Relation entre indice de respect et richesse économique**



Au-delà de toute implication causale, cette figure montre que derrière le niveau de richesse individuelle se masquent à la fois des effets d'éducation et des effets différenciés de diffusion de la maladie. Ce résultat offre des perspectives d'analyse prometteuses sur le terrain du civisme et de la richesse économique individuelle. Les travaux de A. Wright et al. (2020) aux États-Unis et ceux de R. Durante et al. (2020) en Italie en période de crise sanitaire sont une piste à suivre pour l'Afrique<sup>7</sup>. Dans la première étude les auteurs démontrent que les quartiers de résidents à faibles revenus présentent des taux d'obéissance aux mesures de maintien à domicile plus faibles que les quartiers de résident à hauts revenus. Ici, le niveau de richesse économique individuel joue comme un facteur décisif pour favoriser l'application des mesures de distanciation sociale.

Dans la seconde étude, les auteurs montrent sur des données locales italiennes que la mobilité a davantage diminué dans les régions bénéficiant d'un fort capital civique, mesuré par le taux de donneurs de sang, comparé aux autres régions. Ils estiment que si l'ensemble des régions avaient le même capital civique que celui des régions du quartile supérieur, les décès liés au Covid serait de 60 % inférieur.

<sup>7</sup> Wright, Austin L et al. "Poverty and economic dislocation reduce compliance with COVID-19 shelter-in-place protocols." *Journal of economic behavior & organization* 180 (2020): 544-554. doi:10.1016/j.jebo.2020.10.008.  
Ruben Durante, Luigi Guiso, Giorgio Gulino. Asocial capital: Civic culture and social distancing during COVID-19. *Journal of Public Economics* 194 (2021), <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104342>.

## 5. Adhésion aux politiques de lutte contre la COVID-19

---

### 5.1. Analyse descriptive

---

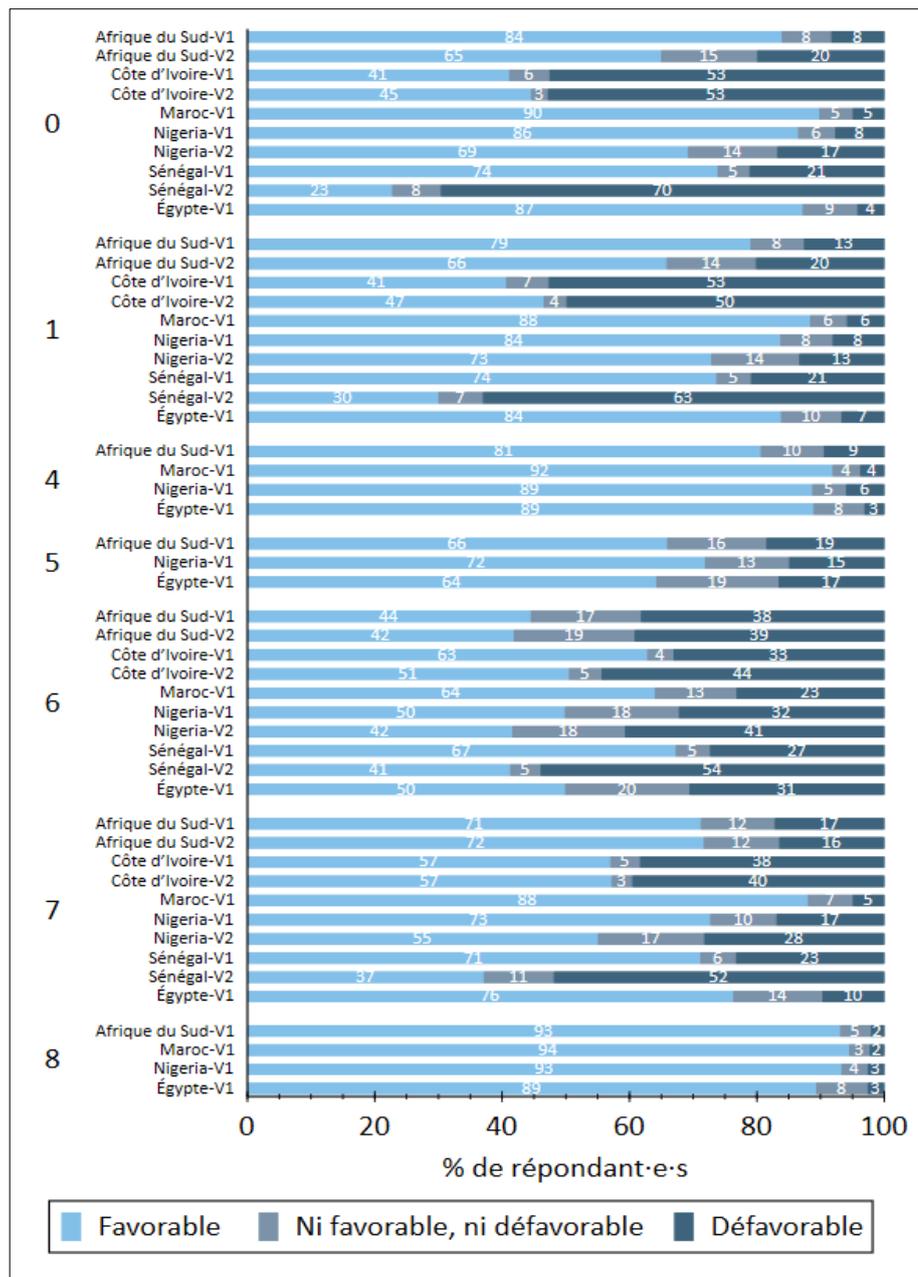
Si le niveau de respect des gestes barrières est globalement élevé, il ne traduit qu'imparfaitement son caractère crucial dans la réussite des gouvernements de pays moins exposés à l'épidémie. En effet, l'une des raisons aujourd'hui avancées dans la littérature sur la performance des pays à endiguer l'épidémie (ou à ralentir sa progression) est l'adhésion des citoyens à des mesures préventives mais socialement acceptées ou à des mesures fortement contraignantes (voire liberticides) peu acceptées socialement.

À l'échelle du continent africain, le degré d'adhésion des citoyens à des mesures qui peuvent paraître arbitraires suppose de contextualiser l'environnement institutionnel et politique. Ce travail implique de construire plusieurs échelles d'attitudes des citoyens pour les confronter aux résultats que nous avons obtenus en soumettant les répondants à une série de mesures de lutte contre la COVID-19 qui ne correspondent pas nécessairement à la situation des pays enquêtés. En effet, notre objectif consistait ici à présenter de manière « détachée » ces mesures en choisissant la formulation suivante : « *Voici une série de mesures appliquées dans certains pays contre la propagation du coronavirus. Y êtes-vous tout à fait favorable, plutôt favorable, ni favorable ni défavorable, plutôt défavorable ou tout à fait défavorable ?* ».

Certaines des mesures n'ont pas été posées dans chacun des pays, soit pour des raisons de durée du questionnaire, soit pour des raisons de cohérence par rapport à la situation du pays. Il en va ainsi de la question de l'interdiction de tout rassemblement de 2 personnes ou plus en dehors des membres du foyer pour le Maroc, la Côte d'Ivoire et le Sénégal.

À partir des réponses cumulées, un indicateur composite est construit en distinguant les mesures concernant les fermetures ciblées de certains lieux de brassage (écoles, commerces non essentiels et frontières) des mesures préventives générales impactant plus directement les libertés individuelles (utilisation des données, confinement général couvre-feu).

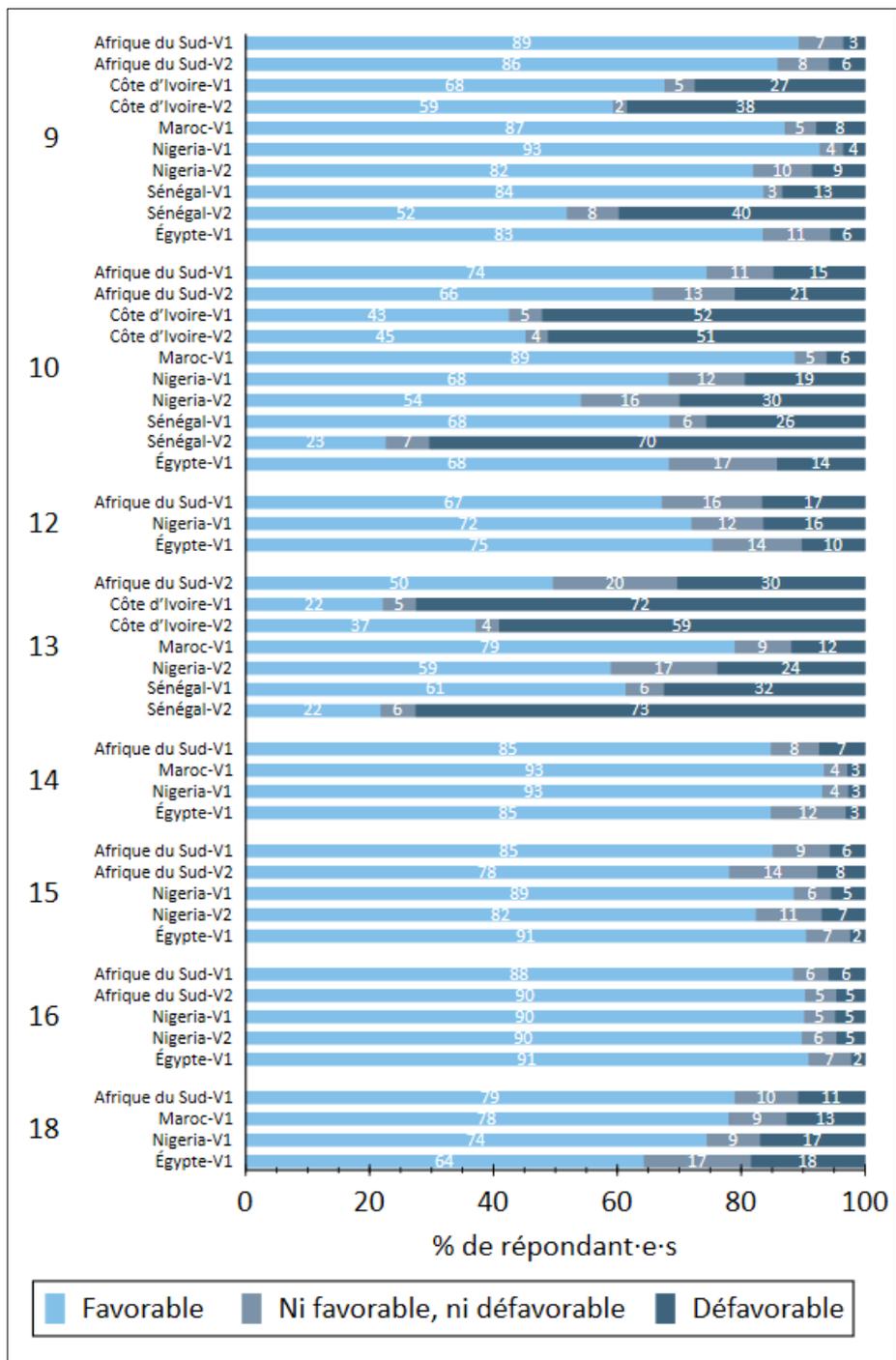
**Figure 19 : Adhésion aux politiques de lutte contre la COVID**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative.

**Questions :** « Voici une série de mesures appliquées dans certains pays contre la propagation du coronavirus (N-Covid19). Y êtes-vous tout à fait favorable, plutôt favorable, ni favorable ni défavorable, plutôt défavorable ou tout à fait défavorable ? »

0. La fermeture des crèches, écoles et universités
1. La fermeture des commerces non-indispensables (bar, magasins hors alimentaires et santé, etc.)
4. L'interdiction des déplacements non-essentiels
5. La fermeture des transports publics
6. L'utilisation des données des téléphones portables des citoyens pour contrôler les déplacements des citoyens
7. L'instauration d'un couvre-feu et d'un contrôle des déplacements par la police, la gendarmerie et l'armée
8. L'instauration de contrôles médicaux et de mise en quarantaine obligatoire pour les personnes entrant en [pays]

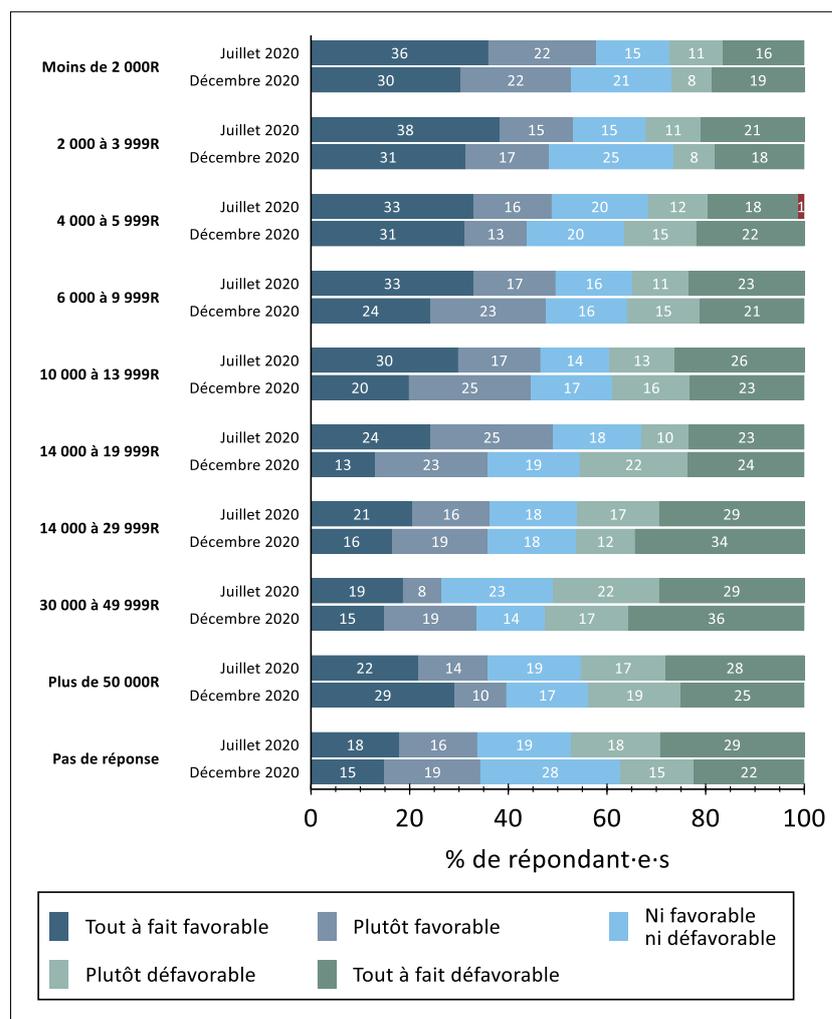


- 9. La fermeture des frontières du pays pour les étrangers
- 10. Le confinement général de la population avec interdiction de sortie du domicile (sauf pour raisons médicales)
- 12. L'interdiction de tout rassemblement de 2 personnes ou plus en dehors des membres du foyer
- 13. La fermeture de toutes les entreprises et institutions non vitales
- 14. La mise en quarantaine obligatoire de tous les patients infectés dans des lieux dédiés hors de leur domicile
- 15. Un test de dépistage systématique du COVID-19
- 16. Le port obligatoire d'un masque ou d'une protection sur le nez et la bouche hors du domicile
- 18. L'interdiction de rassemblements religieux (églises, mosquées...)

La Figure 19 permet de visualiser immédiatement un fort degré d'adhésion (souvent supérieur à 75 % d'opinions favorables) à l'ensemble des mesures quel que soit leur nature contraignante. Une exception à ce tableau concerne l'usage des données des téléphones portables pour contrôler les déplacements individuels. Cette mesure (qui n'est mis en place dans aucun des pays enquêtés) qui a fait l'objet de nombreuses polémiques ou débats vifs en Europe recueille un nombre d'avis défavorables plus important (en moyenne 30 %) dans les six pays. L'opposition y est même plus marquée en Afrique du Sud, et dans une moindre en Égypte et au Nigéria. Dans les trois autres pays, francophones, il semble que le caractère attentatoire aux libertés individuelles ne se pose pas dans les mêmes termes. Parmi les explications, la distinction entre conditions matérielles (revenus et actifs possédés) et conditions post-matérielles (autonomie, affirmation de soi...) pour reprendre la notion du sociologue R. Ingelhart suggère de prendre en compte les éléments objectivables et les éléments plus subjectifs pour caractériser les individus.

Une intuition d'un tel clivage est donnée par la Figure 20 qui suggère, de manière simple voire trop simplifiée, que plus le niveau de revenus est élevé et plus l'acceptation d'une telle mesure est faible.

**Figure 20 : Adhésion à l'usage du téléphone à des fins de contrôle des déplacement et niveau de revenu (Afrique du Sud)**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1, Afrique du Sud).

---

## 5.2. Analyse économétrique des déterminants d'adhésion aux mesures sanitaires <sup>8</sup>

---

Comme nous l'avons indiqué en début de ce rapport, nos enquêtes de terrain ont été administrées durant une période de faible intensité de diffusion du coronavirus, à l'exception de l'Afrique du Sud et dans une moindre mesure au Nigéria.

C'est pourquoi, une analyse plus fouillée des déterminants de l'obéissance réelle (ou déclarée) aux mesures de confinement ou de restriction n'est pas opportune. À l'inverse, une meilleure connaissance des déterminants de l'adhésion à une variété de mesures réellement prises ou envisagées présente l'avantage de comprendre les ressorts individuels d'adhésion ou de rejet pour cette crise, et plus généralement pour d'autres crises sanitaires comparables.

### 5.2.1. Méthode

L'analyse descriptive de l'adhésion aux politiques de lutte contre la COVID-19 est complétée par une analyse multivariée en estimant par les moindres carrés ordinaires, les facteurs qui influencent l'adhésion aux mesures sanitaires prises par le gouvernement. L'analyse multivariée que nous mobilisons fait appel aux modèles économétriques de régression linéaire qui permettent d'identifier les caractéristiques individuelles qui seraient associées à une meilleure acceptation des mesures sanitaires de manière à fournir aux autorités des informations aidant à améliorer l'efficacité des politiques de communication et de prévention. Nous analysons notamment dans un premier temps le rôle des variables socio-démographiques, puis celui des émotions et enfin celui de la confiance institutionnelle.

L'analyse économétrique est menée pour les quatre pays où deux vagues de réponses sont disponibles : la Côte d'Ivoire, le Nigéria, le Sénégal et l'Afrique du Sud.

### 5.2.2. Variable dépendante

Afin d'estimer les déterminants de l'adhésion aux politiques de lutte contre la COVID-19, deux indices synthétiques d'adhésion aux politiques de lutte contre la COVID-19 ont été construits. Parmi les mesures listées dans la section 4, nous avons sélectionné celles ayant été posées dans chacun des quatre pays sélectionnés pour cette analyse et nous les avons réparties en deux groupes : un indice d'adhésion aux mesures sanitaires ciblées et un indice d'adhésion aux mesures sanitaires générales. Cette distinction est essentielle car les conséquences des politiques sanitaires globales sont susceptibles de contraindre plus fortement les libertés individuelles et s'appliquent à une plus large population.

---

<sup>8</sup> Cette section a été préparée avec l'aide d'Eva Davoine, assistante de recherche et doctorante (DI) à l'Université de Berkeley.

### **Indice d'adhésion aux mesures sanitaires ciblées :**

Cet indice regroupe les mesures suivantes :

0. La fermeture des crèches, écoles et universités ( $MESCORO_0$ )
1. La fermeture des commerces non-indispensables (bar, magasins hors alimentaires et santé, etc.) ( $MESCORO_1$ )
9. La fermeture des frontières du pays pour les étrangers ( $MESCORO_9$ ).

Ces trois mesures sont communes aux quatre pays d'analyse et concernent la fermeture de lieux de brassage spécifiques où la COVID circulerait rapidement.

Chacune des réponses à ces mesures a été dichotomisée sur une échelle allant de 0 à 1 et prend la valeur 1 (0 sinon) si la personne interrogée a répondu « Tout à fait favorable » ou « Plutôt favorable » à la mise en place de la mesure en question. Nous avons ensuite calculé la moyenne des mesures dichotomisées pour construire l'indice composite d'adhésion aux mesures sanitaires ciblées suivant :

$$Indice_1 = \frac{MESCORO_0 + MESCORO_1 + MESCORO_9}{12}$$

### **Indice d'adhésion aux mesures sanitaires générales :**

Cet indice regroupe les mesures suivantes :

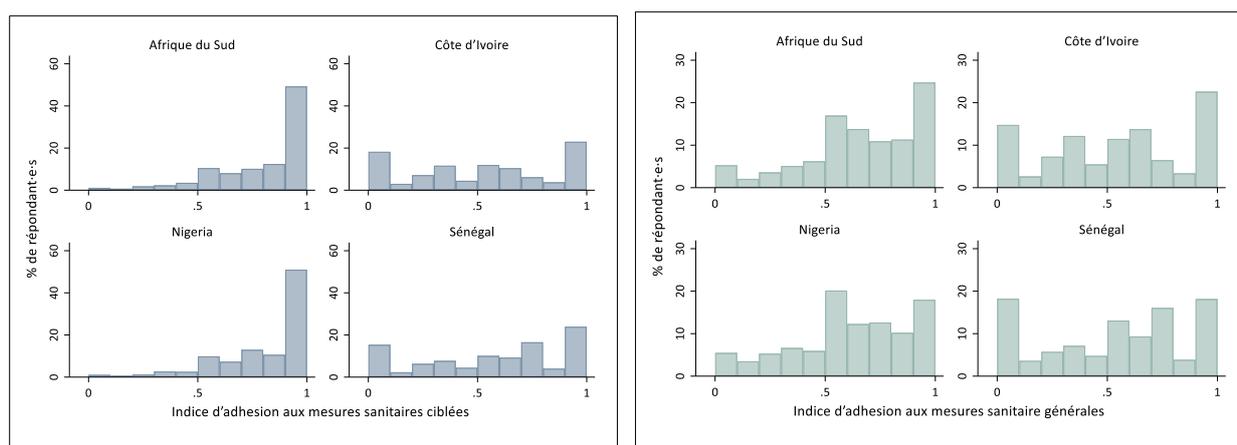
6. L'utilisation des données des téléphones portables des citoyens pour contrôler les déplacements des citoyens ( $MESCORO_6$ )
7. L'instauration d'un couvre-feu et d'un contrôle des déplacements par la police, la gendarmerie et l'armée ( $MESCORO_7$ ).
10. Le confinement général de la population avec interdiction de sortie du domicile (sauf pour raisons médicales) ( $MESCORO_{10}$ ).

Ces trois mesures sont communes aux quatre pays d'analyse et sont des mesures préventives impactant globalement l'ensemble de la population. Nous construisons ce second indice de la même manière que le premier :

$$Indice_2 = \frac{MESCORO_6 + MESCORO_7 + MESCORO_{10}}{12}$$

La distribution des deux indices donnée par la Figure 21 montre un niveau d'adhésion plus grand pour les mesures sanitaires générales qui recoupent souvent des restrictions de liberté que les mesures ciblées qui correspondent à des mesures de fermeture de certains lieux ou établissements.

**Figure 21 : Distribution des indices d'adhésion**



Source : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1).

Note de lecture : La figure de gauche présente le premier indice (mesures sanitaires générales) et la figure de droite l'indice d'adhésion aux mesures sanitaires ciblées. La borne supérieure (1) correspond à un fort niveau d'adhésion et la borne inférieure (0) à un rejet des mesures sanitaires.

### 5.2.3. Variables explicatives

L'analyse économétrique permet d'identifier le rôle de différentes caractéristiques individuelles sur les deux indices d'adhésion. Nous analysons dans un premier temps le rôle des variables sociodémographiques, celui des émotions dans un second temps et enfin de la confiance institutionnelle.

#### Les facteurs socio démographiques

Nous avons tout d'abord regardé le rôle des caractéristiques sociodémographiques du répondant : genre, situation géographique, situation professionnelle, âge, niveau d'éducation et situation du logement. Nous avons estimé le rôle de chacune de ces variables en calculant les effets marginaux par rapport à leur référence :

Variable socio démographique	Référence
Genre	Homme
Situation Géographique	Zone urbaine
Situation Professionnelle	Le répondant ne travaille pas
Age	Premier quartile <sup>9</sup>
Éducation	Pas d'éducation
Situation du logement	Case

<sup>9</sup> Nous avons découpé la variable continue de l'âge en quartiles, plutôt qu'en grandes catégories d'âge fixe. En effet, l'espérance de vie varie fortement entre les pays de notre échantillon, l'effet d'avoir 60 ans en Afrique du Sud n'est pas le même que d'avoir le même âge au Nigéria.

## **Les émotions**

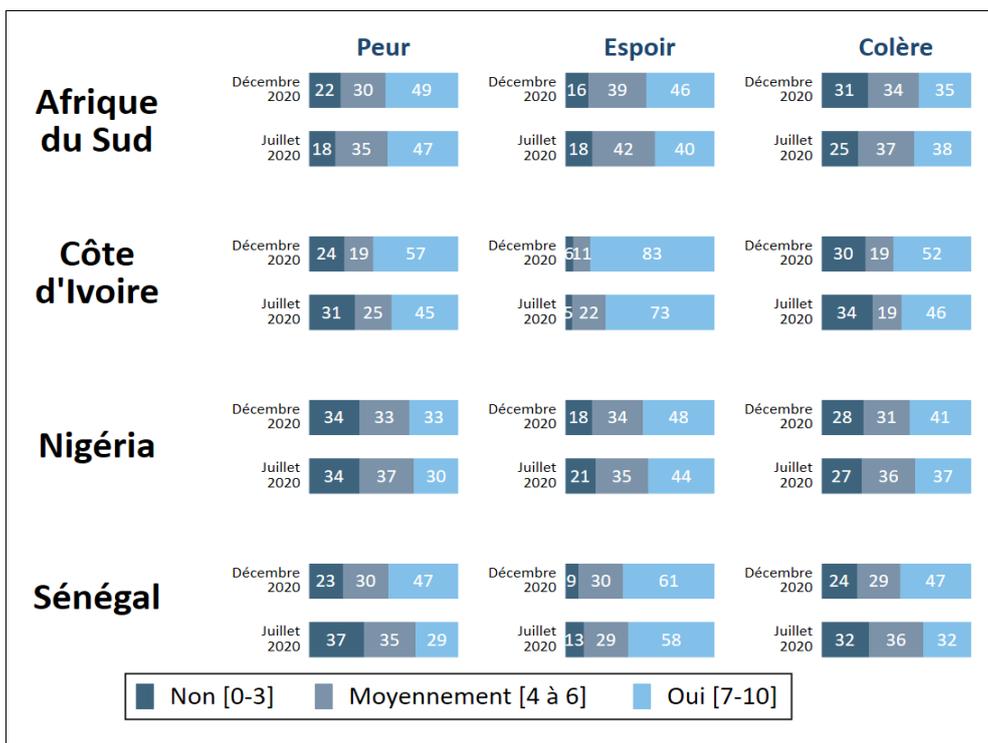
Nous avons regardé ensuite le rôle des émotions, et plus particulièrement celui de la peur, la colère et de la perception du risque d'attraper la COVID. Pour étudier la peur et la colère, nous avons analysé les réponses à la question suivante : « *Quand vous pensez à la situation liée au coronavirus (N-Covid19) au [nom du pays], pouvez-vous dire sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie « pas du tout » et 10 « Énormément » si vous éprouvez... ?* 1. De la peur 3. De la colère ». Nous avons créé un indicateur de peur et colère égal à 1 (0 sinon) si la réponse est supérieure ou égale à 7. La distribution des affects par rapport à la crise COVID est donnée en Figure 22.

Concernant la peur, elle évolue substantiellement en l'espace de six mois en Côte d'Ivoire (+ 12 points de pourcentage) et surtout au Sénégal (+ 18 points). Les deux pays francophones sont également ceux où le niveau de colère progresse mais dans des proportions moindres (respectivement + 6 pts et + 15 points en Côte d'Ivoire et Sénégal). Mais derrière ce portrait qui pourrait sembler morose, le niveau d'espoir atteint aussi des scores très élevés dans ces pays, bien supérieurs à ceux observés en Afrique du Sud et Nigéria.

Similairement, pour étudier le rôle de la perception du risque d'attraper la COVID nous avons étudié les réponses à la question : « Selon vous, quelles sont les chances que vous attrapiez un jour le coronavirus ou Covid-19 ? ». Nous avons créé un indicateur dichotomique de perceptions de risque élevé égal à 1 si la personne interrogée a répondu « 1. Très fortes chances » ou « 2. Certaines chances » et 0 pour les autres modalités (3. Chances modérées ou 4. Aucune chance). La distribution de cette variable en Figure 23 souligne la singularité du Nigéria et de la Côte d'Ivoire où leurs habitants affichent une faible inquiétude quant au risque d'infection (en moyenne près deux tiers d'entre eux). L'Afrique du Sud partage un sentiment différent avec une population plus anxieuse sur les risques de contamination en niveau et en dynamique.

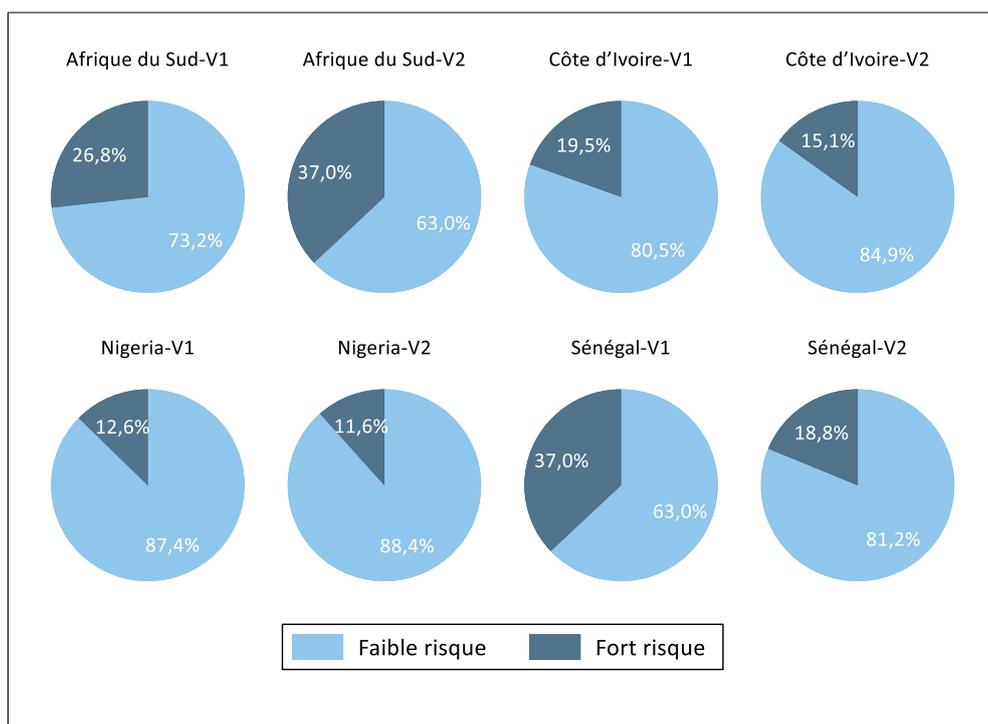
Nous avons également interagi les sentiments de peur et colère avec la perception de risque élevé d'attraper la COVID afin d'étudier l'effet combiné de telles variables subjectives.

**Figure 22 : Distribution des émotions face à la crise COVID**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

**Figure 23 : Distribution de la perception d'être infectée par le coronavirus**



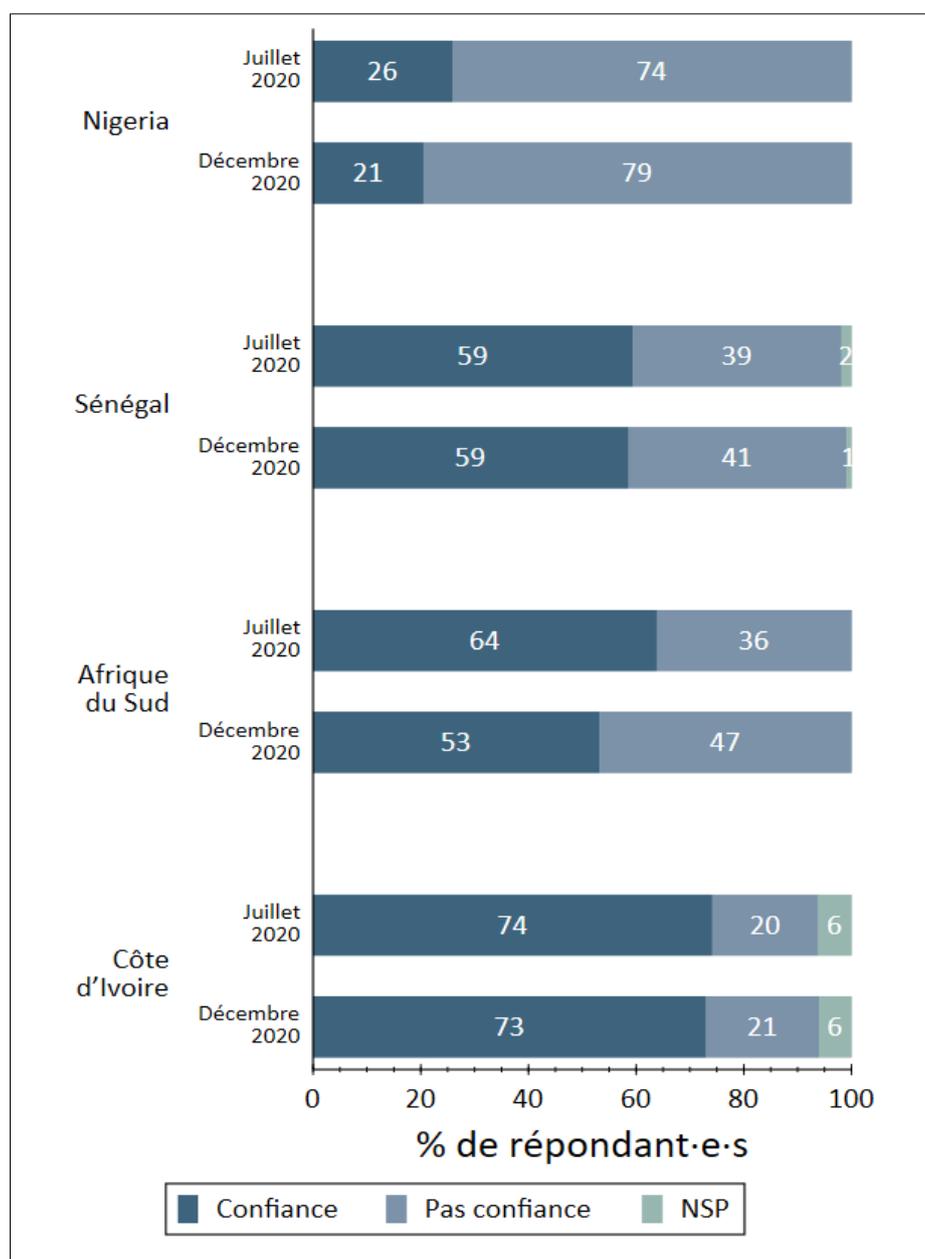
Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vagues 1 et 2).

### La confiance institutionnelle

Enfin, nous nous sommes intéressés au rôle de la confiance institutionnelle, particulièrement au rôle de la confiance accordée au Président du pays. Nous avons analysé les réponses à la question « Quelle confiance accordez-vous au Président de la République ? » et créé un indicateur de confiance dans le Président égal à 1 (0 sinon) si la personne interrogée a répondu « Tout à fait confiance » ou « Plutôt confiance ».

La distribution de la variable « confiance politique » (Figure 24) se singularise par deux traits distinctifs : 1- la stabilité au cours des deux périodes d'interrogation (notons toutefois une dégradation de 11 points de la confiance attribuée au président Cyril Ramaphosa en Afrique du Sud), et 2- la forte défiance à l'endroit du président Muhammadu Buhari au Nigéria.

Figure 24 : Confiance envers le Président



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 1 et 2).

#### 5.2.4. Résultats

L'ensemble des analyses économétriques ont été réalisées sur quatre pays et deux vagues. Des effets-fixes pays-vague ont été ajoutés afin de contrôler pour les caractéristiques propres à chacun des pays et chacune des périodes. Cela permet de contrôler notamment pour le nombre de morts, les différents taux de contamination et différentes intensités de circulation du virus ainsi que les différentes mesures mises en place aux moments où les enquêtes ont été administrées. Le pays-vague référence est la Côte d'Ivoire lors de la vague 1.

Le tableau 1 donne les résultats des estimations pour le premier indice d'adhésion (mesures générales) en retenant les variables explicatives d'intérêt. Chacune des spécifications retenues contient une série de contrôles individuels (socio-démographie) et d'effets fixes (pays x vague). La présentation de chacun des coefficients estimés, y compris les contrôles, est reportée en annexe.

Les résultats de l'analyse économétrique montrent que l'adhésion aux différentes politiques sanitaires dépend autant de perceptions subjectives que de variables sociodémographiques. En effet, le rôle des émotions et de la confiance institutionnelle semble un facteur clé pour expliquer l'adhésion aux mesures politiques de lutte contre la COVID-19.

Tout d'abord, il est important de noter la différence moyenne entre les deux indices d'adhésion. En effet, l'indice d'adhésion aux mesures sanitaires générales est en moyenne (0,59) supérieur à l'indice d'adhésion aux mesures sanitaires ciblées (0,69). Ce premier constat semble confirmer que la population a tendance à accepter plus difficilement les mesures ciblées, telles que les fermetures de lieux de brassage propices à une circulation facile du virus. Les mesures générales, qui concernent l'ensemble de la population, entraînent plus d'adhésion bien qu'elles contraignent plus fortement les libertés individuelles.

Un résultat important et commun aux deux indices d'adhésion est l'impact positif de la peur et l'impact négatif de la colère sur le niveau d'adhésion. La peur est toujours positivement et significativement corrélée à l'adhésion aux mesures sanitaires qu'elles soient ciblées ou générales. On retrouve presque toujours l'effet inverse pour la colère, de manière plus marquée pour l'adhésion aux mesures sanitaires générales (Tableau 2).

Par exemple, le fait d'avoir peur des conséquences de la crise augmente de 0,07 le niveau d'adhésion aux mesures ciblées et de 0,1 le niveau d'adhésion aux mesures générales.

Le rôle des émotions mérite donc d'être pris en compte dans la compréhension des comportements individuels. Autre variable subjective, la perception de risque élevé d'attraper la COVID est au même titre que la peur mais de manière moins systématique, associée positivement et significativement à l'adhésion, notamment aux mesures générales. Le fait d'admettre un risque élevé d'attraper le COVID augmente de 0,05 le niveau d'adhésion (qui varie de 0 à 1).

L'interaction de ces deux types de variables subjectives est aussi très instructive. Le terme d'interaction entre la peur et la perception d'un risque élevé d'attraper la COVID est positivement et significativement corrélé à l'adhésion aux mesures générales. Ce même terme d'interaction entre la colère et la perception d'un risque élevé d'attraper la COVID est positivement et significativement corrélé à l'adhésion des deux types de mesures (0.03). L'effet de ces variables combinées confirme l'importance des émotions dans l'acceptation des mesures politiques de lutte contre la COVID.

**Tableau 1 : Estimation des déterminants de l'adhésion aux mesures ciblées**

VARIABLES	(1) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(3) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(5) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(7) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(9) Indice d'adhésion aux mesures ciblées
<b>Peur</b>		0,0741*** (0,007)	0,0724*** (0,007)	0,0709*** (0,008)	0,0666*** (0,008)
<b>Colère</b>		-0,031*** (0,007)	-0,031*** (0,007)	-0,0387*** (0,008)	-0,0351*** (0,008)
<b>Fort risque d'attraper le covid</b>			0,0231*** (0,007)	0,006 (0,011)	0,007 (0,011)
<b>Peur × Risque</b>				0,004 (0,016)	0,002 (0,016)
<b>Colère × Risque</b>				0,0357** (0,016)	0,0359** (0,016)
<b>Confiance (Président)</b>					0,0502*** (0,007)
<b>Constante</b>	0,531*** (0,024)	0,503*** (0,024)	0,504*** (0,024)	0,509*** (0,024)	0,465*** (0,025)
<b>Observations</b>	7,421	7,421	7,134	7,134	7,024
<b>Effets fixes Pays × Vague</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
<b>Contrôles</b>	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
<b>R-carré</b>	0,284	0,297	0,303	0,303	0,311
<b>Moyenne de l'indice d'adhésion</b>	0,69	0,69	0,69	0,69	0,69

Standard errors in parentheses, \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Liste des contrôles : sexe, situation géographique, situation professionnelle, âge, niveau d'éducation et situation du logement.

La confiance institutionnelle envers le pouvoir exécutif joue également un effet positif sur le niveau d'adhésion dans des proportions comparables à l'effet de l'anticipation des chances d'être infecté. Avoir confiance dans le chef de l'État augmente de 0.05 le niveau d'adhésion aux deux types de mesures.

Concernant l'interprétation des variables sociodémographiques, le genre ne semble pas influencer l'adhésion. Les personnes vivant en zone rurale semblent plus à même d'adhérer aux mesures générales que les populations urbaines. Ces mesures globales contraignantes, telles que le confinement peut être potentiellement plus facile à appréhender en zone rurale que dans des zones de population denses où l'espace manque. En revanche la situation géographique n'a pas d'effet sur l'adhésion aux mesures ciblées.

L'adhésion aux mesures ciblées est généralement plus faible parmi les personnes qui travaillent. Ces mesures ciblées peuvent en effet s'avérer plus contraignante pour cette population : les contraintes de garde d'enfant surviennent par exemple avec la fermeture des écoles.

L'effet de l'âge est ambigu même si les quartiles supérieurs semblent associés à une faible adhésion. Ce résultat pourrait être surprenant au premier abord puisque la COVID touche en premier lieu les tranches d'âges les plus âgées de la population. Cependant, il faut garder à l'esprit que les populations sont très jeunes dans les pays étudiés et que la part de la population à risque est faible.

L'effet de l'éducation est lui aussi ambigu. Les personnes éduquées semblent plus fortement s'opposer aux mesures générales que les personnes n'ayant pas reçu d'éducation. On retrouve l'effet inverse pour les mesures ciblées.

Enfin, les personnes vivant dans des logements modernes (appartement ou pièce louée) semblent s'opposer plus fortement aux mesures sanitaires ciblées.

Le rôle de certaines variables sociodémographiques ressort donc plus que d'autres, et leur impact est variable selon l'indice d'adhésion considéré.

Enfin, nous remarquons le rôle crucial d'une autre variable subjective : la confiance institutionnelle. Les personnes ayant confiance dans le Président sont positivement et significativement associées à une meilleure acceptation des deux types de mesures, bien que l'effet soit davantage marqué pour les mesures générales.

**Tableau 2 : Estimation des déterminants de l'adhésion aux mesures générales**

VARIABLES	(2) Indice d'adhésion aux mesures générales	(4) Indice d'adhésion aux mesures générales	(6) Indice d'adhésion aux mesures générales	(8) Indice d'adhésion aux mesures générales	(10) Indice d'adhésion aux mesures générales
Peur		0,107*** (0,007)	0,101*** (0,007)	0,104*** (0,008)	0,0962*** (0,008)
Colère		-0,029*** (0,007)	-0,028*** (0,007)	-0,0363*** (0,008)	-0,0286*** (0,008)
Fort risque d'attraper le covid			0,0571*** (0,008)	0,0503*** (0,012)	0,0479*** (0,012)
Peur × Risque				0,018 (0,017)	0,016 (0,017)
Colère × Risque				0,0372** (0,017)	0,0387** (0,017)
Confiance (Président)					0,102*** (0,007)
Constante	0,588*** (0,024)	0,541*** (0,024)	0,532*** (0,025)	0,534*** (0,025)	0,447*** (0,025)
Observations	7,372	7,372	7,087	7,087	6,982
Effets fixes Pays × Vague	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
Controls	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
R-carré	0,119	0,146	0,154	0,155	0,179
Moyenne de l'indice d'adhésion	0,59	0,59	0,59	0,59	0,59

Standard errors in parentheses, \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Liste des contrôles : sexe, situation géographique, situation professionnelle, âge, niveau d'éducation et situation du logement.

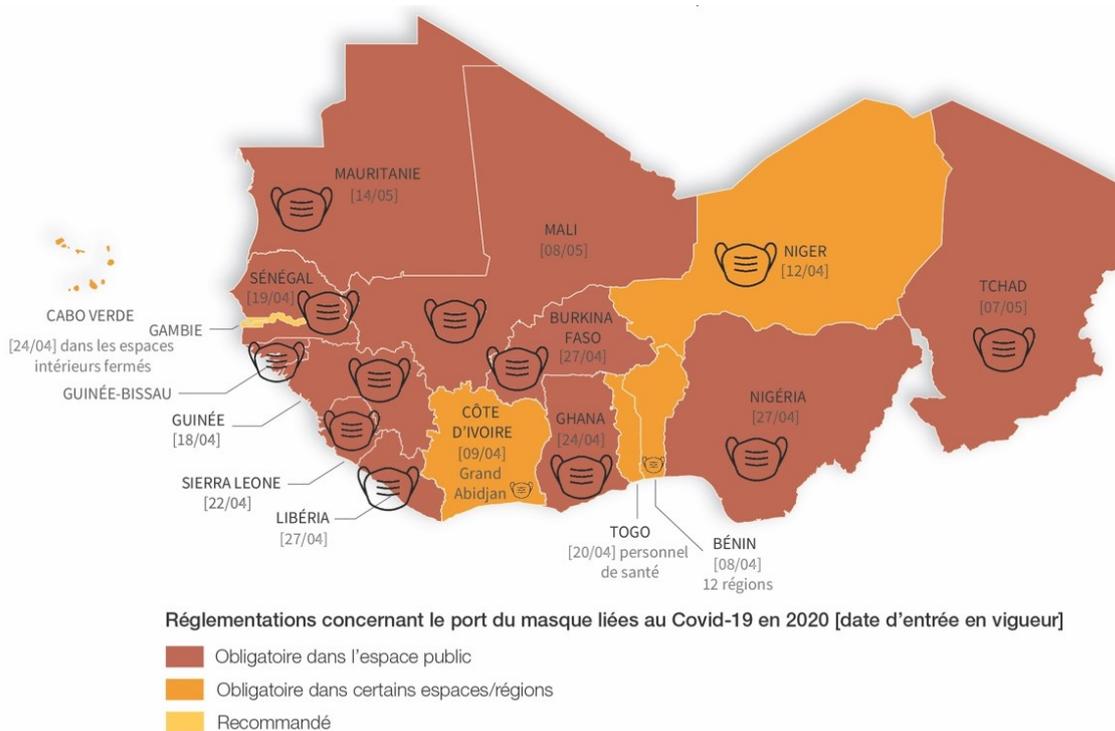
## 6. Expérimentation du port du masque à la maison

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, l'adhésion à plusieurs des mesures préventives ou restrictives face à la pandémie suscite un degré d'acceptation disparate. Il semble important de préciser que certaines de ces mesures étaient en vigueur dans certains pays, et absentes dans d'autres. Si le niveau de confiance envers l'exécutif joue un rôle déterminant, il nous a semblé important de confirmer ce résultat en menant une expérience aléatoire en ligne à propos d'une mesure inexistante dans les pays considérés.

Le protocole de l'expérience porte sur l'adhésion au port du masque à la maison comme mesure de lutte contre l'épidémie. Le choix de cette mesure tient à deux raisons : 1 - l'existence de débats scientifiques autour de son déploiement et 2 - la généralisation du port du masque dans une grande partie de l'Afrique comme mesure de prévention<sup>10</sup> face à une épidémie peu diffuse au moment de nos enquêtes (vagues 2) à la fin de l'année 2020.

Le port du masque dans l'espace public s'est généralisé dès le printemps 2020 dans l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest (Figure 25).

Figure 25 : Port du masque dans l'Afrique de l'Ouest



Sources : diverses sources en ligne compilées par le Secrétariat du Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (CSAO/OCDE)

© 2020. Secrétariat du Club du Sahel et de l'Afrique de l'Ouest (CSAO/OCDE)

<sup>10</sup> <https://www.today.com/health/wear-mask-your-home-when-why-you-should-do-it-t192584>.

<https://www.latimes.com/california/story/2021-01-12/wear-covid-masks-at-home-los-angeles-county-officials-say>

À cette fin, nous avons développé deux types d'expériences qui tiennent compte de deux scénarios différents concernant l'origine du prescripteur de la mesure. En effet, une question majeure s'est posée en Afrique et ailleurs : existe-t-il une résistance à l'acceptation de mesures selon la nature de l'autorité prescriptrice ?

## 6.1. Expériences au Nigéria et Afrique du Sud

La première expérience, conduite dans les deux pays anglophones (Nigéria et Afrique du Sud) consistait à tester l'impact du prescripteur d'une telle mesure sanitaire contre un groupe contrôle où l'on posait la même question sans prescripteur. Nous avons donc attribué aléatoirement à 4 groupes de taille identique (environ 250 personnes par groupe) 3 traitements différents et le groupe de contrôle définis ainsi :

**Tableau 3 : Protocole expérimental conduit en Afrique du Sud et Nigéria**

Groupe	Traitement	Variable dépendante
<b>Groupe 1</b> (Executif)	Si le président de la République le recommandait, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 2</b> (OMS)	Si l'Organisation Mondiale de la Santé le recommandait, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 3</b> (Nobel)	Si des prix Nobel de médecine le recommandaient, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 4</b> (Groupe de contrôle)	Accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON

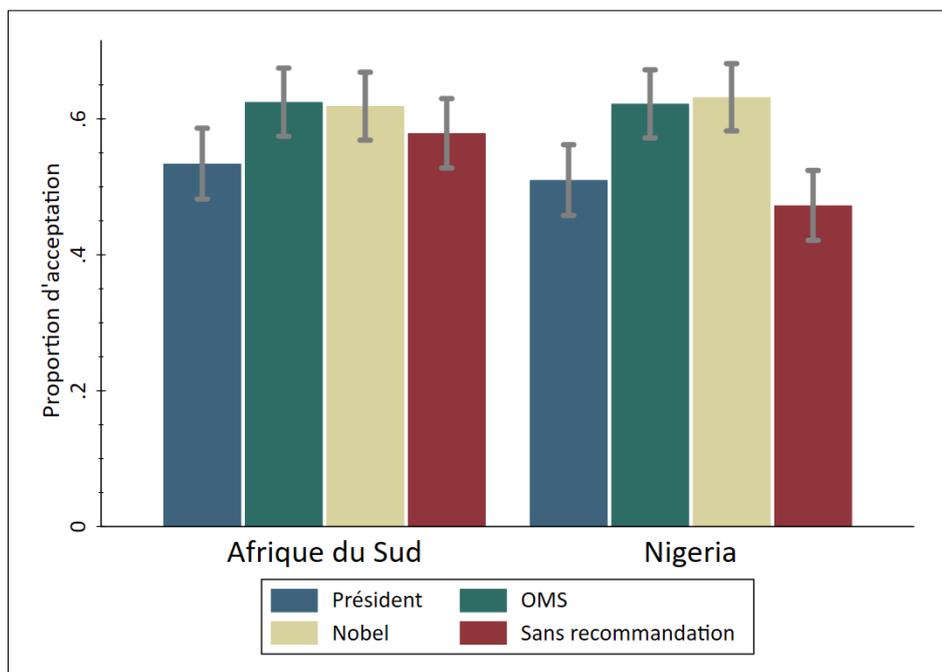
Le protocole ainsi décrit vise à mesurer l'impact d'un prescripteur de politique publique sanitaire sur la proportion de personnes acceptant cette mesure. L'enjeu est bien de vérifier les éventuels effets d'adhésion ou de rejet selon l'origine du prescripteur. La taille de l'échantillon ne permettait pas d'ajouter un plus grand nombre de traitements car les intervalles de confiance auraient perdu en précision.

L'intérêt de l'approche expérimentale consiste à ne pas chercher un modèle explicatif de l'adhésion au port du masque à la maison mais seulement à mesurer un effet. Dans les résultats présentés ci-après, nous avons toutefois tenu compte d'un certain nombre de contrôles dans l'estimation. D'un point de vue statistique, des différences de niveau d'adhésion peuvent apparaître entre certaines catégories sociodémographiques. Les estimations de notre paramètre d'intérêt, le prescripteur, ne change absolument pas avec l'ajout de variables de contrôle. Dans le cas contraire, cela aurait pour conséquence de remettre en cause le tirage aléatoire des 4 groupes qui ont reçu le traitement, ce n'est pas le cas.

Les résultats de cette première expérience mettent en évidence deux résultats importants (Figure 26) :

1. Une ressemblance dans la structure d'acceptation du port du masque à la maison entre les 2 pays
2. Une différence significative entre l'absence de traitement (groupe de contrôle = « *Sans recommandation* ») avec les autres prescripteurs au Nigéria.

**Figure 26 : Proportion moyenne d'acceptation du port du masque à la maison (Afrique du Sud et Nigéria) <sup>11</sup>**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : 53% des personnes interrogées en Afrique du Sud qui ont reçu le traitement par un acteur politique (recommandation du port du masque à la maison par le Président de la République) déclarent accepter le port du masque contre 63% pour celles qui ont reçu une recommandation de l'OMS. Les bars grises représentent l'intervalle de confiance de la moyenne à 90 %.

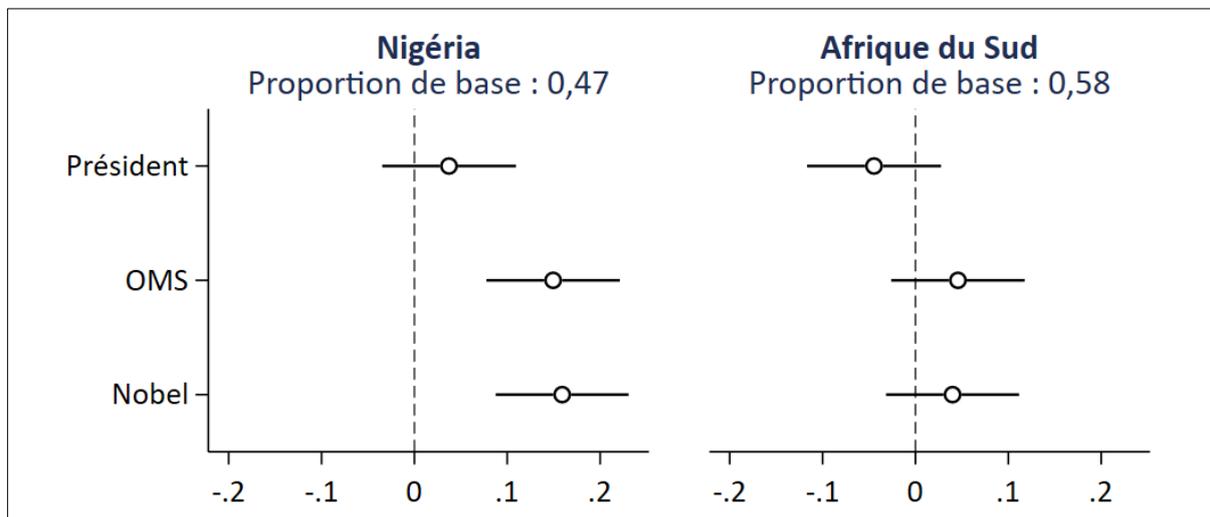
La Figure 26 met en évidence un déficit systématique de persuasion des acteurs politiques vis-à-vis d'autres acteurs, en particulier des experts scientifiques (prix Nobel de médecine) ou une organisation internationale (OMS). Remarquons par ailleurs un écart non négligeable entre les deux pays pour les deux groupes qui n'ont pas reçu le traitement. En effet, à la question « *Accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?* » (sans autre précision), les Nigériens sont moins enclins à accepter spontanément le port du masque à la maison (47 %) que les Africains du Sud (58 %). Les écarts sont moins grands entre les autres sous-groupes.

<sup>11</sup> Certains labels des figures sont en anglais en raison d'une première présentation de ces résultats lors d'une conférence internationale en juin 2021 qui fera l'objet d'une publication dans la revue *Journal of Experimental Political Science*.

Intéressons-nous maintenant aux effets marginaux du traitement en conduisant une analyse économétrique par pays. Les résultats des estimations représentées sur la Figure 27 permettent de visualiser plus facilement l'impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation d'une telle mesure sanitaire. Dans le cas de l'Afrique du Sud (Figure 27, droite), aucun effet significatif ne ressort de l'analyse. L'absence d'effet du traitement par un prescripteur scientifique surprend davantage que l'absence d'effet lorsque la prescription du port du masque à la maison émane du chef de l'État sud-africain (dont nous avons pu observer précédemment la faible confiance dont il disposait de la part des citoyens).

Dans le cas du Nigéria, les résultats présentent des différences importantes. Tout d'abord, chaque prescripteur, quelle que soit son appartenance, entraîne un supplément d'acceptation par rapport à la proportion moyenne observée (47 %) de personnes favorables au port du masque à la maison.

**Figure 27 : Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Afrique du Sud et Nigéria)**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : la référence (proportion de base) est la proportion de répondants du groupe de contrôle (sans prescripteur) qui accepte de porter un masque. Les résultats des effets marginaux se comparent donc à cette référence. Les bars représentent l'estimation de l'intervalle de confiance à 10 %. Estimation sans covariables.

Si les bars touchent la référence (0), l'estimation n'est pas significative au seuil de 10 %.

La Figure 27 (partie gauche) confirme que les effets marginaux sont très significatifs ( $p < 0,01$ ) et positifs pour les autorités scientifiques. Il existe peu de différences entre le traitement OMS et le traitement Prix Nobel de médecine. Cela signifie qu'une recommandation par une expertise médicale ou scientifique augmente d'environ 15 points de pourcentage le seuil d'acceptation de la mesure, soit un saut de 47 % (référence) à 62 %. Contrairement à l'Afrique du Sud, la prescription par une autorité politique modifie *positivement* (avec un effet plus modeste de 5 points de pourcentage) le niveau d'acceptation mais sans être statistiquement significatif au seuil de 10 %. Par conséquent, l'effet de l'autorité politique ne peut être pris en compte comme un résultat robuste.

Ces résultats ont été obtenus en estimant l'impact du traitement sur un groupe de contrôle qui n'a pas reçu dans le questionnaire un traitement de type prescripteur. Les résultats détaillés en annexe 7.7 indiquent les contrôles sociodémographiques retenus. Par ailleurs, la faiblesse des effectifs par groupe limite les possibilités d'analyse d'hétérogénéité si les variables candidates de contrôle ont plus de deux modalités. Seul le sexe permettrait de mener de telles analyses complémentaires.

## 6.2. Expériences au Sénégal et Côte d'Ivoire

Un protocole sensiblement différent a été conçu pour les deux pays francophones en maintenant le principe d'étudier les effets du prescripteur sur une politique sanitaire inexistante. L'objectif reste identique à celui de la section précédente : vérifier l'impact du traitement (prescripteur) sur le niveau d'acceptation d'une telle politique.

À la différence de l'expérience en Afrique du Sud et au Nigéria, le tableau 4 propose trois traitements : une autorité médicale locale, une autorité médicale étrangère et une organisation internationale (OMS). Chacun de ces traitements sera comparé au groupe de contrôle pour qui aucune information supplémentaire n'est fournie en matière de recommandation.

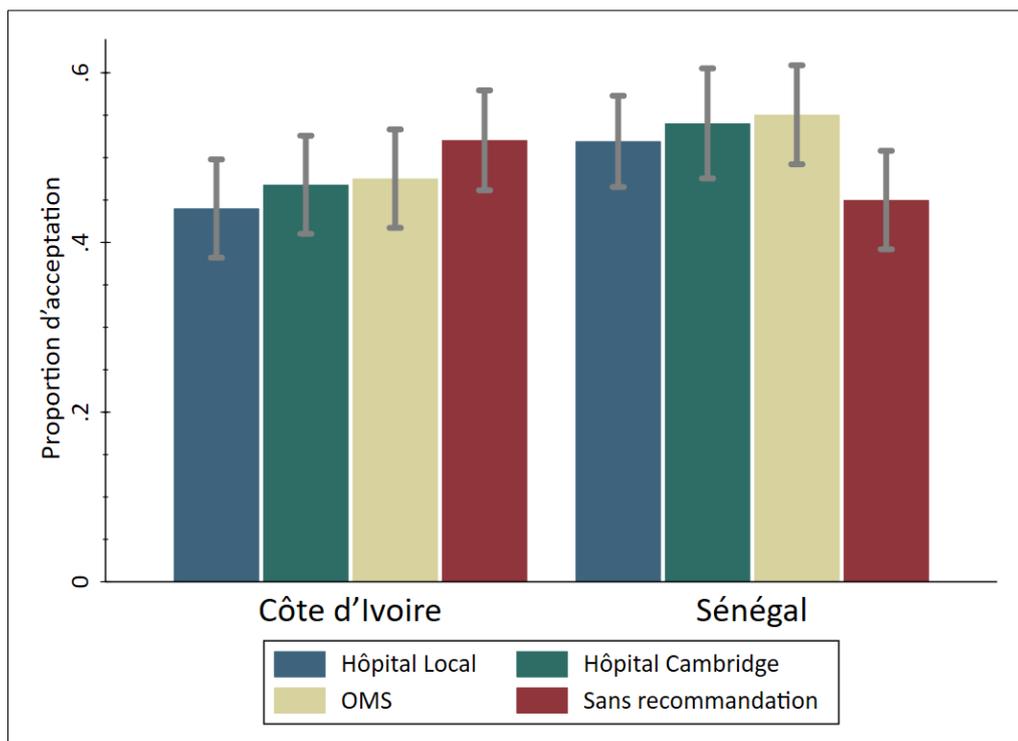
**Tableau 4 : Protocole expérimental conduit en Côte d'Ivoire et Sénégal**

	Traitement	Variable dépendante
<b>Groupe 1</b> (Hôpital local)	Selon une étude publiée par l'Hôpital de Dakar/Abidjan en octobre 2020, porter un masque à la maison serait une mesure efficace pour lutter contre le coronavirus. Personnellement, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 2</b> (Hôpital étranger)	Selon une étude publiée par l'Hôpital universitaire de Cambridge au Royaume-Uni en octobre 2020, porter un masque à la maison serait une mesure efficace pour lutter contre le coronavirus. Personnellement, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 3</b> (OMS)	Selon une étude publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en octobre 2020, porter un masque à la maison serait une mesure efficace pour lutter contre le coronavirus. Personnellement, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON
<b>Groupe 4</b> (Groupe de contrôle)	Personnellement, accepteriez-vous de porter un masque à la maison pour lutter contre l'épidémie de coronavirus ?	OUI / NON

La distribution des proportions d'acceptation (Figure 28) montre des résultats contrastés à plusieurs égards :

- Globalement les traitements en Côte d'Ivoire produisent des effets substantiels sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison comparativement au Sénégal ;
- Inversement, l'absence de traitement provoque un rebond d'acceptation au Sénégal ;
- Les différences de proportions entre groupes en Côte d'Ivoire sont faibles et peu significatives (à l'exception des différences entre les groupes 1 et 4) ;
- En comparant les paires de traitement entre les deux pays, des différences majeures apparaissent qui mériteront d'être confirmées par l'analyse économétrique.

**Figure 28 : Proportion moyenne d'acceptation du port du masque à la maison (Côte d'Ivoire et Sénégal)**



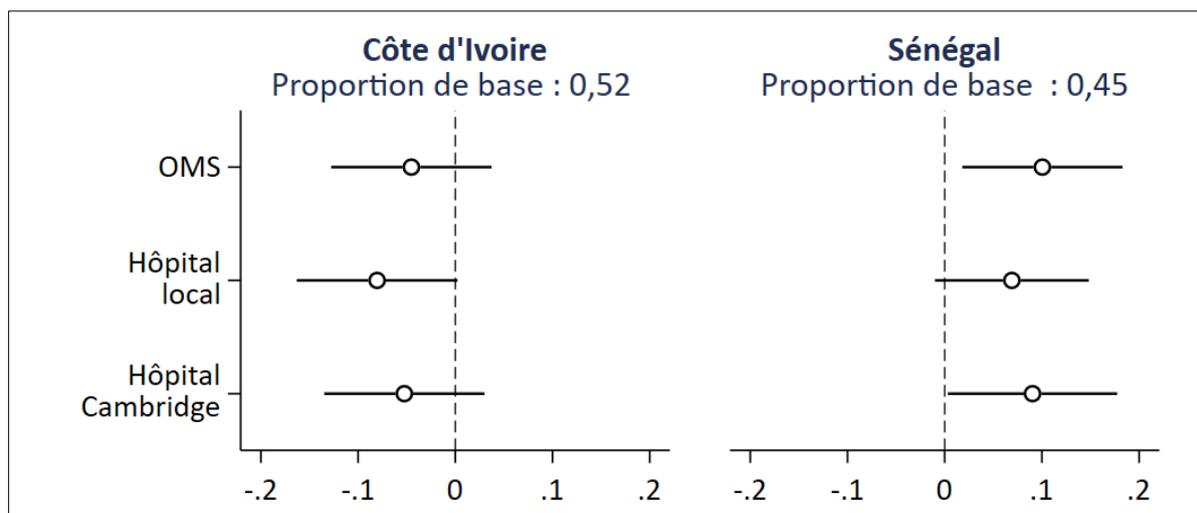
Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : 43 % des personnes interrogées en Côte d'Ivoire dont le prescripteur est un hôpital local déclarent accepter le port du masque contre 63% pour celles qui ont reçu une recommandation de l'OMS. Les bars grises représentent l'intervalle de confiance de la moyenne à 90 %.

En moyenne, la proportion d'acceptation du port du masque à la maison atteint 45 % en Côte d'Ivoire contre 52 % au Sénégal. Cette proportion est toujours plus haute face à l'ensemble des traitements en Côte d'Ivoire suggérant une moindre adhésion aux messages sanitaires provenant d'autorités extérieures. À l'inverse, le Sénégal réagit en moyenne positivement aux effets de l'ensemble des traitements, sans exception.

La confirmation de ces résultats est donnée par l'analyse économétrique de l'impact des traitements en Figure 29.

**Figure 29 : Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Côte d'Ivoire et Sénégal)**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

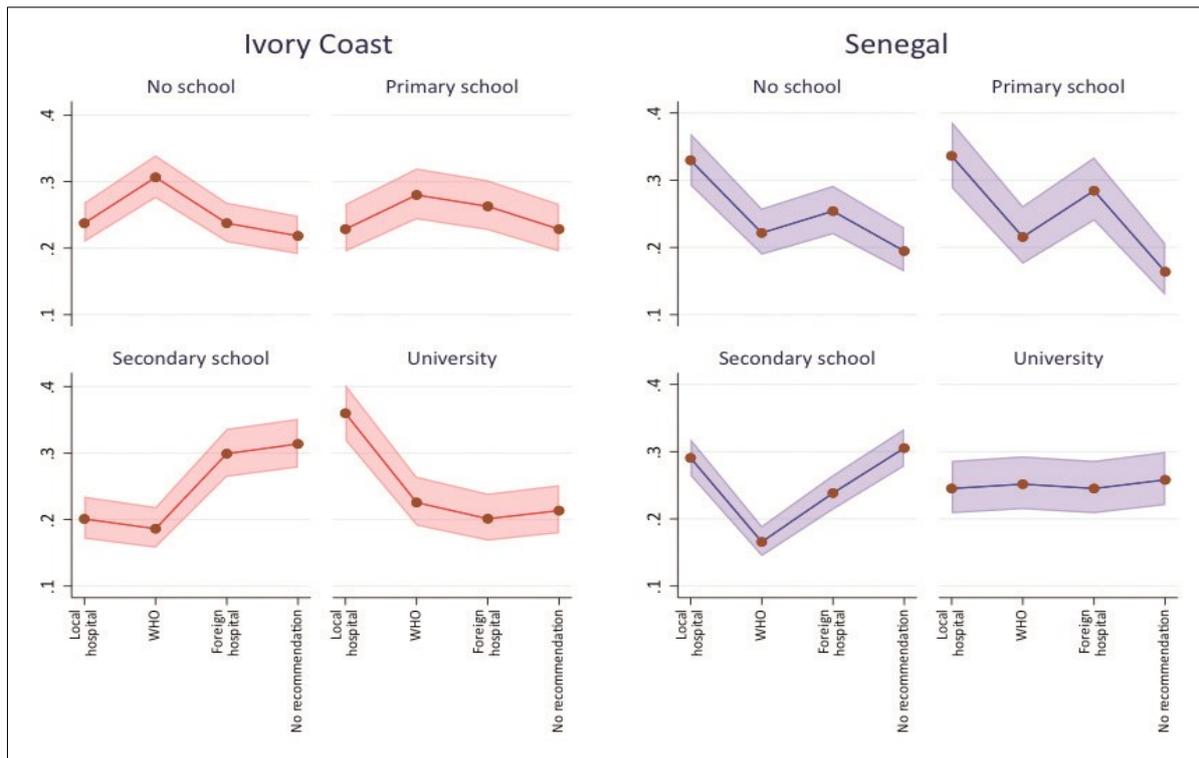
Note de lecture : la référence (proportion de base) est la proportion de répondants du groupe de contrôle (sans prescripteur) qui accepte de porter un masque. Les résultats des effets marginaux se comparent donc à cette référence. Les bars représentent l'estimation de l'intervalle de confiance à 10 %. Estimation sans covariables. Si les bars touchent la référence (0), l'estimation n'est pas significative au seuil de 10 %.

En Côte d'Ivoire, un seul des trois traitements réduit significativement les chances d'accepter de porter un masque à la maison. Si l'hôpital d'Abidjan recommandait une telle mesure, la proportion d'Ivoiriens l'acceptant passerait de 52 % (référence) à 44 % ( $p < 0,1$ ). La recommandation émanant d'un hôpital universitaire étranger réduit de 7 points de pourcentage le taux d'acceptation ( $p < 0,17$ ) et celle provenant de l'OMS de 6 points de pourcentage ( $p < 0,24$ ). Les deux derniers traitements n'ont donc pas d'effet significatif. Il y a donc une forme d'indépendance des choix individuels d'obéissance à des mesures préventives et restrictives. Si le port du masque à la maison peut constituer une contrainte, l'expérience ne permet pas d'identifier les causes d'un tel rejet.

Au Sénégal, la situation est totalement différente car l'impact des autorités médicales extérieures est positif et significatif ( $p < 0,05$ ). Il atteint un supplément de 12 points de pourcentage dans le cas de l'hôpital étranger et 10 points de pourcentage dans le cas de l'OMS. Concernant l'impact d'un prescripteur hospitalier local (le principal hôpital du pays à Dakar), si l'effet est positif, le seuil n'est pas significatif ( $p < 0,4$ ).

Comme dans la section précédente, il est important de vérifier si le niveau d'éducation présente des différences intra-groupes. L'estimation des intervalles de confiance par niveau d'éducation et par groupes de traitement (Figure 30) met en exergue des différences idiosyncratiques dans chaque pays. Il est important de rappeler que l'axe des ordonnées sur la ne correspond pas à une proportion d'acceptation du port du masque à la maison mais à la distribution des proportions d'effectifs de chaque niveau d'éducation par traitement.

**Figure 30 : Estimation des intervalles de confiance de proportion des traitements selon le niveau d'éducation (Côte d'Ivoire et Sénégal)**



## Conclusion

Les résultats de ces deux expériences ont permis de mettre en évidence l'importance des prescripteurs de (nouvelles) politiques sanitaires. Si aucune des expériences met en évidence statistiquement un effet négatif sur la prédisposition à accepter de porter un masque à la maison, les effets sont systématiquement nuls lorsque le prescripteur est une autorité politique. Les autres effets varient selon les pays de la manière résumée par le tableau suivant :

**Tableau 5 : Bilan des effets des traitements (2 expériences)**

	Nigéria	Afrique du Sud	Sénégal	Côte d'Ivoire
<b>Président</b>	∅	∅	NA	NA
<b>OMS</b>	+	∅	+	∅
<b>Nobel de médecine</b>	+	∅	NA	NA
<b>Hôpital national</b>	NA	NA	∅	-
<b>Hôpital étranger</b>	NA	NA	+	∅

## 7. Annexes méthodologiques

Les tableaux suivants présentent la structure des échantillons constitués et les pondérations sociodémographiques retenus.

### 7.1. Afrique du Sud

VAGUE1:

	Unweighted basis		Weighting sd			Weighting sd & pol		
		%	Weighting coef.	Weighted basis	%	Weighting coef.	Weighted basis	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gender</b>								
Male .....	447	44,7%	1,075	480	48,0%	1,075	480	48,0%
Female .....	554	55,3%	0,940	521	52,0%	0,940	521	52,0%
<b>Age</b>								
18 - 34 .....	697	69,6%	0,733	511	51,0%	0,733	511	51,0%
35 - 44 .....	162	16,2%	1,256	204	20,3%	1,256	204	20,3%
45 - .....	142	14,2%	2,018	287	28,6%	2,018	287	28,6%
<b>Occupation</b>								
Managers and Professionals / White Collar .....	92	9,2%	0,609	56	5,6%	0,609	56	5,6%
Technicians, Clerks, Service Workers / Service Workers .....	214	21,4%	0,724	155	15,5%	0,724	155	15,5%
Workers, Elementary Occupations, Armed Forces / Blue Collar .....	109	10,9%	2,064	225	22,5%	2,064	225	22,5%
Inactive / Unemployed / Not working .....	586	58,5%	0,964	565	56,4%	0,964	565	56,4%
<b>Region (Primary residence)</b>								
Western Cape .....	140	14,0%	0,914	128	12,8%	0,914	128	12,8%
Eastern Cape .....	69	6,9%	1,507	104	10,4%	1,507	104	10,4%
Northern Cape .....	26	2,6%	0,885	23	2,3%	0,885	23	2,3%
Free State .....	62	6,2%	0,823	51	5,1%	0,823	51	5,1%
KwaZulu-Natal .....	171	17,1%	1,111	190	19,0%	1,111	190	19,0%
North West .....	92	9,2%	0,739	68	6,8%	0,739	68	6,8%
Gauteng .....	286	28,6%	0,955	273	27,3%	0,955	273	27,3%
Mpumalanga .....	38	3,8%	1,868	71	7,1%	1,868	71	7,1%
Limpopo .....	117	11,7%	0,795	93	9,3%	0,795	93	9,3%
<b>RACE. What is your race?</b>								
White .....	197	19,7%	0,590	116	11,6%	0,590	116	11,6%
Black .....	634	63,3%	1,201	762	76,1%	1,201	762	76,1%
Indian, Asian .....	46	4,6%	0,661	30	3,0%	0,661	30	3,0%
Coloured .....	124	12,4%	0,749	93	9,3%	0,749	93	9,3%
<b>TOTAL</b> .....	<b>632</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,060</b>	<b>670</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>632</b>	<b>100,0%</b>
<b>VOTE1. In the last general elections, in May 2019, for which party did you vote, if any?</b>								
African National Congress (ANC) .....	253	40,0%	1,237	313	46,7%	1,436	363	57,5%
Democratic Alliance (DA) .....	209	33,1%	0,826	173	25,8%	0,629	131	20,8%
Economic Freedom Fighters (EFF) .....	99	15,7%	1,096	109	16,2%	0,689	68	10,8%
Other .....	71	11,2%	1,065	76	11,3%	0,970	69	10,9%

VAGUE 2 :

	Unweighed basis		Weighting sd			Weighting sd & pol		
		%	Weighting coef.	Weighted basis	%	Weighting coef.	Weighted basis	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 013</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 013</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 013</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gender</b>								
Male .....	442	43,6%	1,100	486	48,0%	1,100	486	48,0%
Female .....	571	56,4%	0,923	527	52,0%	0,923	527	52,0%
<b>Age</b>								
18 - 34 .....	623	61,5%	0,808	503	49,7%	0,808	503	49,7%
35 - 44 .....	212	20,9%	0,946	201	19,8%	0,946	201	19,8%
45 - .....	178	17,6%	1,736	309	30,5%	1,736	309	30,5%
<b>Occupation</b>								
Managers and Professionals / White Collar .....	116	11,5%	0,489	57	5,6%	0,489	57	5,6%
Technicians, Clerks, Service Workers / Service Workers .....	191	18,9%	0,821	157	15,5%	0,821	157	15,5%
Workers, Elementary Occupations, Armed Forces / Blue Collar .....	130	12,8%	1,751	228	22,5%	1,751	228	22,5%
Inactive / Unemployed / Not working .....	576	56,9%	0,993	572	56,4%	0,993	572	56,4%
<b>Region (Primary residence)</b>								
Western Cape .....	133	13,1%	0,974	130	12,8%	0,974	130	12,8%
Eastern Cape .....	99	9,8%	1,063	105	10,4%	1,063	105	10,4%
Northern Cape .....	12	1,2%	1,940	23	2,3%	1,940	23	2,3%
Free State .....	53	5,2%	0,974	52	5,1%	0,974	52	5,1%
KwaZulu-Natal .....	196	19,3%	0,981	192	19,0%	0,981	192	19,0%
North West .....	44	4,3%	1,564	69	6,8%	1,564	69	6,8%
Gauteng .....	327	32,3%	0,845	276	27,3%	0,845	276	27,3%
Mpumalanga .....	66	6,5%	1,089	72	7,1%	1,089	72	7,1%
Limpopo .....	83	8,2%	1,134	94	9,3%	1,134	94	9,3%
<b>RACE. What is your race?</b>								
White .....	155	15,3%	0,699	108	10,7%	0,699	108	10,7%
Black .....	707	69,8%	1,105	781	77,1%	1,105	781	77,1%
Indian, Asian .....	41	4,0%	0,692	28	2,8%	0,692	28	2,8%
Coloured .....	110	10,9%	0,866	95	9,4%	0,866	95	9,4%

7.2. Egypte

VAGUE1:

	Unweighed basis		Weighting sd		
		%	Weighting coef.	Weighted basis	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 000</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 000</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gender</b>					
Male .....	522	52,2%	0,975	509	50,9%
Female .....	478	47,8%	1,027	491	49,1%
<b>Age</b>					
18 - 24 .....	246	24,6%	1,028	253	25,3%
25 - 34 .....	286	28,6%	0,874	250	25,0%
35 - 44 .....	220	22,0%	0,891	196	19,6%
45 - 54 .....	173	17,3%	0,873	151	15,1%
55 - .....	75	7,5%	2,000	150	15,0%
<b>Region (Primary residence)</b>					
Cairo .....	142	14,2%	0,894	127	12,7%
Alexandria .....	69	6,9%	0,912	63	6,3%
Delta governorates .....	412	41,2%	1,052	434	43,4%
Upper Egypt governorates .....	354	35,4%	0,999	354	35,4%
Other governorates .....	23	2,3%	0,999	23	2,3%

### 7.3. Nigéria

#### VAGUE1:

	Unweighted basis		Weighting sd			Weighting sd & pol		
		%	Weighting coef.	Weighted basis	%	Weighting coef.	Weighted basis	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 001</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gender</b>								
Male .....	651	65,0%	0,770	502	50,1%	0,770	502	50,1%
Female .....	350	35,0%	1,427	499	49,9%	1,427	499	49,9%
<b>Age</b>								
18 - 24 .....	265	26,5%	1,016	269	26,9%	1,016	269	26,9%
25 - 34 .....	452	45,2%	0,667	301	30,1%	0,667	301	30,1%
35 - .....	284	28,4%	1,516	430	43,0%	1,516	430	43,0%
<b>Region (Primary residence)</b>								
North .....	298	29,8%	1,646	490	49,0%	1,646	490	49,0%
South .....	703	70,2%	0,726	511	51,0%	0,726	511	51,0%
<b>TOTAL</b> .....	<b>525</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,993</b>	<b>521</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>525</b>	<b>100,0%</b>
<b>VOTE1. In the last presidential election, in February 2019, for which candidate / party did you vote, if any?</b>								
All Progressives Congress - Muhammadu Buhari .....	222	42,3%	1,038	230	44,2%	1,315	292	55,6%
People's Democratic Party - Atiku Abubakar .....	249	47,4%	0,971	242	46,4%	0,869	216	41,2%
Other .....	54	10,3%	0,909	49	9,4%	0,311	17	3,2%

#### VAGUE 2 :

	Unweighted basis		Weighting sd			Weighting sd & pol		
		%	Weighting coef.	Weighted basis	%	Weighting coef.	Weighted basis	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 019</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 019</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 019</b>	<b>100,0%</b>
<b>Gender</b>								
Male .....	627	61,5%	0,814	511	50,1%	0,814	511	50,1%
Female .....	392	38,5%	1,297	508	49,9%	1,297	508	49,9%
<b>Age</b>								
18 - 24 .....	329	32,3%	0,833	274	26,9%	0,833	274	26,9%
25 - 34 .....	412	40,4%	0,744	307	30,1%	0,744	307	30,1%
35 - .....	278	27,3%	1,576	438	43,0%	1,576	438	43,0%
<b>Region (Primary residence)</b>								
North .....	339	33,3%	1,473	499	49,0%	1,473	499	49,0%
South .....	680	66,7%	0,764	520	51,0%	0,764	520	51,0%
<b>TOTAL</b> .....	<b>564</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,035</b>	<b>583</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>564</b>	<b>100,0%</b>
<b>VOTE1. In the last presidential election, in February 2019, for which candidate / party did you vote, if any?</b>								
All Progressives Congress - Muhammadu Buhari .....	236	41,8%	1,041	246	42,1%	1,329	314	55,6%
People's Democratic Party - Atiku Abubakar .....	263	46,6%	1,048	276	47,2%	0,884	232	41,2%
Other .....	65	11,5%	0,956	62	10,7%	0,278	18	3,2%

## 7.4. Sénégal

### VAGUE 1:

	Base non Pondérée		Redressement sd			Redressement sd et politique		
		%	Coef. de Pondération	Base Pondérée	%	Coef. de Pondération	Base Pondérée	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>1 015</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 015</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>1 015</b>	<b>100,0%</b>
<b>Sexe</b>								
Homme .....	567	55,9%	0,895	508	50,0%	0,895	508	50,0%
Femme .....	448	44,1%	1,133	507	50,0%	1,133	507	50,0%
<b>AGE. Age</b>								
18 à 24 ans .....	142	14,0%	1,072	152	15,0%	1,072	152	15,0%
25 à 34 ans .....	388	38,2%	0,785	305	30,0%	0,785	305	30,0%
35 à 45 ans .....	229	22,6%	1,108	254	25,0%	1,108	254	25,0%
46 à 55 ans .....	170	16,7%	1,194	203	20,0%	1,194	203	20,0%
56 ans et plus .....	86	8,5%	1,180	102	10,0%	1,180	102	10,0%
<b>REG. Dans quelle région habitez-vous ?</b>								
Dakar .....	267	26,3%	0,878	234	23,1%	0,878	234	23,1%
Thiès / Diourbel / Fatick .....	328	32,3%	0,913	299	29,5%	0,913	299	29,5%
Louga / Kaffrine / Kaolack .....	167	16,5%	1,082	181	17,8%	1,082	181	17,8%
Saint-Louis / Matam / Tambacounda / Kédougou .....	151	14,9%	1,156	175	17,2%	1,156	175	17,2%
Kolda / Sédhiou / Ziguinchor .....	102	10,0%	1,234	126	12,4%	1,234	126	12,4%
<b>Base : Exprimés</b> .....	<b>609</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,005</b>	<b>612</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>609</b>	<b>100,0%</b>
<b>RESTITPRES1 Pouvez-vous me dire pour quel candidat vous avez voté à l'élection présidentielle de février 2019 ?</b>								
Macky Sall (APR) .....	351	57,6%	1,039	365	59,6%	1,010	354	58,2%
Idrissa Seck (Rewmi) .....	71	11,7%	0,932	66	10,8%	1,758	125	20,5%
Ousmane Sonko (PASTEF) .....	155	25,5%	0,973	151	24,6%	0,617	96	15,7%
Issa Sall (PUR) .....	26	4,3%	0,936	24	4,0%	0,960	25	4,1%
Madické Niang .....	6	1,0%	1,015	6	1,0%	1,522	9	1,5%

### VAGUE 2 :

	Base non Pondérée		Redressement sd			Redressement sd et politique		
		%	Coef. de Pondération	Base Pondérée	%	Coef. de Pondération	Base Pondérée	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>800</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>800</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>800</b>	<b>100,0%</b>
<b>Sexe</b>								
Homme .....	396	49,5%	1,010	400	50,0%	1,010	400	50,0%
Femme .....	404	50,5%	0,990	400	50,0%	0,990	400	50,0%
<b>AGE. Age</b>								
18 à 24 ans .....	120	15,0%	1,000	120	15,0%	1,000	120	15,0%
25 à 34 ans .....	240	30,0%	1,000	240	30,0%	1,000	240	30,0%
35 à 45 ans .....	200	25,0%	1,000	200	25,0%	1,000	200	25,0%
46 à 55 ans .....	160	20,0%	1,000	160	20,0%	1,000	160	20,0%
56 ans et plus .....	80	10,0%	1,000	80	10,0%	1,000	80	10,0%
<b>REG. Dans quelle région habitez-vous ?</b>								
Dakar .....	185	23,1%	0,999	185	23,1%	0,999	185	23,1%
Thiès / Diourbel / Fatick .....	236	29,5%	1,000	236	29,5%	1,000	236	29,5%
Louga / Kaffrine / Kaolack .....	142	17,8%	1,003	142	17,8%	1,003	142	17,8%
Saint-Louis / Matam / Tambacounda / Kédougou .....	136	17,0%	1,012	138	17,2%	1,012	138	17,2%
Kolda / Sédhiou / Ziguinchor .....	101	12,6%	0,982	99	12,4%	0,982	99	12,4%
<b>Base : Exprimés</b> .....	<b>520</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>520</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>520</b>	<b>100,0%</b>
<b>RESTITPRES1 Pouvez-vous me dire pour quel candidat vous avez voté à l'élection présidentielle de février 2019 ?</b>								
Macky Sall (APR) .....	292	56,2%	0,999	292	56,1%	1,036	303	58,2%
Idrissa Seck (Rewmi) .....	74	14,2%	1,001	74	14,2%	1,440	107	20,5%
Ousmane Sonko (PASTEF) .....	127	24,4%	0,999	127	24,4%	0,643	82	15,7%
Issa Sall (PUR) .....	11	2,1%	1,002	11	2,1%	1,938	21	4,1%
Madické Niang .....	16	3,1%	1,006	16	3,1%	0,487	8	1,5%

## 7.5. Côte d'Ivoire

### VAGUE1:

	Base non Pondérée	%	Redressement sd		
			Coef. de Pondération	Base Pondérée	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>829</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>829</b>	<b>100,0%</b>
<b>SEXE</b>					
Homme .....	446	53,8%	0,929	415	50,0%
Femme .....	383	46,2%	1,082	415	50,0%
<b>AGE. Quel est votre âge ?</b>					
18 à 24 ans .....	113	13,6%	1,027	116	14,0%
25 à 34 ans .....	271	32,7%	0,857	232	28,0%
35 à 44 ans .....	260	31,4%	0,861	224	27,0%
45 ans et plus .....	185	22,3%	1,389	257	31,0%
<b>CSE</b>					
AB .....	170	20,5%	0,731	124	15,0%
C .....	404	48,7%	0,739	298	36,0%
DE .....	255	30,8%	1,593	406	49,0%
<b>Zone Urbaine / Zone Rural</b>					
Rural .....	130	15,7%	2,972	386	46,6%
Urbain .....	699	84,3%	0,633	443	53,4%
<b>DISTRICT</b>					
Abidjan .....	334	40,3%	0,503	168	20,3%
Comoé / Lacs / Lagunes / Yamoussoukro / Goh-Djiboua / Bas Sassandra	268	32,3%	1,088	292	35,2%
Denguélé / Montagne / Sassandra-Marahoué / Woroba / Savanes / Vallée Bandaman / Zanzan .....	227	27,4%	1,627	369	44,5%

VAGUE 2 :

	Base non Pondérée	%	Redressement sd		
			Coef. de Pondération	Base Pondérée	%
<b>TOTAL</b> .....	<b>804</b>	<b>100,0%</b>	<b>1,000</b>	<b>804</b>	<b>100,0%</b>
<b>SEXE</b>					
Homme .....	424	52,7%	0,948	402	50,0%
Femme .....	380	47,3%	1,058	402	50,0%
<b>AGE. Quel est votre âge ?</b>					
18 à 24 ans .....	126	15,7%	0,893	113	14,0%
25 à 34 ans .....	277	34,5%	0,813	225	28,0%
35 à 44 ans .....	219	27,2%	0,991	217	27,0%
45 ans et plus .....	182	22,6%	1,369	249	31,0%
<b>CSE</b>					
AB .....	145	18,0%	0,832	121	15,0%
C .....	296	36,8%	0,978	289	36,0%
DE .....	363	45,1%	1,085	394	49,0%
<b>Zone Urbaine / Zone Rural</b>					
Rural .....	311	38,7%	1,241	386	48,0%
Urbain .....	493	61,3%	0,848	418	52,0%
<b>DISTRICT</b>					
Abidjan .....	174	21,6%	0,960	167	20,8%
Comoé / Lacs / Lagunes / Yamoussoukro / Goh-Djiboua / Bas Sassandra	310	38,6%	0,935	290	36,1%
Denguélé / Montagne / Sassandra-Marahoué / Woroba / Savanes / Vallée Bandaman / Zanzan .....	320	39,8%	1,084	347	43,2%

## 7.6. Estimation des déterminants du niveau d'adhésion (résultats économétriques)

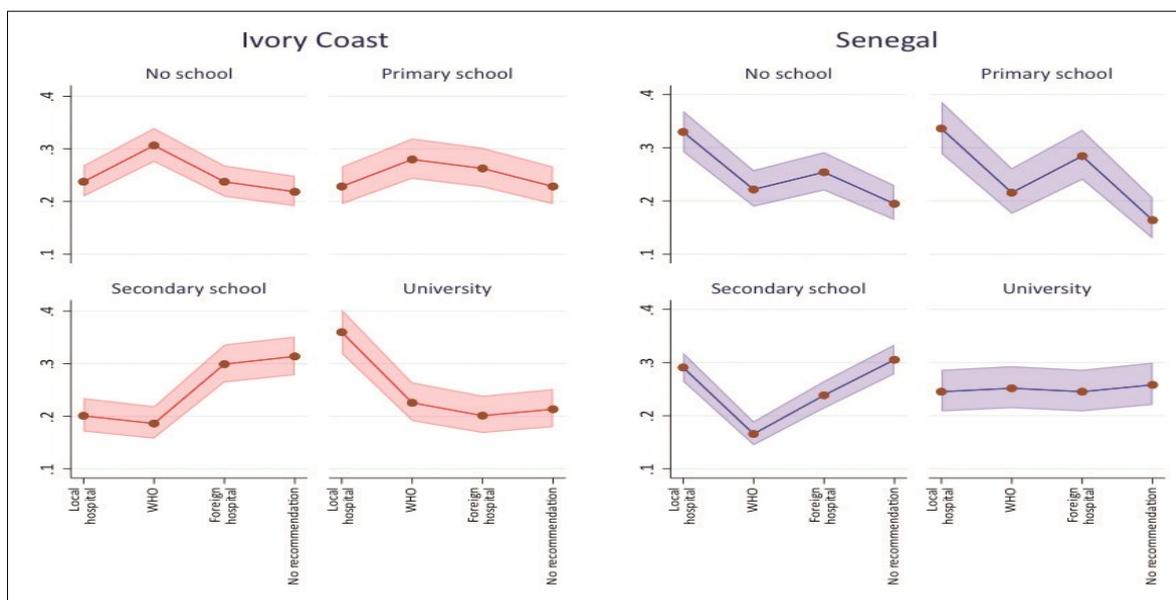
VARIABLES	(1) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(2) Indice d'adhésion aux mesures générales	(3) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(4) Indice d'adhésion aux mesures générales	(5) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(6) Indice d'adhésion aux mesures générales	(7) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(8) Indice d'adhésion aux mesures générales	(9) Indice d'adhésion aux mesures ciblées	(10) Indice d'adhésion aux mesures générales
<b>Femme</b>	0,0118*	0,010	0,009	0,005	0,010	0,007	0,009	0,007	0,0133**	0,010
	0,006	0,007	0,006	0,007	0,006	0,007	0,006	0,007	0,006	0,007
<b>Indicatrice zone rurale</b>	0,012	0,0345***	0,011	0,033***	0,010	0,0299***	0,010	0,0302***	0,009	0,0258***
	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009
<b>Le répondant travaille</b>	0,007	0,003	0,007	0,003	0,009	0,001	0,008	0,001	0,009	0,001
	0,007	0,008	0,007	0,007	0,007	0,008	0,007	0,008	0,007	0,008
<b>Quartile d'Age = 2</b>	0,004	0,009	0,002	0,007	0,002	0,007	0,002	0,007	0,003	0,009
	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009	0,009
<b>Quartile d'Age = 3</b>	-0,002	0,005	-0,003	0,003	-0,006	0,002	-0,005	0,002	-0,006	0,002
	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010
<b>Quartile d'Age = 4</b>	0,001	0,011	-0,001	-0,014	-0,002	-0,013	-0,001	-0,012	-0,002	-0,014
	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010	0,009	0,010
<b>Education = 1, Primaire</b>	-0,064***	-0,081***	-0,059***	-0,074***	-0,064***	-0,072***	-0,065***	-0,073***	-0,066***	-0,071***
	0,020	0,019	0,019	0,019	0,020	0,019	0,020	0,019	0,020	0,019
<b>Education = 2, Secondaire</b>	0,015	-0,0520***	-0,008	-0,0423**	-0,007	-0,0402**	-0,008	-0,0401**	-0,004	-0,0331*
	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017	0,017
<b>Education = 3, Tertiaire</b>	-0,017	-0,079***	-0,007	-0,066***	-0,007	-0,065***	-0,007	-0,065***	-0,001	-0,052***
	0,018	0,018	0,017	0,017	0,018	0,018	0,018	0,018	0,018	0,018
<b>Logement = 2, Maison en dur</b>	0,014	0,016	0,012	0,014	0,011	0,016	0,011	0,016	0,013	0,018
	0,015	0,016	0,014	0,016	0,015	0,016	0,015	0,016	0,015	0,016
<b>Logement = 3, Bidonville</b>	-0,010	0,0489*	-0,011	0,0472*	-0,018	0,047	-0,018	0,047	-0,020	0,044
	0,028	0,029	0,027	0,028	0,028	0,029	0,028	0,029	0,028	0,028
<b>Logement = 4, Appartement</b>	0,005	0,018	0,002	0,014	-0,006	0,013	-0,006	0,013	-0,005	0,014
	0,016	0,017	0,016	0,017	0,016	0,017	0,016	0,017	0,016	0,017
<b>Logement = 5, Piece louee</b>	0,006	0,030	0,004	0,028	-0,002	0,030	-0,002	0,030	-0,002	0,029
	0,018	0,019	0,018	0,019	0,018	0,019	0,018	0,019	0,018	0,019
<b>Logement = 6, Autre</b>	-0,029	-0,015	-0,027	-0,014	-0,027	-0,019	-0,028	-0,019	-0,027	-0,017
	0,019	0,022	0,019	0,021	0,019	0,022	0,019	0,022	0,019	0,022

<b>Cote d'Ivoire x Vague 2</b>	-0,0375*	-0,0688***	-0,027	-0,0521**	-0,031	-0,0542***	-0,032	-0,0556***	-0,025	-0,051**
	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021	0,021
<b>Nigeria x Vague 1</b>	0,335***	0,121***	0,347***	0,140***	0,350***	0,147***	0,350***	0,147***	0,374***	0,195***
	0,014	0,015	0,014	0,015	0,014	0,015	0,014	0,015	0,015	0,016
<b>Nigeria x Vague 2</b>	0,222***	0,006	0,239***	0,0320*	0,247***	0,0352*	0,245***	0,0343*	0,275***	0,0909***
	0,017	0,018	0,017	0,018	0,017	0,018	0,017	0,018	0,018	0,019
<b>Sénégal x Vague 1</b>	0,214***	0,118***	0,220***	0,128***	0,213***	0,117***	0,212***	0,116***	0,223***	0,135***
	0,014	0,014	0,014	0,014	0,014	0,014	0,014	0,014	0,015	0,014
<b>Sénégal x Vague 2</b>	-0,193***	-0,232***	-0,175***	-0,202***	-0,176***	-0,207***	-0,177***	-0,208***	-0,165***	-0,189***
	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019	0,019
<b>Afrique du Sud x Vague 1</b>	0,316***	0,117***	0,315***	0,118***	0,311***	0,114***	0,310***	0,113***	0,316***	0,125***
	0,014	0,015	0,014	0,014	0,014	0,015	0,014	0,015	0,014	0,015
<b>Afrique du Sud x Vague 2</b>	0,210***	0,0722***	0,215***	0,0818***	0,209***	0,0648***	0,208***	0,0640***	0,222***	0,0898***
	0,017	0,018	0,017	0,017	0,017	0,018	0,017	0,018	0,017	0,018
<b>Peur</b>			0,0741***	0,107***	0,0724***	0,101***	0,0709***	0,104***	0,0666***	0,0962***
			0,007	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,008	0,008
<b>Colère</b>			-0,031***	-0,029***	-0,031***	-0,028***	-0,0387***	-0,0363***	-0,0351***	-0,0286***
			0,007	0,007	0,007	0,007	0,008	0,008	0,008	0,008
<b>Fort risque d'attraper le covid</b>					0,0231***	0,0571***	0,006	0,0503***	0,007	0,0479***
					0,007	0,008	0,011	0,012	0,011	0,012
<b>Peur x Risque</b>							0,004	-0,018	0,002	-0,016
							0,016	0,017	0,016	0,017
<b>Colère x Risque</b>							0,0357**	0,0372**	0,0359**	0,0387**
							0,016	0,017	0,016	0,017
<b>Confiance (Président)</b>									0,0502***	0,102***
									0,007	0,007
<b>Constant</b>	0,469***	0,412***	0,497***	0,459***	0,496***	0,468***	0,491***	0,466***	0,535***	0,553***
	0,024	0,024	0,024	0,024	0,024	0,025	0,024	0,025	0,025	0,025
<b>Observations</b>	7,421	7,372	7,421	7,372	7,134	7,087	7,134	7,087	7,024	6,982
<b>R-squared</b>	0,284	0,119	0,297	0,146	0,303	0,154	0,303	0,155	0,311	0,179
<b>Moyenne de l'indice d'adhésion</b>	0,311	0,411	0,311	0,411	0,311	0,411	0,311	0,411	0,308	0,41

Standard errors in parentheses, \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

## 7.7. Estimation des effets des traitements des expériences « port du masque à la maison » (résultats économétriques)

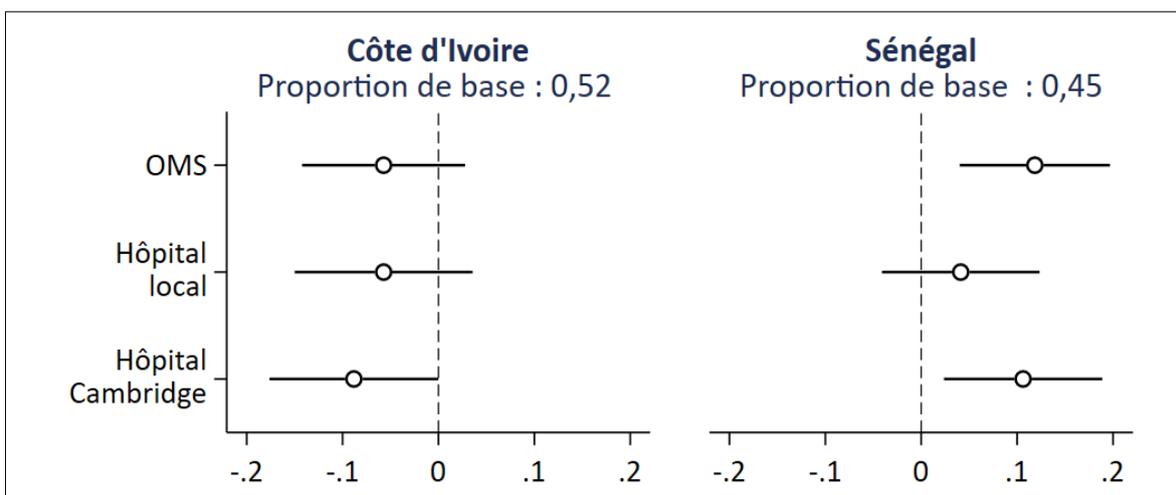
**Figure 31 : Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Afrique du Sud et Nigéria), estimation avec variables de contrôle**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : la référence (proportion de base) est la proportion de répondants du groupe de contrôle (sans prescripteur) qui accepte de porter un masque. Les résultats des effets marginaux se comparent donc à cette référence. Les bars représentent l'estimation de l'intervalle de confiance à 10 %. Estimation sans covariables. Si les bars touchent la référence (0), l'estimation n'est pas significative au seuil de 10 %.

**Figure 32 : Impact du prescripteur sur le niveau d'acceptation du port du masque à la maison (Côte d'Ivoire et Sénégal) estimation avec variables de contrôle**



Sources : Attitudes face au COVID-19 – Une étude comparative (vague 2).

Note de lecture : la référence (proportion de base) est la proportion de répondants du groupe de contrôle (sans prescripteur) qui accepte de porter un masque. Les résultats des effets marginaux se comparent donc à cette référence. Les bars représentent l'estimation de l'intervalle de confiance à 10 %. Estimation sans covariables. Si les bars touchent la référence (0), l'estimation n'est pas significative au seuil de 10 %.

Le tableau ci-dessous présente les valeurs des estimations des coefficients des variables de contrôle.

	Nigeria	Afrique du sud		Côte d'Ivoire	Sénégal
Constante	0.263 (1.51)	0.463*** (4.34)	Constante	0.481*** (5.92)	0.542*** (7.02)
Président	0.0460 (1.04)	-0.0554 (-1.25)	Hôpital local	-0.0840 (-1.62)	0.0415 (0.85)
Nobel	0.166*** (3.77)	0.0424 (0.98)	Hôpital Cambridge	-0.0712 (-1.37)	0.120** (2.37)
OMS	0.150*** (3.46)	0.0326 (0.75)	WHO	-0.0594 (-1.17)	0.101** (2.08)
<b>Age (Ref.: 18-24 y.)</b>					
25 - 30 ans	0.0917** (2.15)	0.0535 (1.22)	25 - 30 ans	-0.0614 (-1.08)	0.00690 (0.12)
31 - 39 ans	0.128*** (2.97)	0.0729* (1.72)	31 - 39 ans	-0.0590 (-1.08)	-0.0105 (-0.19)
40 - 49 ans	0.0757 (1.30)	-0.0377 (-0.72)	40 - 49 ans	-0.0382 (-0.62)	0.0437 (0.74)
50 ans et plus	0.152 (1.63)	-0.0701 (-1.25)	50 ans et plus	0.0189 (0.27)	0.116* (1.87)
<b>Éducation (Ref. : Niveau primaire)</b>					
Sans éducation	0.379* (1.68)	0.139 (0.94)	Sans éducation	0.0653 (1.32)	0.0410 (0.72)
Niveau secondaire	0.178 (1.19)	-0.0132 (-0.20)	Niveau secondaire	-0.00609 (-0.12)	0.0454 (0.87)
Niveau tertiaire	0.0723 (0.48)	-0.111 (-1.63)	Niveau tertiaire	-0.0713 (-1.29)	0.0267 (0.45)
<b>Structure du foyer (ref. = 1 pers.)</b>					
2 pers.	-0.0966 (-0.90)	0.0467 (0.55)	2 pers.	0.137* (1.73)	-0.0528 (-0.89)
3 - 5 pers.	-0.0308 (-0.35)	0.164** (2.19)	3 - 5 pers.	0.0591 (1.04)	-0.112** (-2.37)
6 pers. et +	0.0205 (0.23)	0.164** (2.06)	6 pers. et +	0.0451 (0.77)	-0.326*** (-7.27)
<b>Être un homme</b>	0.0749** (2.27)	0.0121 (0.39)	<b>Être un homme</b>	0.0523 (1.43)	-0.00835 (-0.24)
# observations	1018	1012	# observations	804	800
# paramètres	14	14	# paramètres	14	14
R-carré	0.046	0.037	R-carré	0.021	0.081

Entre parenthèses statistique t

\* p<0,10 ; \*\* p<0,05 ; \*\*\* p<0,01



Les Éditions Agence française de développement (AFD) publient des travaux d'évaluation et de recherche sur le développement durable. Réalisées avec de nombreux partenaires du Nord et du Sud, ces études contribuent à l'analyse des défis auxquels la planète est confrontée, afin de mieux comprendre, prévoir et agir, en faveur des Objectifs de développement durable (ODD). Avec un catalogue de plus de 1 000 titres, et 80 nouvelles œuvres publiées en moyenne chaque année, les Éditions Agence française de développement favorisent la diffusion des savoirs et des expertises, à travers leurs collections propres et des partenariats phares. Retrouvez-les toutes en libre accès sur [editions.afd.fr](http://editions.afd.fr). Pour un monde en commun.

**Directeur de publication** Rémy Rioux  
**Directeur de la rédaction** Thomas Mélonio

**Dépôt légal** 1<sup>er</sup> trimestre 2022  
**ISSN** 2492 - 2846

#### **Crédits et autorisations**

License Creative Commons

Attribution - Pas de commercialisation - Pas de modification

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**Création graphique** MeMo, Juliegilles, D. Cazeils

**Conception et réalisation** Coquelicot

Imprimé par le service reprographie de l'AFD

Pour consulter les autres publications :  
<https://www.afd.fr/fr/ressources-accueil>