

REVUE ELECTRONIQUE LANGAGE & COMMUNICATION

ISSN : 2617-7560

DIRECTEUR DE PUBLICATION : PROFESSEUR N'GORAN-POAMÉ LÉA M. L.

DIRECTEUR DE RÉDACTION : DR JEAN-CLAUDE OULAI, MCU

COMITÉ SCIENTIFIQUE

PROF. ABLOU CAMILLE ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. ALAIN KIYINDOU, UNIVERSITÉ BORDEAUX-MONTAIGNE

PROF. AZOUMANA OUATTARA, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BAH HENRI, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BLÉ RAOUL GERMAIN, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. CLAUDE LISHOU, UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP

PROF. EDOUARD NGAMOUNTSIKA, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

DR FRANCIS BARBEY, MCU, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE LOMÉ

PROF. GORAN KOFFI MODESTE ARMAND, UNIVERSITÉ F. HOUPHOUËT-BOIGNY

DR JÉRÔME VALLUY, MCU, HDR, UNIVERSITÉ PANTHÉON-SORBONNE

PROF. JOSEPH P. ASSI-KAUDJHIS, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. KOUAMÉ KOUAKOU, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. MAKOSSO JEAN-FÉLIX, MCU, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

PROF. NANGA A. ANGÉLINE, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. POAMÉ LAZARE MARCELIN, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. TCHITCHI TOUSSAINT YAОВI, UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

PROF. TRO DÉHO ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

COMITÉ DE RÉDACTION

PROF. ABLOU CAMILLE ROGER

DR N'GATTA KOUKOUA ÉTIENNE, MCU

DR JEAN-CLAUDE OULAI, MCU

PROF. KOUAMÉ KOUAKOU

DR NIAMKEY AKA, MCU

DR OUMAROU BOUKARI, MCU

COMITÉ DE LECTURE

PROF. IBO LYDIE

DR IRIÉ BI TIÉ BENJAMAIN

DR ADJUÉ ANONKPO JULIEN

DR COULIBALY DAOUA

PROF. KOFFI ÉHOUMAN RENÉ, MCU

DR KOUADIO GERVAIS-XAVIER

DR KOUAMÉ KHAN

DR N'GATTA KOUKOUA ÉTIENNE, MCU

DR OULAI CORINNE YÉLAKAN

MARKETING & PUBLICITÉ : DR KOUAMÉ KHAN

INFOGRAPHIE / WEB MASTER : TOURÉ K. D. ESPÉRANCE / SANGUEN KOUAKOU

ÉDITEUR : DSLC

TÉLÉPHONE : (+225 01 40 29 15 19 / 07 48 14 02 02)

COURRIEL : khankouame@gmail.com / jeanclaudeoulai@uao.edu.ci

INDEXATION : <https://journal-index.org/index.php/asi/article/view/12689>
<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/352725>

SITE INTERNET : <http://relacom-slc.org>

LIGNE EDITORIALE

Au creuset des Sciences du Langage, de l'Information et de la Communication, la Revue Electronique du Département des Sciences du Langage et de la Communication **REL@COM** s'inscrit dans la compréhension des champs du possible et de l'impossible dans les recherches en SIC. Elle s'ouvre à une interdisciplinarité factuelle et actuelle, en engageant des recherches pour comprendre et cerner les dynamiques évolutives des Sciences du Langage et de la Communication ainsi que des Sciences Humaines et Sociales en Côte d'Ivoire, en Afrique, et dans le monde.

Elle entend ainsi, au-delà des barrières physiques, des frontières instrumentales, hâtivement et activement contribuer à la fertilité scientifique observée dans les recherches au sein de l'Université Alassane Ouattara.

La qualité et le large panel des intervenants du Comité Scientifique (Professeurs internationaux et nationaux) démontrent le positionnement hors champ de la **REL@COM**.

Comme le suggère son logo, la **REL@COM** met en relief le géant baobab des savanes d'Afrique, situation géographique de son université d'attache, comme pour symboliser l'arbre à palabre avec ses branches représentant les divers domaines dans leurs pluralités et ses racines puisant la serve nourricière dans le livre ouvert, symbole du savoir. En prime, nous avons le soleil levant pour traduire l'espoir et l'illumination que les sciences peuvent apporter à l'univers de la cité représenté par le cercle.

La Revue Electronique du DSLC vise plusieurs objectifs :

- Offrir une nouvelle plateforme d'exposition des recherches théoriques, épistémologiques et/ou empiriques, en sciences du langage et de la communication,
- Promouvoir les résultats des recherches dans son champ d'activité,
- Encourager la posture interdisciplinaire dans les recherches en Sciences du Langage et de la Communication,
- Inciter les jeunes chercheurs à la production scientifiques.

Chaque numéro est la résultante d'une sélection exclusive d'articles issus d'auteurs ayant rigoureusement et selon les normes du CAMES répondu à un appel thématique ou libre.

Elle offre donc la possibilité d'une cohabitation singulière entre des chercheurs chevronnés et des jeunes chercheurs, afin de célébrer la bilatéralité et l'universalité du partage de la connaissance autour d'objets auxquels l'humanité n'est aucunement étrangère.

Le Comité de Rédaction

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS & DISPOSITIONS PRATIQUES

La Revue Langage et Communication est une revue semestrielle. Elle publie des articles originaux en Sciences du Langage, Sciences de l'Information et de la Communication, Langue, Littérature et Sciences Sociales.

I. RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Les articles sont recevables en langue française, anglaise, espagnole ou allemande. Nombre de page : minimum 10 pages, maximum 15 pages en interlignes simples. Numérotation numérique en chiffres arabes, en haut et à droite de la page concernée. Police : Times New Roman. Taille : 11. Orientation : Portrait, recto.

II. NORMES EDITORIALES (NORCAMES)

Pour répondre aux Normes CAMES, la structure des articles doit se présenter comme suit :

- ✚ Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.
- ✚ Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats, Analyse et Discussion, Conclusion, Bibliographie.
- ✚ Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2 ; 2. ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.).

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante : (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées). Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition.

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

III. RÈGLES D'ÉTHIQUES ET DE DÉONTOLOGIE

Toute soumission d'article sera systématiquement passée au contrôle anti-plagiat et tout contrevenant se verra définitivement exclu par le comité de rédaction de la revue.

SOMMAIRE

1. ALOSSÉ Dotsé Charles-Grégoire, KOUDJOA Abala Dissirama (Université de Kara, Togo)
Politique du genre et libération sociale de la femme à partir du différentialisme émancipateur 09
2. CAMARA Stanislas Modibo / LATTE Jacques Symphor (Université Péléforo Gbon Coulibaly, Korhogo-Côte d'Ivoire)
Léopold Sédar Senghor, le poète de la civilisation de l'universel 23
3. DADI Mahi Esaïe (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Technologies de l'information et de la communication pour l'enseignement (TICE) et résilience pédagogique de l'Université Alassane Ouattara (UAO) à l'ère de COVID-19 32
4. DARIF El Bouffy Hakima (Université Mohamed V, Rabat-Maroc)
Le social learning digital et le développement des compétences professionnelles des enseignants de français cycle secondaire au Maroc 43
5. Dimitri OVENANGA-KOUMOU (Université Marien Ngouabi, Brazzaville-Congo)
L'évènement de la mort : fatalité imagée chez Heidegger 60
6. DJAHA Koffi Henri (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)
Représentation de la sexualité, estime de soi et conduites sexuelles à risque chez les adolescentes d'Abidjan 70
7. Jean-Claude OULAI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
"Influenceurs" et éthique de la visibilité sur les réseaux sociaux en Côte d'Ivoire 81
8. Jean Sibadioumeg DIATTA (Université Cheikh Anta Diop, Dakar-Sénégal)/
Vieux Demba CISSOKO (Université Gaston Berger, St Louis-Sénégal)
Variations des pratiques plurilingues à Ziguinchor : contribution à une recherche contrastive sur centre et périphérie en sociolinguistique urbaine 94
9. Kouakou Guillaume YAO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Relations Publiques et E-réputation des organisations hôtelières ivoiriennes à l'ère du COVID-19 109

10. Marie Sylvana BROU (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire),
Lépri Bernadin Nicaise AKA, Clément Kouadio KOUAMÉ (Université Félix
Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)
**Les défis de la communication dans la génération de la demande pour les
services de vaccination : cas des programmes élargis de vaccination en
Côte d'Ivoire en 2021** 121
11. Alexis Innocent Dit Marshall ACKAH (Institut National Supérieur des Arts et
de l'Action Culturelle, Abidjan-Côte d'Ivoire)
**Mobilisation communautaire : élément de lutte contre le dérèglement
climatique en milieu rural** 135
12. Mimboabe BAKPA (Université de Kara, Togo)
Éléments de la négation dans les langues Gurma : état des lieux 149
13. Nibé Dramane SILUÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
**Communication et déterminants de la solidarité dans la pratique du poro
chez les Senoufo de Korhogo** 160
14. Thibaut DUBARRY (Université de Rouen, France)
**Quatre leçons sur le rôle positif du religieux à l'égard du Sida à la lumière
d'églises pentecôtistes et de mosquées de Townships de la nation arc en
ciel** 173
15. Vahama KAMAGATÉ (Université Péléforo Gbon Coulibaly, Korhogo-Côte
d'Ivoire)
**Mobilisation communautaire pour la préscolarisation dans les régions du
Béré et du Kabadougou en Côte d'Ivoire** 190
16. AGBENOKO Donyo Koffi (Université de Kara, Togo)
**L'Afrique entre altérité mondialiste et affirmation de souveraineté
étatique : enjeux socio-économiques et politiques de son rapport au
monde** 204
17. Oumar DIÈYE (Université Cheikh Anta Diop, Dakar-Sénégal)
**Dynamiques discursives et poétique intermédiaire dans *La première
journée de la bergerie* (1565) de Remy Belleau** 218
18. Emna GHANNOUCHI (Université de Manouba, Tunisie), Neila GHANNOUCHI
(Université de Jendouba, Tunisie), Jawhar JAMMOUSI (Université de
Manouba, Tunisie)
**L'impact de la dimension du divertissement sur le comportement du
consommateur : cas des Centres Commerciaux en Tunisie** 218

19. Youssouf DIAWARA (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire),
KOUADIO Akissi Françoise épouse. KONAN (Université Alassane Ouattara,
Bouaké-Côte d'Ivoire)

**Analyse discursive de l'œuvre dramatique *L'optimiste* (Saverio Naigiziki :
aspect sémantique et pragmatique) 249**

**LES DÉFIS DE LA COMMUNICATION DANS LA GÉNÉRATION DE LA
DEMANDE POUR LES SERVICES DE VACCINATION : CAS DU
PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION EN CÔTE D'IVOIRE EN 2021**

Marie Sylvana BROU
Université Alassane Ouattara
(Bouaké-Côte d'Ivoire)
marie_sylvana@yahoo.fr

Lepri Bernadin Nicaise AKA
Université Félix Houphouët Boigny
(Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire)
akanicaise@yahoo.fr

Clément Kouadio KOUAMÉ
Université Félix Houphouët Boigny
(Abidjan-Cocody, Côte d'Ivoire)
kouameclementkoudio@gmail.com

Résumé :

La communication pour la santé vise à informer et influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé. Dans le Programme élargi de vaccination (PEV) en Côte d'Ivoire, cette composante est confrontée à plusieurs défis qui limitent son efficacité. Quelles sont-elles ? Comment peut-on y remédier ? Le présent article, à partir d'une enquête réalisée auprès des acteurs du programme et de la communauté, à l'aide de questionnaires, d'entretiens individuels approfondis et de discussions de groupe, révèle certaines difficultés. Ce sont entre autres le non-respect de dispositions institutionnelles, la non-exécution des plans de communication/mobilisation sociale pour la vaccination systématique, l'absence de stratégies de communication sur les risques, la faible exploitation de la communication digitale et des réseaux sociaux et l'insuffisance des ressources financières. Il propose des solutions au nombre desquelles des activités de plaidoyer à l'endroit du parlement ivoirien pour le vote de lois en faveur du PEV, l'identification, par district, des zones et populations insuffisamment couvertes par des activités de communication ciblées, le renforcement de la communication interpersonnelle au poste de vaccination et la mise en place d'une cellule de veille sur les réseaux sociaux.

Mots clés : Communication pour la santé - Programme élargi de vaccination - Côte d'Ivoire – défis – Solutions

Abstract :

Health Communication aims to inform and influence individual and collective decisions to improve health. Within the Expanded Program of Immunization (EPI) in Côte d'Ivoire, this component is faced with challenges that hinder its effectiveness. What are they? How can they be remedied? This article, based on a survey of program and community actors, using questionnaires, in-depth interviews (IDI), and focus group discussions (FGD), highlights some of these challenges. These include non-compliance with institutional guidance, failure to implement communication/social mobilization plans for routine immunization, lack of risk communication strategies, insufficient use of digital communication and social media

and the lack of financial resources. It proposes solutions that include advocacy towards decision-makers to vote laws and create enabling environment for EPI, identification, per health district, of areas and populations with low coverage for targeted communication activities, the strengthening of interpersonal communication at the vaccination point, and the set up a social listening mechanism.

Key words : Health Communication - Expanded program of immunization – Côte d’Ivoire – challenges - Solutions

Introduction

La communication pour la santé se définit comme l’étude et l’organisation de stratégies de communication interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l’amélioration de la santé (L. Renaud et C. Rico de Sotelo, 2007, p 32). Elle a pour but de générer la demande pour les services de santé. La conférence d’Alma-Ata en 1978, a positionné ce domaine comme une priorité en matière de soins de santé primaires (SSP).

On entend par soins de santé primaires, des soins de santé essentiels, universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays. Ils consistent en des actions de promotion, de prévention, de soins curatifs et de réadaptation visant à maîtriser les principaux problèmes de santé de la communauté. Bien que variant d’un pays à un autre ou d’une communauté à une autre, les soins de santé primaires comportent un nombre d’activités minimum. Ce sont la promotion d’une nutrition correcte et d’un approvisionnement convenable en eau saine, les mesures d’assainissement de base, la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes pathologies infectieuses, la prévention et la réduction des endémies locales, l’éducation concernant les problèmes de santé prédominants, les moyens de les prévenir et de les maîtriser et le traitement approprié des maladies et traumatismes courants (OMS et Unicef, 1978, p 38). Le Programme Élargi de Vaccination (PEV) participe au déploiement des soins de santé primaire. Il s’agit d’un important programme de santé qui œuvre à la vaccination des populations dans les pays du tiers monde notamment, en Côte d’Ivoire. Comme tout projet de santé, le PEV contribue à l’instauration du développement par la réalisation des objectifs sanitaires visés. (M. S. Brou-Messou, 2012, p 270).

Si les acteurs en santé publique sont arrivés à l’évidence que la communication pour la santé à elle seule ne suffisait pas à atteindre les objectifs de changements socio-sanitaires visés, il n’en demeure pas moins qu’elle constitue un puissant moteur de promotion de la santé (L. Renaud et C. Rico de Sotelo, 2007, p 32). Cependant, dans nos pays, ce bloc fonctionnel déterminant dans le processus de changements est confronté à de nombreux problèmes qui entravent son fonctionnement et rendent difficile l’atteinte des objectifs visés. La composante communication et génération de la demande du PEV n’échappe pas à cet état des faits. Aussi nous posons-nous la question à savoir : Quels sont les défis à relever par cette composante pour une efficacité du PEV en Côte d’Ivoire ? De cette question principale découlent les questions subsidiaires que sont : Quelles sont les difficultés rencontrées dans l’exécution de la communication du PEV en Côte d’Ivoire et quelles pourraient être les axes d’une gestion méliorative de cette composante ?

Les réponses à ces questions fondamentales constituent la trame de la présente étude. Elle s’articule en trois axes majeurs. Le premier axe donne un aperçu du programme élargi de

vaccination et du cadre méthodologique de la recherche. Le second axe procède à une présentation de la situation de la communication du programme, à travers un exposé des données collectées et le troisième axe met en lumière les difficultés identifiées et propose des solutions. L'intérêt de cette recherche réside dans le fait qu'elle révèle, à partir du cas du PEV de Côte d'Ivoire, certaines insuffisances de la communication pour la santé et propose des pistes de solutions susceptibles d'en améliorer l'efficacité.

1. D'un aperçu du PEV au cadrage méthodologique de l'étude

1.1 Le programme élargi de vaccination (PEV)

Le PEV est né du succès du programme d'éradication de la variole initié par l'OMS en 1967. En effet, au début des années 1970, des millions d'enfants mourraient chaque année dans le monde à la suite de maladies évitables par la vaccination. Aussi en 1974, alors que l'éradication de la variole était en bonne voie et que les mentalités avaient évolué en faveur la vaccination universelle, il a été préconisé au cours de la conférence d'Alma-Ata, "d'élargir" la vaccination à six autres maladies meurtrières de la petite enfance, évitables par la vaccination. Ces maladies étaient la tuberculose, la poliomyélite, le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la rougeole (P. Saliou, 2009). Cet acte a marqué la naissance du PEV qui est rentré dans sa phase effective en 1977. Les populations cibles étaient les nouveau-nés et les nourrissons dans leur première année de vie, mais aussi les femmes enceintes dans le cadre de la prévention du tétanos néonatal (TNN).

En Côte d'Ivoire, le PEV a été lancé en 1978 sous la responsabilité de l'Institut d'Hygiène, l'actuel l'Institut National d'Hygiène publique (INHP). Démarré à titre pilote dans la ville d'Abengourou, le PEV a été étendu progressivement au reste du pays. En 1986, les 28 bases de santé rurale existantes avaient été couvertes par le PEV avant la campagne d'accélération en 1987 (Ministère de santé et de l'hygiène publique, 2006, p 15). En 1990, des actions visant la protection antitétanique des femmes en âge de procréer, la mobilisation sociale et le démarrage de la stratégie avancée ont été menées avec le soutien des partenaires au développement pour accroître la couverture vaccinale. Un plan d'accélération du PEV a également été mis en œuvre. En 1991, une enquête de couverture vaccinale avait mis en évidence de faibles couvertures vaccinales et une stagnation des performances malgré les actions entreprises. De 1991 à 1995, le PEV a été placé sous l'entière responsabilité de l'Institut National d'Hygiène publique qui en assurait la coordination, le suivi des activités et la surveillance épidémiologique des maladies cibles. C'est en 1993, à la suite d'une mission d'évaluation du programme effectuée par une équipe de l'OMS que l'idée d'un renforcement et d'une restructuration du PEV a été évoquée, au moment même où les réflexions étaient en cours pour la mise en place des districts sanitaires en Côte d'Ivoire. Entre 1994 et 1995, les districts sanitaires ont été créés et mis en place et l'arrêté n° 175 MSPAS/CAB du 27 mars 1995 réorganisent le PEV. La gestion du programme a été confiée à une Direction Exécutive rattachée au cabinet du ministre de la Santé, comme l'ensemble des autres programmes de santé, quelques semaines avant le lancement du programme d'éradication de la poliomyélite en Côte d'Ivoire. Cette Direction exécutive avait pour mission la relance des activités du PEV, l'intégration des activités du programme au niveau des districts sanitaires et le suivi de ces activités. Un autre arrêté n° 277/MSP/CAB du 25 avril 1997 a organisé et indiqué les modalités de fonctionnement de la Direction Exécutive du PEV. Cependant, le décret n° 2000-542 du 02 août 2000 a créé en lieu et place de la Direction Exécutive du PEV, une Direction de Coordination du PEV (DCPEV). Cette disposition a été entérinée par le Décret n° 2001-12 du 03 janvier 2001 (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2006, p 16). La mise en œuvre du PEV repose sur six (6) blocs fonctionnels que sont la gestion du programme, le service de vaccination, la

surveillance des maladies, les vaccins, chaîne de froid et logistique, la communication et génération de la demande de vaccination et les aspects institutionnels et financiers (Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2016, p 9). Le but du Programme est de réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies évitables par la vaccination (MEV) chez les enfants de moins de 5 ans, les filles âgées de 9 ans et les femmes enceintes. Pour ce faire, quatorze (14) maladies sont visées en Côte d'Ivoire à ce jour. Ce sont la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite, la rougeole, la rubéole, la méningite, la fièvre jaune, les diarrhées à rotavirus, l'hépatite virale B, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, à pneumocoque et au papilloma virus humain (HPV). Malgré ses bonnes performances, le PEV demeure confronté à certains défis, dont la nécessité d'atteindre un plus grand nombre de populations. En effet, selon les données administratives de 2015 à 2019, le programme a connu une amélioration de ses couvertures vaccinales (CV) pour tous les antigènes. Cependant, en dépit de cette tendance à la hausse, les couvertures vaccinales demeurent inférieures aux objectifs de 95% fixés dans le plan pluriannuel complet 2016-2020. Elles sont comprises entre 90% pour le vaccin anti amaril et 94%, pour la troisième dose du vaccin DTC-Hep B-Hib. Cette situation insatisfaisante a été aggravée par la survenue de la pandémie du Covid-19 qui a entraîné la baisse des couvertures de 10 points en moyenne (Ministère de la Santé et de l'hygiène publique, 2021, p16) et la réduction de la demande en vaccination avec un nombre croissant de vaccinosceptiques. Elle pose donc le défi de l'efficacité de la communication en vue d'améliorer la génération de la demande en vaccination.

1.2 La méthode de recherche

La méthode de recherche a consisté en une étude transversale à visée descriptive. Elle a concerné les différents niveaux de la pyramide sanitaire à savoir le niveau central et les niveaux décentralisés. La collecte des données s'est déroulée du 14 au 21 mars 2021. L'échantillonnage du niveau central, c'est-à-dire le niveau qui œuvre à la coordination du PEV, a été de type raisonné. Ainsi, neuf (9) structures ont été visitées ; ce sont la Direction de Coordinateur du PEV, le Service de communication de la DCPEV, l'OMS, l'UNICEF, l'AMP, JHPIEGO, Village Reach, Orange CI et la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI).

Au niveau décentralisé, c'est-à-dire au niveau des directions régionales de la santé (DRS), des directions départementales et des formations sanitaires (FS), l'échantillonnage a été de type aléatoire simple. Au total, huit (8) directions départementales de la santé (DDS) ou districts sanitaires sur les cent treize (113) que compte le pays, ont été tirées au sort. Dans chaque district sanitaire sélectionné, trois (3) formations sanitaires (ou établissements sanitaires de premier contact) ont été tirés au sort. Soit le tableau ci-après :

Tableau 1 : Échantillonnage du niveau décentralisé

Directions régionales	Districts sanitaires	Formations sanitaires
Abidjan 2	Treichville- Marcory	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Général public de Marcory-centre • Centre de santé urbain-Dispensaire public Pont Houphouët de Treichville
Gbêkê	Bouake-sud	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Général public de Bouaké • Centre de santé rural-Dispensaire public de Tiéplé • Formation sanitaire urbaine publique de Bouaké Koko
Hambol	Katiola	<ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier régional public de Katiola • Centre de santé rural-Dispensaire Maternité public de Nikolo • Centre de santé urbain-Dispensaire Maternité public de Timbe
Nawa	Méagui	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Général public de Méagui • Centre de santé rural-Dispensaire Maternité Public de Negreagui • Centre de Santé Urbain-Infirmierie public de Gnanmagui
Marahoué	Zuénoula	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Général public de Zuenoula • Centre de santé rural-Maternité public de Bazraa • Centre de santé urbain spécialisé-Protection maternelle infantile public de Maminigui
Indenié-Djuablin	Bettie	<ul style="list-style-type: none"> • Hôpital Général public de Bettie • Centre de santé rural-Dispensaire public de Abradinou • Centre de santé urbain-Dispensaire Maternité public de Diamarakro
Agnéby-Tiassa	Agboville	<ul style="list-style-type: none"> • Centre hospitalier régional d'Agboville • Dispensaire rural-Dispensaire public de M'brome • Centre de santé urbain-Dispensaire Maternité public de Loviguie

Au niveau des directions régionales et des districts sanitaires, les directeurs ou le chef de service d'action sanitaire, les chargés du PEV et les chargés de surveillance épidémiologique (CSE) ont été interrogés.

Au niveau de la communauté, l'échantillonnage a été de type raisonné. Les personnes ont été sélectionnées dans l'aire sanitaire des différents centres de santé tirés au sort. Ainsi, les

discussions de groupe ont été réalisées avec des mères d'enfants (âgés de 0-23 mois) complètement vaccinés et des mères d'enfants (âgés de 0-23 mois) incomplètement vaccinés. Les entretiens individuels ont été réalisés avec les partenaires locaux. Ce sont les Préfets, Sous-Préfets, Conseil Régional, Maires, Chef Village, Leaders religieux et Comité de Gestion (COGES). Au total, quarante (40) discussions de groupes ont été réalisées, dont vingt (20) discussions de groupes avec les mères d'enfants de 0 à 23 mois complètement vaccinés (ECV) et vingt (20) discussions de groupes avec les mères d'enfants de 0 à 23 mois incomplètement vaccinés (EIV). En ce qui concerne les entretiens, quatre-vingt-huit (88) entretiens individuels ont été réalisés avec les partenaires locaux, dont sept (7) avec des Préfets, sept (7) avec des Conseils régionaux, dix-neuf (19), avec des Maires, huit (8) avec des sous-préfets, vingt (20) avec des leaders religieux, vingt (20) avec les COGES et enfin sept (7) Entretiens individuels avec les Chefs de villages. Pour la collecte des données, quatorze (14) enquêteurs et cinq (5) superviseurs ont été recrutés et formés. Les outils de collecte ont été prétestés. Les agents enquêteurs ont été organisés en sept équipes de deux agents et à chaque superviseur deux équipes ont été attribuées.

Cette étude a eu recours à la fois à des méthodes qualitatives et quantitatives.

Sur le plan qualitatif, deux techniques de collecte ont été utilisées à savoir la discussion de groupe et l'entretien individuel approfondi. À cet effet, quatre (4) guides ont été élaborés et utilisés dans le cadre de la collecte des données. Ce sont un (1) guide d'entretien pour les discussions de groupe ciblant les mères d'enfants âgés de 0 à 23 mois, un (1) guide d'entretien adressé à la DCPEV, un (1) guide d'entretien individuel adressé aux partenaires locaux du PEV et un (1) guide d'entretien individuel adressé aux partenaires techniques et financiers du PEV.

Sur le plan quantitatif, la collecte des données a été réalisée à l'aide de questionnaires standardisés. À cet effet deux (2) questionnaires ont été élaborés dont un (1) questionnaire adressé aux Directions régionales de la santé et aux Directions départementales de la santé et un (1) questionnaire adressé aux formations sanitaires.

Pour le traitement et l'analyse des données qualitatives, les données de terrain collectées lors des discussions de groupe et des entretiens individuels approfondis au moyen de dictaphones ont été dans un premier temps, retranscrites et saisies sur fichier à l'aide d'un éditeur de texte notamment le MS Word. L'analyse des données s'est faite sous forme d'une analyse de contenu du discours livré par les informateurs lors des entretiens individuels et de groupes selon la méthode (i) Codification, Extraction, pour chaque thème, des messages clés tels qu'exprimés par les informateurs ; (ii) hiérarchisation de ces messages en fonction de leur fréquence d'apparition dans chacun des groupes et dans l'ensemble ; (iii) comparaison entre les groupes de façon à dégager les différences et les convergences.

Pour les données quantitatives, les informations collectées à l'aide des questionnaires ont été saisies et analysées sous le logiciel Microsoft Excel version 2016, pour les données du niveau central et sur Epi-data, pour celles des niveaux intermédiaires et périphériques.

L'analyse a fait un focus sur la description, l'identification des forces et faiblesses, ainsi que des propositions de solutions liées à la composante communication et génération de la demande du PEV.

2. Les résultats de la collecte des données

Il est ici question de faire un état des lieux de la communication du PEV à partir des points de vue des acteurs directs ou indirects de la communication du programme. Il s'agit des gestionnaires du programme au niveau central et décentralisé, des partenaires techniques et financiers, des partenaires sociaux et des utilisateurs du programme (la communauté). Les

données collectées ont porté sur des aspects précis de la composante. Ce sont : le cadre institutionnel, le management et le financement de la communication du PEV, l'engagement des décideurs et l'implication des partenaires sociaux, l'organisation de la communication de proximité, les canaux de communication et supports éducatifs, la participation effective des communautés aux activités de vaccination, la capitalisation des acquis des activités de vaccination supplémentaire (AVS) pour le PEV de routine et la perception de l'accueil et des services de vaccination par les parents d'enfants.

En ce qui concerne le cadre institutionnel de la communication du PEV, L'enquête a révélé qu'il existe au niveau de la DCPEV un service de communication et une équipe fonctionnelle de gestion et de recherche des rumeurs. Il existe également un partenariat formel avec les médias pour la couverture des activités du PEV. Les médias concernés par le partenariat sont les radios de proximité et les médias publics que sont : Radio Côte d'Ivoire, la RTI, l'agence ivoirienne de presse (AIP) et Fraternité Matin. La contribution de ces médias a été jugée satisfaisante. Il existe aussi des dispositions institutionnelles entre la DCPEV et la Direction de la santé communautaire (DSC) pour l'utilisation des agents de santé communautaires (ASC) dans les activités de vaccination. Cependant, il est apparu que l'application de ces dispositions institutionnelles est insatisfaisante, car elles ne sont pas totalement appliquées. Cette application partielle des dispositions entraîne un manque d'intégration des interventions.

Au niveau décentralisé, il existe un partenariat formel avec les Organisations de la société civile (OSC) pour la sensibilisation des ménages et la recherche des enfants perdus de vue. Aussi, l'on note l'existence d'un chargé de la communication et mobilisation sociale respectivement dans 89% des DRS et dans 100% des DDS.

Concernant le management de la communication du PEV, il en ressort qu'au niveau central le responsable du service de communication de la DCPEV est formé en communication pour la santé. Cependant, le service de communication ne dispose pas de ressources humaines suffisantes et les nouveaux agents recrutés ne sont pas formés. La DCPEV dispose d'un plan de communication/mobilisation sociale pour la vaccination systématique mais la mise en œuvre de ce plan n'est pas satisfaisante. Les activités ne sont pas réalisées à cause des conflits de calendrier et l'insuffisance de financement. Il existe également une stratégie de plaidoyer pour la mobilisation de fonds au niveau national. Cette stratégie est satisfaisante parce que chaque année, elle permet la mobilisation de ressources pour la mise en œuvre des activités du PEV. Le pays dispose aussi d'une stratégie de communication pour la vaccination systématique. La mise en œuvre de cette stratégie est satisfaisante, car elle a permis de minimiser les réticences vaccinales. Il n'existe toutefois pas de stratégie de communication sur les risques prenant en compte les manifestations adverses post-injection (MAPI) et les rumeurs concernant les vaccins du PEV.

Au niveau décentralisé seulement 32% des Directions Régionales de la Santé (DRS) et 41% des Directions Départementales de la Santé (DDS) et 63% des formations sanitaires ont déclaré disposer de ressources humaines suffisantes pour les activités de communication et mobilisation sociale. Cependant, les points focaux communication ne sont pas tous formés en communication pour la santé à cause du renouvellement de leur effectif (26% des DRS, 77% des DDS et 32% des centres de santé). L'on a également noté l'existence de plan de communication pour la vaccination systématique (dans 21% des DRS et dans 73% des DDS), d'une stratégie de communication sur les risques intégrant les réticences vaccinales (dans 42% des DRS et 36% des DDS), les MAPI (dans 26% des DRS et des DDS) et enfin les rumeurs (dans 37% des DRS et des DDS).

Au sujet du financement de la communication du PEV, au niveau central le financement pour la mise en œuvre du plan de communication a été déclaré insuffisant. Il en est de même

pour le niveau décentralisé. En effet, seulement 11% des DRS et 5% des DDS ont affirmé disposer de fonds suffisants pour les activités de communication et mobilisation sociale.

Relativement à l'engagement des décideurs et l'implication des partenaires sociaux, il est ressorti au niveau central qu'il y a un engagement du gouvernement manifeste à travers l'existence d'un décret sur la gratuité des vaccins du PEV, le positionnement de la vaccination comme une activité prioritaire du gouvernement, le préfinancement de l'achat des vaccins et la déclaration d'Addis-Abeba. Cependant en ce qui concerne la déclaration précitée, l'engagement ne s'est pas traduit en actes. Au niveau décentralisé, les Organisations de la Société Civile ne sont pas suffisamment impliquées dans la sensibilisation des ménages sur la vaccination. Seulement 5% des DRS et 9% des DDS visités ont déclaré le faire. Il en est de même pour les autorités locales et autres partenaires sociaux qui sont impliqués par seulement 47% des DRS, 27% des DDS et 69% des centres de santé. Cependant, l'impact de leur implication est jugé satisfaisant. En effet l'on note au niveau des districts, un taux de satisfaction de 100% pour l'implication des autorités locales, de 92% pour les leaders communautaires et religieux, de 75% pour les ASC et de 50% pour les OSC.

La communication de proximité du PEV quant à elle est organisée en plusieurs activités. Ce sont la sensibilisation dans les ménages (dans 74% des DRS, 55% des DDS et 47% des centres/formations sanitaires visités), la communication interpersonnelle ou causerie éducative, réalisée par le personnel de santé au poste de vaccination (dans 35% des centres de santé) et les activités de communication et de mobilisation sociale (à travers les réunions communautaires pour 28% des centres de santé et les sensibilisations par mégaphone dans 45% des centres de santé).

Les données relatives à la gestion des problèmes de refus, de réticences et de difficultés d'accès des populations aux services de vaccination ont confirmé l'existence de cas de réticences à la vaccination dans 42% des DRS, 79% des DDS et 73% des centres de santé. Ces réticences seraient dues à la peur des MAPI, aux rumeurs et à certaines croyances religieuses défavorables sur la vaccination. Il en est également ressorti un déficit d'information des communautés portant principalement sur les avantages de la vaccination (78%), la sécurité des vaccins/MAPI (48%), les maladies/vaccins spécifiques du PEV (37%), le calendrier, les heures et lieux de vaccination (23%), les risques encourus/les non vaccinés (18%) et la Covid-19 (5%). Concernant les difficultés d'accès, il a été noté l'existence de localités difficiles d'accès dans 53% des DRS et 64% des DDS. Les problèmes d'accès évoqués sont le manque d'infrastructures (routes praticables) et les tracasseries policières. Les actions entreprises pour pallier cette situation sont les sensibilisations lors des stratégies avancées. Pour la recherche des perdus de vue et le rattrapage des enfants non vaccinés les acteurs et partenaires communautaires impliqués sont les ASC (dans 74% des DRS et 59% des DDS), des leaders communautaires et religieux (47% des DRS et 14% des DDS), les autorités locales (26% des DRS) et les OSC (9% des DDS). Il en ressort une implication insuffisante des acteurs et partenaires communautaires à ce niveau. Pourtant la contribution de la majorité de ces personnes à l'exception des autorités locales (21% de taux de satisfaction exprimé) semble apporter satisfaction. Concernant l'implication des ASC, 74% des DRS et 85% des DDS ont déclaré être satisfaits. Il en est de même, mais dans une proportion moindre pour la contribution des leaders communautaires et religieux (70% des DRS et 67% des DDS) et des OSC (50% des DDS).

Relativement aux canaux de communication et supports éducatifs, les données collectées ont montré que les canaux impliqués dans la communication du PEV sont les médias publics (Radio CI, la RTI, l'AIP et Fraternité Matin), les radios de proximité (95% des DRS et 86% des DDS), et les griots/crieurs publics (42% des DRS et 64% des DDS), la presse locale

(11% des DRS et 18% des DDS) et la téléphonie mobile (11% des DRS et 9% des DDS). La contribution de ces médias semble apporter satisfaction aux acteurs du programme à tous les niveaux de mise en œuvre. Il est cependant apparu un déficit dans l'utilisation de la communication digitale. En effet, en dehors du site internet et de la page Facebook dont dispose la DCPEV, des activités suivies de communication digitale n'ont pas été entreprises notamment pour informer et sensibiliser, rechercher et combattre les rumeurs et autres fausses informations sur la vaccination. Concernant les supports éducatifs, les résultats attestent de l'existence de matériel d'IEC. Cependant, ces supports sont uniquement destinés à l'éducation des parents d'enfant. Les autres cibles spécifiques du PEV que sont les volontaires communautaires, les formations sanitaires publiques et privées, les médias, les autorités locales, les ONG/OSC, les leaders communautaires et autres ne sont pas prises en compte.

Concernant la participation effective des communautés aux activités de vaccination, il a été noté que la participation des populations aux activités de vaccination dans toutes les localités est quasi inexistante. En général, la communauté est sollicitée en qualité de bénéficiaire, c'est-à-dire uniquement pour se faire vacciner (pour les femmes enceintes) et/ou faire vacciner leurs enfants. Cet état de fait est la conséquence de l'inexistence de stratégie d'engagement communautaire au niveau décentralisé.

Relativement à la capitalisation des acquis des activités de vaccination supplémentaire (AVS) en faveur du PEV de routine, les informations collectées montrent qu'au cours des activités de vaccination supplémentaires, il y a une véritable implication des tous les acteurs en l'occurrence les autorités administratives et politiques, les organisations non gouvernementales (ONG) et organisations de la société civile (OSC), les leaders communautaires et religieux ainsi que les médias (radio et télévision) en faveur de la vaccination. Cependant, cette collaboration n'est pas mise à profit en faveur du PEV de routine. Selon les acteurs du niveau central et décentralisé, le manque de ressources financières constituerait l'obstacle majeur à la capitalisation des acquis des activités de vaccination supplémentaires pour le PEV de routine.

Concernant la perception de l'accueil et des services de vaccination par les parents, il est ressorti que les parents dans leur grande majorité ont une bonne perception des services de vaccination. En dehors de quelques cas d'insatisfaction du fait de réprimandes faites par les agents vaccinateurs aux mères pour le non-respect des rendez-vous, les parents rencontrés ont déclaré être bien reçus par le personnel de santé et recevoir des conseils de la part de ceux-ci dans le sens de les motiver à se faire ou faire vacciner leurs enfants.

3. Les limites et perspectives amélioratives de la composante Communication et génération de la demande en vaccins et produits de la vaccination

3.1. Les limites de la composante Communication et génération de la demande en vaccins et produits de la vaccination : les conclusions de l'analyse des données collectées

Le but de cette recherche étant d'identifier les défis de la communication du PEV, notre analyse a consisté essentiellement à mettre en lumière, à partir de la présentation de la situation de la communication du programme, les insuffisances et les dysfonctionnements qui sont apparus. Il s'agit de faiblesses ou limites que cette composante se doit de combler pour parfaire son fonctionnement. Les informations relatives à la communication/génération de la demande en vaccins et produits de la vaccination, collectées auprès des acteurs du PEV notamment, les gestionnaires au niveau central et décentralisé, les partenaires techniques et financiers, les partenaires sociaux et les utilisateurs du programme en ont relevé plusieurs.

Au niveau institutionnel, il est apparu un dysfonctionnement relatif au non-respect des dispositions institutionnelles entre la DCPEV et la Direction de la santé communautaire (DSC) pour l'utilisation des agents de santé communautaires (ASC) dans les activités de vaccination pour le PEV de routine. Ce qui entraîne au niveau opérationnel un manque d'intégration des interventions de santé.

Concernant le management de la communication du PEV, il est ressorti plusieurs problèmes. Il s'agit de l'insuffisance en ressources humaines aussi bien au niveau de la DCPEV, qu'au niveau décentralisé. En effet, il a été notifié l'existence de ressources humaines suffisantes pour les activités de communication et mobilisation sociale dans seulement 32% des Directions Régionales de la Santé (DRS) et 41% des Directions Départementales de la Santé (DDS).

Le manque de formation des agents de la communication est également apparu comme un autre problème au niveau du management de la communication du PEV. Tout le personnel du service de communication de la DCPEV, la structure coordonnatrice de la communication du programme, n'a pas été formé en Communication pour la santé. Il en est de même au décentralisé où les chargés de la communication et mobilisation sociale formés en communication pour la santé ont été retrouvés dans seulement 26% des DRS, 77% des DDS et 32% des centres de santé).

La non-exécution des plans de communication/mobilisation sociale pour la vaccination en routine s'est aussi révélée comme un autre problème dans le management de la composante communication du PEV au niveau central. Cette situation serait due au fait des conflits de calendrier et de l'insuffisance de financement. Au niveau des districts et des régions, le problème se pose plutôt en termes de disponibilité des plans de communication. En effet, l'on a noté l'existence de plan de communication/mobilisation sociale pour la vaccination systématique dans seulement 21% des DRS et 73% des DDS.

Comme dernière difficulté dans le management de la communication du PEV, il est ressorti l'inexistence d'une stratégie nationale de communication sur les risques, prenant en compte les manifestations adverses post -injection (MAPI) et les rumeurs concernant les vaccins du PEV.

Relativement au volet financier, il en est apparu comme problème l'insuffisance des ressources disponibles pour la réalisation des activités de la communication du PEV à tous les niveaux de mise en œuvre du programme. En effet, seulement 11% des DRS et 5% des DDS ont déclaré disposer de fonds suffisants pour les activités de communication et mobilisation sociale.

Au niveau de l'engagement des décideurs et l'implication des partenaires sociaux, il est ressorti comme problème au niveau central le fait que tous les engagements pris par les décideurs en faveur de la communication du PEV n'étaient pas traduits en acte notamment, la déclaration d'Addis-Abeba. Au niveau décentralisé, il a été relevé une faible implication des partenaires sociaux dans la sensibilisation des ménages sur la vaccination de routine. (5% des DRS et 9% des DDS impliquent les Organisations de la Société Civile (OSC), 47% des DRS, 27% des DDS et 69% des centres de santé impliquent les autorités locales et autres partenaires sociaux). Cette situation prévaut malgré le fait que le niveau de satisfaction exprimé relativement à l'impact de leur implication est satisfaisant. En effet l'on note au niveau des districts, un taux de satisfaction de 100% pour l'implication des autorités locales, de 92% pour les leaders communautaires et religieux, de 75% pour les ASC et de 50% pour les OSC.

En ce qui concerne l'organisation de la communication de proximité du PEV, l'on a constaté que les directives que la DCPEV adresse au niveau décentralisé ne sont pas respectées par toutes les structures sanitaires. En effet, la proportion d'établissements qui s'efforcent

d'appliquer les directives est faible et les activités de plaidoyer sont inexistantes. Pour rappel, seulement 74% des DRS, 55% des DDS et 47% des centres/formations sanitaires visités ont déclaré mener des activités de sensibilisation dans les ménages. Concernant la communication interpersonnelle, elle n'est effective que dans 35% des centres de santé, les activités de communication et de mobilisation sociale, dans 28% des centres de santé et les sensibilisations par mégaphone dans 45% des centres de santé.

Concernant la gestion des problèmes de refus, de réticences et de difficultés d'accès des populations aux services de vaccination les données collectées n'ont pas montré l'existence de cas de refus formel de la vaccination. Il existe plutôt des cas de réticences (dans 42% des DRS, 79% des DDS et 73% des aires de santé) dues à la peur des MAPI, aux rumeurs et à certaines croyances religieuses défavorables sur la vaccination. Les résultats ont également révélé une ignorance de la population sur des informations fondamentales notamment les avantages de la vaccination (78%), la sécurité des vaccins/MAPI (48%), les maladies/vaccins spécifiques du PEV (37%), le calendrier, les heures et lieux de vaccination (23%), les risques encourus/les non vaccinés (18%) et la Covid-19 (5%). Ce déficit d'information n'œuvre pas en faveur de l'utilisation des services de vaccination par la population. Il a été noté aussi l'existence de localités difficiles d'accès dans 53% des DRS et 64% des DDS. Comme actions entreprises pour pallier cette situation seulement les sensibilisations lors des stratégies avancées ont été évoquées. Ces actions sont insuffisantes. La recherche des perdus de vue et le rattrapage des enfants non vaccinés paraît inactive. En dehors des ASC, les acteurs et partenaires communautaires y sont faiblement impliqués (leaders communautaires et religieux (47% des DRS et 14% des DDS), autorités locales (26% des DRS) et les OSC (9% des DDS).

Relativement aux canaux de communication et supports éducatifs, il est apparu un déficit dans l'exploitation de la communication digitale au profit du PEV. Par ailleurs les supports éducatifs existants ne prennent pas en compte l'ensemble des cibles spécifiques de la communication du programme. Il s'agit notamment des volontaires communautaires, des formations sanitaires publiques et privées, les médias, les autorités locales, les ONG/OSC et les leaders communautaires.

Concernant la participation effective des communautés aux activités de vaccination, l'analyse des informations collectées montre que la communauté n'est pas partie prenante dans la communication du PEV.

Relativement à la capitalisation des acquis des activités de vaccination supplémentaire (AVS) en faveur du PEV de routine, l'on peut noter qu'elle n'est pas effective. La raison évoquée serait l'insuffisance de ressources financières.

Concernant la perception de l'accueil et des services de vaccination par les parents, aucune difficulté majeure n'est apparue.

3.2. Perspectives amélioratives de la composante Communication et génération de la demande en vaccins et produits de la vaccination du PEV

Face aux difficultés et insuffisances de la communication du PEV identifiées, des solutions sont proposées. Il s'agit de dispositions à prendre pour permettre à la communication et génération de la demande de devenir une composante efficace en appui au déploiement PEV en Côte d'Ivoire.

Pour le volet institutionnel de la communication du PEV, il est recommandé la prise de dispositions légales pour la régularisation de l'activité des ASC. La régularisation effective de leur activité permettra de garantir leur intervention dans la mise en œuvre de la communication de proximité et facilitera l'intégration des activités.

Concernant le management de la communication du PEV, il est proposé le renforcement en nombre et en capacités des agents du service de communication de la DCPEV, le renforcement des capacités des points focaux communication nouvellement recrutés en communication pour la santé, et la prise de dispositions générales pour régulariser la formation des acteurs de la communication du PEV. Il est également recommandé de faire de l'élaboration et de la mise en œuvre effective des plans de communication/mobilisation sociale pour la vaccination en routine, une priorité pour le programme. Cette dernière recommandation est également valable pour la stratégie nationale de communication sur les risques, prenant en compte les manifestations adverses post-injection (MAPI) et les rumeurs concernant les vaccins du PEV.

Au sujet du financement, il est suggéré des plaidoyers à l'endroit du parlement ivoirien pour le vote de lois permettant de garantir et pérenniser le financement des vaccins et la mise en place de mécanismes permettant la pérennisation du financement de la communication du PEV, indépendamment de l'État et des partenaires techniques et financiers. L'initiation d'activités de plaidoyer visant à accroître la contribution de l'État et l'élaboration de plans favorisant l'implication du secteur privé et la mobilisation de ressources domestiques aussi bien au niveau central qu'au niveau décentralisé sont également suggérées.

Relativement à l'engagement des décideurs et l'implication des partenaires sociaux, il est recommandé des activités de plaidoyer à l'endroit de l'État pour la traduction en actes de la déclaration d'Addis-Abeba et la mise en place d'un cadre qui garantit l'implication effective des organisations de la société civile, des autorités locales et autres partenaires sociaux dans la sensibilisation de proximité. Des exemples de dispositions pourraient être l'implication des autorités et partenaires dans les équipes-cadres de district et l'institution d'un mécanisme de redevabilité visant à emmener les districts à appliquer les directives de communication et génération de la demande.

Concernant l'organisation de la communication de proximité, la prise de disposition pour la mobilisation de ressources financières domestiques et l'application effective des directives du niveau central pour la sensibilisation de proximité et la mobilisation communautaire sont suggérées.

Concernant la gestion des problèmes de refus, de réticences et de difficultés d'accès des populations aux services de vaccination, il est recommandé l'identification des zones et populations à faible couverture par district afin de mener des activités de communication ciblées prenant compte les rumeurs, les fausses croyances et les déficits d'informations relevés sur la vaccination. Il est aussi suggéré des activités de plaidoyer à l'endroit des autorités préfectorales et municipales pour aider à faciliter l'accès aux localités en difficulté. Pour la recherche des perdus de vue et le rattrapage des enfants, il est recommandé d'impliquer en plus des ASC, les autres acteurs et partenaires communautaires que sont leaders communautaires et religieux, autorités locales et les OSC, conformément aux directives de mobilisation sociales.

Relativement aux canaux de communication et supports éducatifs, il est la mise en place de stratégie de communication digitale au profit du PEV prévoyant une cellule de veille sur les réseaux sociaux pour combattre les rumeurs et autres fausses informations sur la vaccination. Il est également recommandé l'élaboration de supports éducatifs ciblant les cibles spécifiques de la communication du programme qui ne sont pas prises en compte.

Concernant la participation effective des communautés aux activités de vaccination, il a été recommandé la responsabilisation des communautés dans la sensibilisation de proximité. Relativement à la capitalisation des acquis des activités de vaccination supplémentaire (AVS) en faveur du PEV de routine, il a été préconisé la documentation des acquis de la communication pendant les activités de vaccination supplémentaire et l'application des

leçons apprises en faveur du PEV de routine.

Une limite de cette étude est qu'elle expose les difficultés de la communication du PEV sans en explorer les causes profondes. Ainsi les solutions qu'elle propose reposent sur une analyse symptomatique de la situation de la communication. Une approche psychosociologique de certains comportements constatés pourrait contribuer à donner des éléments explicatifs sur les dysfonctionnements révélés.

Conclusion

Notre étude visait, à partir du cas de la composante communication et génération de la demande du PEV, à identifier certains défis de la communication pour la santé en Côte d'Ivoire. Au terme de celle-ci, nous constatons que les difficultés qui entravent le bon fonctionnement de la communication pour la santé sont multiples et multiformes. Ils se situent à tous les niveaux de mise en œuvre de la communication notamment sur le plan institutionnel, du management et du financement, sur le plan de l'engagement des décideurs et de l'implication des partenaires sociaux, sur le plan de l'organisation de la communication de proximité, au niveau des canaux de communication et autres supports éducatifs, au niveau de la participation effective des communautés, sur le plan de la capitalisation des acquis et sur le plan de l'accueil.

Face à ces difficultés, plusieurs solutions ont été proposées. Il s'agit entre autres, de la prise de dispositions pour la régularisation de l'activité des ASC, de plaidoyers auprès du parlement pour le vote de lois permettant de garantir et pérenniser le financement des vaccins, du renforcement des capacités des agents du service de communication de la DCPEV et des points focaux communication des districts en communication pour la santé, de l'élaboration de plans de mobilisation de ressources favorisant l'implication du secteur privé et la mobilisation de ressources domestiques aussi bien au niveau central que décentralisé, la mise en place d'un cadre qui garantit l'implication effective des organisations de la société civile, des autorités locales et autres partenaires sociaux dans la sensibilisation de proximité, etc.

La prise en compte de ces difficultés et des solutions pour y remédier constitue des défis de la communication et génération de la demande pour le PEV en Côte d'Ivoire et partant de la communication pour la santé dans nos pays africains aujourd'hui.

Références bibliographiques

Brou Marie Sylvana Messou, (2012), *Les déterminants des échecs de la communication du programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire de 2008 à 2009*, Thèse de doctorat, Bouaké, 441 p

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, (2021), *Revue externe 2021 du Programme Élargi de Vaccination de Côte d'Ivoire, rapport final*, Abidjan, 105 p

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, (2006), *Revue externe 2006 du Programme Élargi de Vaccination, Rapport final*, Abidjan, 124 p

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, (2016), *Revue externe 2015 du Programme Élargi de Vaccination, Rapport final*, Abidjan, 98 p

Organisation Mondiale de la Santé et Fond des Nations unies pour l'Enfance, (1978), « Alma-Ata 1978, Les soins de santé primaires », *Santé pour tous*, n°1, OMS, Genève, 90p

Organisation mondiale de la santé, (2017), *Engagement historique des chefs d'État africains pour une meilleure couverture vaccinale*, in www.emro.who.int/fr, Addis-Abeba, 8p

Renaud Lise et Carmen Rico de Sotelo, (2007), « Communication et santé : des paradigmes concurrents », *Santé publique*, vol. 19, no. 1, in www.cairn.info, pp. 31-38

Saliou Pierre, (2009), « Le programme élargi de vaccination (PEV) : origine et évolution », *Développement et Santé*, N° 195, disponible sur devsante.org/articles/le-programme-elargi-de-vaccination-pev-origine-et-evolution consulté le 29 novembre 2022 à 12h30