

L'INSUFFISANCE DE L'APPUI EN COMMUNICATION DANS L'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE EN CÔTE D'IVOIRE

Auteur

BOA ASSEMIEN

Service

1. Enseignant-Chercheur
Institut d'Ethnosociologie
Université Félix
Houphouët-Boigny de
Cocody (Abidjan)

Correspondance

boaassemien@yahoo.fr

RESUME

L'analyse du processus ivoirien d'éradication de la poliomyélite montre que l'éradication de cette maladie est difficile. L'appui en communication, l'une des composantes du Programme Elargi de Vaccination (PEV), connaît de véritables problèmes organisationnels : insuffisance de l'implication des bénéficiaires dans la mobilisation sociale, insuffisance de l'implication des leaders sociaux dans la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale, insuffisance de financement des plans de communication en appui au programme, , insuffisance de formation du personnel de santé en communication interpersonnelle, inexistence d'une véritable structure de coordination nationale des activités de communication des programmes au niveau du Ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, insuffisance de personnel au niveau du service Communication de la DC-PEV, besoin d'actualisation du personnel aux nouvelles orientations en Communication pour le Développement (C4D). Les points focaux communication au niveau des districts n'ont pas de formation de base en communication.

Ces problèmes organisationnels sont liés au programme lui-même et paraissent déterminants dans l'explication des faibles performances du PEV : vaccination de routine, Activités des Vaccinations Supplémentaires (AVS) et éradication de la poliomyélite.

Mots-clés : Insuffisance, communication, éradication, poliomyélite, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

En 1988, l'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté, en présence des ministres de la Santé des pays membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la résolution WHA41.28 relative à l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici l'an 2000. Cet engagement politique de haut niveau de cette initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IEP) a été encore réaffirmé en Mai 2011 à l'Assemblée Mondiale de la Santé et lors des réunions annuelles du Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique.

Pour atteindre cet objectif mondial, plusieurs stratégies sont mises en œuvre ou combinées : la vaccination de routine, les Journées Nationales de Vaccination (JNV) ou les Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS)¹, la surveillance active des Paralysies Flasques Aiguës (PFA)², les vaccinations de ratissage lorsque le poliovirus est localisé.

Mais en dépit de la combinaison de ces différentes stratégies mises en œuvre grâce aux efforts concertés de l'Etat de Côte d'Ivoire et des différents partenaires impliqués dans la vaccination (OMS, UNICEF, GAVI, Rotary Club International), cette maladie invalidante continue de sévir.

En effet, en 2011 par exemple, la Côte d'Ivoire a connu une flambée épidémique avec la notification de 36 cas de poliomyélite de type 3 dans 22 districts sanitaires. Pour riposter contre ces cas, 7 passages de JNV ont été organisés sur l'ensemble du pays. De ce qui précède, on note que le processus d'éradication de la poliomyélite évolue en dent de scie³.

Face à ce constat, il nous a paru opportun de nous soumettre à une réflexion sur le processus ivoirien d'éradication de la poliomyélite. Il s'est agi de se demander pourquoi le processus ivoirien d'éradication de la poliomyélite connaît une telle évolution. En d'autres termes, au regard de cette évolution difficile du processus d'éradication de cette maladie invalidante, est-il possible à la Côte d'Ivoire d'atteindre l'objectif fixé par l'Assemblée Mondiale de la Santé ?

Le présent article prolonge une analyse anthropologique antérieure sur la vaccination dans le district sanitaire de Bouna, situé dans le nord-est de la Côte d'Ivoire (BOA A, 2006). Ce précédent texte, produit à partir des résultats d'enquête sur le terrain, a montré que l'amélioration des performances du PEV dans cette localité est liée à la qualité des soins prodigués.

La présente réflexion sur la poliomyélite tire son originalité du fait que la littérature abondante médicale et socio anthropologique sur la vaccination en Côte d'Ivoire n'aborde pas de manière spécifique la question du processus ivoirien d'éradication de la poliomyélite.

Comme tout processus, l'atteinte de l'objectif nécessite la combinaison de plusieurs facteurs. Pour ce qui est de la poliomyélite, on peut retenir entre autres les ressources humaines, les moyens logistiques et matériels, la planification et la mise en œuvre des activités, les ressources financières, l'environnement sociopolitique, etc.

1 1997 : Mise en œuvre des premières journées nationales de vaccination contre la poliomyélite (Surveillance épidémiologique, DCPEV)

2 Mai 1997 : Mise en place du système de surveillance active des Paralysies Flasques Aiguës (PFA) basé sur l'investigation des cas (DCPEV, rapport d'activités 1997)

3 Tableau de l'incidence annuelle des cas de poliomyélite en Côte d'Ivoire de 1997 à 2011

Dans le cadre de cette analyse, nous allons nous intéresser à l'identification des facteurs d'ordre social qui minent le processus ivoirien d'éradication de cette maladie, notamment ceux relatifs au système socioculturel ambiant des populations et aux stratégies de communication et de mobilisation sociale des populations utilisées par le Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités.

Ce texte s'est inspiré de plusieurs sources :

- les leçons tirées de certains travaux de recherche sur le terrain relatifs à la vaccination;
- les leçons tirées de nos différentes participations aux campagnes de vaccination de masse mises en œuvre depuis de nombreuses années dans les districts sanitaires ;
- les données administratives du PEV de routine et des AVS ;
- l'analyse de l'exécution des différents plans de communication en appui à la mise en œuvre des AVS.

Cet examen du processus ivoirien d'éradication de la poliomyélite s'articule autour de deux axes principaux :

- les résultats du PEV de routine et des AVS ;
- les barrières sociales au processus d'éradication de la poliomyélite.

I. LES RESULTATS DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION DE ROUTINE ET DES ACTIVITES VACCINALES SUPPLEMENTAIRES

I.1- Les résultats du Programme de vaccination de routine

Les populations cibles du PEV sont les enfants de 0-11 mois et les femmes enceintes. Le PEV utilise les vaccins suivants : le BCG, le vaccin pentavalent contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et l'hépatite B et les infections à *Haemophilus influenzae* type B (DTC-Hép B-Hib), le vaccin Polio oral (VPO), le vaccin antirougeoleux (VAR), le vaccin anti-amaril (VAA), le vaccin antitétanique (VAT).

Le calendrier vaccinal prévoit chez l'enfant 5 contacts avant son premier anniversaire :

- à la naissance : BCG + VPO 0
- à 6 semaines : DTC-HépB-Hib1 + VPO 1
- à 10 semaines : DTC-HépB-Hib2 + VPO 2
- à 14 semaines : DTC-HépB-Hib3 + VPO 3
- à 9 mois : VAR + VAA

Chez la femme enceinte, le calendrier prévoit 5 contacts dont les deux premiers espacés d'un mois, le troisième six mois après le deuxième et les deux derniers à intervalle d'au moins un an.

Depuis la crise militaro-politique de septembre 2002, qui a eu pour conséquence majeure la désorganisation du système de santé, les districts sanitaires ont difficilement

atteint les différents objectifs de couverture vaccinale fixés. En 2009 par exemple, les couvertures vaccinales brutes, sauf pour le BCG et le DTCHépB3, étaient inférieures aux objectifs fixés dans le Plan Pluriannuel Complet (PPAC) 2007-2011 : une CV d'au moins 90% au niveau national et d'au moins 80% dans chaque district pour tous les antigènes d'ici 2011.

La crise sociopolitique a aussi engendré une inégalité d'accès aux soins de santé. Pour faire face à ces problèmes, il faut une planification qui s'appuie sur des informations fiables, la mobilisation des agents de santé et une collaboration intersectorielle pouvant permettre d'assurer une bonne surveillance épidémiologique (OMS, 2006).

Tableau I : Couvertures vaccinales administratives par antigène (vaccin) de 1997 à 2011

Années	Couvertures vaccinales des antigènes (%)					
	BCG	DTC3	POLIO 3	VAR	F I E V R E JAUNE	VAT 2+
1997	73	70	70	68	59	25
1998	71	64	64	66	57	49
1999	74	58	58	57	48	12
2000	76	62	61	62	55	45
2001	74	61	-	62	58	48
2002	66	54	54	56	51	41
2003	61	47	48	46	45	39
2004	36	39	39	40	38	35
2005	61	56	56	50	52	35
2006	71	74	74	72	66	22
2007	86	71	70	68	60	43
2008	91	74	58	63	50	40
2009	95	81	77	67	24	44
2010	91	85	78	70	69	62
2011	74	62	58	49	48	59

S'agissant spécifiquement du Vaccin Polio Oral (VPO), on note que de 1997 à 2011, les couvertures vaccinales sont inférieures à 80%. Elles varient entre 78% (2010) et 39% (2004). Une des conséquences immédiates de cette situation est la recrudescence de la poliomyélite comme l'atteste le tableau ci-après :

Tableau II: Incidence annuelle des cas notifiés de poliomyélite en Côte d'Ivoire de 1997 à 2011

Années	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de cas de poliomyélite notifiés	3	11	9	1	0	0	1	17	0	0	0	1	26	0	36

Source : DCPEV, 2012

Ce tableau montre aussi que la Côte d'Ivoire connaît très souvent des flambées épidémiques de poliomyélite (1998, 1999, 2004, 2009, 2011).

I.2. Les résultats des Activités vaccinales supplémentaires contre la poliomyélite

Devant les faibles performances du PEV de routine et dans l'optique de l'interruption de la circulation du Polio Virus Sauvage (PVS) et partant venir en appui au PEV de routine, l'Etat ivoirien, en accord avec certains partenaires techniques et financiers, notamment l'OMS, l'Unicef, le GAVI, le Rotary club international, organise depuis 1997 des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) ou des Journées nationales de vaccination (JNV). Ainsi, en 2011 par exemple, 7 JNV ont été organisées.

Tableau III : Indicateurs des activités supplémentaires de vaccination en Côte d'Ivoire entre 2009 et 2010

Indicateurs	JNV contre la poliomyélite									
	Passages de 2009							Passages de 2010		
	Février	Mars	Mai	Juin	Août	Octobre	Décembre	Mars	Avril	Octobre
CV administrative	93%	102%	104%	108%	108%	99%	100%	100%	101%	99%
% DS avec CV ≥ 95%	54%	98%	100%	100%	100%	93%	94%	95%	96%	88%
Zéro dose	5%	2%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
% Enfants manqués	3,5%	1,9%	2,4%	2,1%	2,6%	3%	2,6%	2,5%	2,3%	2,2%
% localités insuffisamment couvertes	4,4%	1,2%	4,7%	1,2%	5,2%	6,8%	3,6%	3,2%	2,8%	1,7%

Source : DCPEV, PPAC 2011-2015

En 2011, l'objectif assigné aux AVS était de vacciner au moins 95% des enfants cibles, c'est-à-dire les enfants de 0-59 mois (enfants de moins de 5 ans). Si la plupart des districts ont atteint cet objectif selon le PEV, on note toutefois que, comme lors des précédentes campagnes (tableau III), de nombreux enfants n'ont pu être vaccinés comme dans le PEV routine. Car, dans presque chaque district sanitaire ou région sanitaire du pays, il existe des centres vaccinateurs et des localités difficilement accessibles à cause du mauvais état des routes ou pistes et ce, quelles que soient les saisons. Par ailleurs, certains districts regorgent de grandes zones de silence sanitaire (Tabou, San Pedro, Odienné, Bouna, etc.) et de nombreux campements ou hameaux de cultures dont les pistes ou voies d'accès se referment aussitôt après le passage des habitants (Agboville, Tabou, San Pedro, Bouna, Abengourou, etc.).

A ces faits s'ajoutent d'autres tels que le non-respect du recrutement local des vaccinateurs par les agents de santé, la non revisite des ménages par des équipes de vaccination, la non visite de ménages ou de localités par des équipes de vaccination, l'absence ou la non utilisation de cartographie ou de circuit de progression, le non suivi systématique des équipes par des superviseurs, le laxisme des agents de santé et de leurs auxiliaires.

La couverture partielle ou non de certaines localités s'observe plus lors des vaccinations de routine et est davantage révélée lors des AVS.

Ainsi, on a observé par exemple que :

- en juin 2011, 2 216 enfants cibles non vaccinés en mai ont pu être rattrapés avec la découverte de 155 localités insuffisamment vaccinées.

- le cumul des enfants cibles qui ont été manqués entre le premier et le sixième passages de l'année 2011 était de 3,5%, soit 238 000.

Au total, malgré l'atteinte des objectifs de manière générale à chaque passage des AVS, il reste que la qualité de ces dernières est approximative. Ce fait est révélé dans la plupart des rapports des superviseurs nationaux et consultants internationaux (OMS, 2011, 2010, 2009).

Les données ci-haut mentionnées manifestent à la fois l'ampleur et la complexité du processus ivoirien de l'éradication de la poliomyélite. En privilégiant ce point de vue, il est dès lors permis d'évoquer, avec raison, les faits ou pratiques qui minent ce processus. Car, une mise en œuvre efficace doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs qui, non prévus ou mal maîtrisés, peuvent constituer ou devenir des obstacles notamment ceux relatifs à l'appui de la communication au Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans le cadre de la mise en œuvre de ses activités (PEV de routine et AVS).

II. LES BARRIERES SOCIALES AU PROCESSUS D'ERADICATION DE LA POLIOMYELITE

II.1. La conception profane de la maladie et de la vaccination

La conception de la vaccination par certaines personnes, religieuses ou non, met, à notre sens, en regard deux idées complémentaires essentielles : l'indissociabilité de la maladie et du destin ou maladie-destinée selon l'expression de Claudine Herzlich et Janine Pierret (1990) et la conception de la vaccination comme un besoin.

En effet, on note avec ces personnes que la maladie et le destin vont de pair, l'individu n'est pas maître de sa vie. La confiance en Dieu reste la principale arme dans la lutte contre la maladie comme l'attestent les déclarations de certaines populations.

« Si Dieu dit que tu dois mourir d'une maladie donnée, quels que soient les précautions ou traitements faits, tu mourras de cette maladie ».

« Tu peux te faire vacciner et faire la maladie contre laquelle tu t'es vacciné. Cela veut dire que la maladie est venue pour toi et pour tous ceux qui sont dans ton cas ».

« Mon frère est mort de méningite alors qu'il avait été vacciné un an auparavant. D'où pensez-vous qu'est venue la maladie si ce n'est le destin ou les nyctosophes ? »

Cette idée de maladie-destinée peut constituer un frein dans la mise en œuvre de politique de prévention ou de moyens de lutte contre une maladie et dans la motivation de l'individu dans sa prise de décision préventive surtout lorsqu'il vit dans un environnement à forte solidarité comme les communautés religieuses où le contrôle social entre les membres reste très fort.

D'autre part, elles conçoivent la vaccination comme un besoin. Leur participation aux séances de vaccination est souvent fonction de la présence et/ou menace d'une épidémie. *« Quand il y a une épidémie avec beaucoup de décès dans le village ou les villages environnants, on se déplace pour informer les agents de santé. Quand ils disent qu'ils n'ont pas les moyens pour le déplacement, on assure leur carburant et/ou séjour ».* En somme, comme le précisent les populations lobi de Bouna (Nord-est de la Côte d'Ivoire), *« c'est à la vue de l'épervier que la poule cherche à mieux protéger ses poussins »* (BOA A, 1997 ; 2001).

Cette conception de la vaccination laisse, par ailleurs, penser que le réflexe de la vaccination moderne n'est pas encore bien ancré dans les mœurs de bien de populations. D'où la difficulté qu'éprouvent les animateurs du Programme Elargi de Vaccination (PEV) dans la phase de mise en œuvre. La santé, la maladie, la guérison relèvent souvent du psychique, du religieux et sont pensées - de même que les moyens de lutte ou de prévention - suivant le système socioculturel de chaque société. L'ignorer, c'est, comme le fait observer l'anthropologue Sylvie Fainzang (1982), « *s'interdire de comprendre tout un système de pensée, et le mode de fonctionnement de l'ordre social qui l'accompagne* ».

En référence à ce qui précède, la vaccination paraît beaucoup plus comme un besoin, une nécessité de se mettre à l'abri d'un danger, ici, une épidémie, qu'un acte préventif médical ordinaire. Ce fait est en rapport aussi à l'insuffisance de l'appui du volet communication au PEV.

C'est dans ce contexte que l'on peut comprendre les résistances et les refus observés chez certaines populations ou communautés sur l'ensemble du pays lors des campagnes de vaccination de masse et le PEV de routine. Car dans la dernière décennie, avec la fréquence accrue des maladies telles que la fièvre jaune, la méningite, la rougeole, le tétanos, la poliomyélite, l'attention médicale des populations s'est tournée vers ces affections en mettant l'accent sur la nécessité de la prévention contre celles-ci selon l'urgence du moment.

Certes, avec l'évolution de la société, cette conception n'est pas partagée par toutes les populations mais elle traverse le temps. Et, il reste, d'autre part, à supposer que dans les faits, la compréhension d'une telle représentation collective apparaît davantage comme un phénomène doté d'une dynamique propre. Car, à travers les propos ci-dessus, on peut aussi évoquer la qualité de l'offre vaccinale et de sa crédibilité (chaîne du froid, antigènes non actifs, etc. qu'une étude ultérieure pourrait mieux élucider dans la mesure où l'évocation de Dieu ne signifie pas forcément le refus de se faire vacciner ou de se soigner).

II.2. Les idées reçues et le comportement des agents vaccinateurs

L'acceptabilité ou le refus de la vaccination par des ménages est souvent en rapport avec les symptômes de maladies qui sont associés a priori à certains antigènes (vaccins).

En effet, selon certains parents, le Vaccin Polio Oral (VPO) provoque la diarrhée et l'anémie chez des enfants. Telle est, par exemple, la principale raison du refus collectif de ce vaccin dans certains quartiers de la ville d'Odienné (nord-ouest) et, par endroits, dans bon nombre de districts sanitaires du pays (OMS : 2011). Outre cet antigène, des mères et/ou des femmes en âge de reproduction citent aussi celui contre le tétanos qui, selon elles, allonge la durée de la grossesse (retarde l'accouchement) ou peut engendrer l'infertilité.

A ces idées reçues est associé le comportement non recommandable de certains agents de santé ou les interactions entre les populations et les agents et services de vaccination ou de santé.

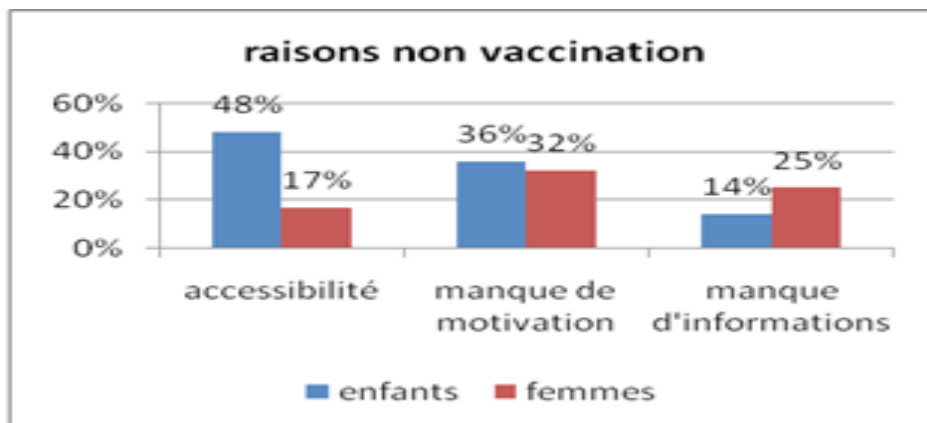
Sur le terrain, on observe que le préventif, normalement gratuit, est assimilé au curatif et est facturé (Y.Jaffré et J-P Olivier de Sardan, 2003 ; OMS, 2009 ; BOA A, 2006). A ce propos, on note avec la Représentation du bureau de l'OMS en Côte d'Ivoire que l'une

des barrières à la vaccination du couple mère-enfant est la non gratuité des vaccins : « les vaccins sont payants dans 74,5% des cas, les prix variant avec les antigènes : BCG (50FCFA- 1000FCFA), DTCHepB+ Polio (50FCFA- plus de 1500FCFA), Rougeole +Fièvre jaune (50FCFA- plus de 1500FCFA) » (OMS, 2009).

Ce qui exclut le couple mère-enfant issu des familles pauvres des centres de vaccination, aggravant ainsi l'inégalité d'accès aux soins, car il est beaucoup présent à la conscience collective de bien de populations que « se présenter à une séance de vaccination sans argent, c'est se dévaloriser car la vaccination est payante ». Or, comme l'affirment, par exemple, les Lobi du district sanitaire de Bouna, « il faut vivre et mourir en restant soi-même, digne ».

Pour des bailleurs de fonds et des populations, ces faits démotivent davantage les parents à se présenter aux séances de vaccination que bien d'autres causes qu'incriminent la plupart des agents vaccinateurs comme l'atteste le PPAC 2011-2015 à travers le graphique ci-après.

Graphique 1 : Raisons de non vaccination des populations cibles selon le PPAC 2011-2015



Source : DCPEV, PPAC 2011-2015

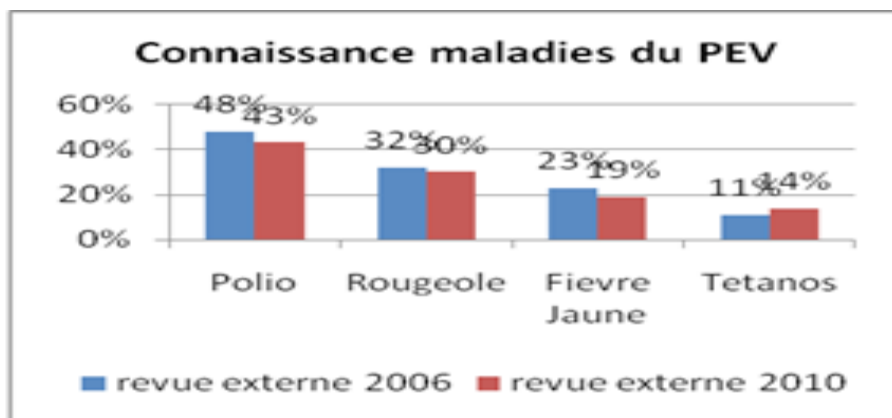
Au demeurant, il convient de disséminer de façon permanente auprès des populations rurales et urbaines des informations relatives aux maladies évitables par la vaccination. Car dans les faits, « La santé pour tous » est, d'abord et avant tout, un nouvel engagement des gestionnaires du système de santé à diffuser des informations pour améliorer la compréhension et la gestion de leurs propres besoins de santé par les populations (Unicef, 2007). Ce fait, tout comme la pratique de la vaccination moderne, est un changement de comportement.

En effet, on note avec les résultats de la revue externe du PEV de 2010 « qu'en matière de connaissances, attitudes et pratiques des parents sur la vaccination, seulement 4% des parents ont pu citer au moins 5 maladies cibles du PEV dont 6% en milieu urbain et 2% en milieu rural.

Environ 12% des parents savent qu'un enfant doit se présenter 5 fois à la vaccination pour être complètement vacciné. Seulement un quart (24%) des parents savent l'âge d'administration de la dernière dose de vaccin à l'enfant. Concernant la vaccination des

femmes, 11% des femmes déclarent qu'il faut 2 doses de VAT pour être immunisées, contre 7% qui déclarent 5 doses ».

Graphique 2 : Connaissances des populations des maladies cibles du PEV



Source : DCPEV, PPAC 2011-2015

II.3. La faible portée de l'appui en communication au Programme élargi de vaccination

Afin d'améliorer davantage les performances du PEV, la communication lui vient en appui. La communication en appui au PEV est un ensemble de stratégies et de techniques de communication mises en œuvre pour accroître et maintenir les couvertures vaccinales chez les mères, les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceintes.

Les différentes stratégies utilisées sont :

- La communication pour le développement (C4D). Elle est un processus stratégique, systématique et planifié. Elle est basée sur des évidences ou faits qui visent à promouvoir des comportements positifs mesurables pour un changement social durable. La C4D fait partie intégrante des programmes de développement ;

- La mobilisation sociale. Elle est un processus qui consiste à impliquer les membres de la communauté dans un projet depuis sa conception, sa mise en œuvre, le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation.

Elle repose sur une participation active des membres de la communauté en interaction avec les responsables du projet en vue d'atteindre les objectifs.

En somme, la mobilisation sociale est faite en vue de susciter l'engagement des agents de santé et des populations dans le renforcement du PEV:

- Le plaidoyer. C'est un processus qui vise à susciter chez les décideurs la prise de décisions pour la réalisation d'un objectif social, économique, culturel pérennisable.

En d'autres termes, le plaidoyer est fait en vue d'obtenir le soutien et l'implication des autorités politiques, administratives, coutumières, religieuses, militaires, des opérateurs privés et des médias.

A ces stratégies, s'ajoutent trois principales techniques de communication :

- La communication interpersonnelle. Elle a beaucoup lieu lors des séances de vaccination et met face à face l'agent de santé et la mère ou le/la gardienne d'enfant ;
- La communication de groupe. Ici, le communicateur ou le spécialiste parle à un groupe de personnes ;
- La communication de masse. Elle se fait à travers les media, de façon ponctuelle et non formelle.

A partir de ces stratégies et techniques de communication, des plans de communication sont élaborés par le PEV avec l'appui technique et financier des partenaires (UNICEF, OMS, Rotary Club international, etc.).

Les objectifs généraux poursuivis par la DCPEV à travers ces différents plans de communication sont de :

mobiliser 100% des parents d'enfants de moins de 2 ans à faire vacciner leurs enfants ;

- mobiliser 100% des agents de santé à offrir des prestations de qualité au cours de ces activités de renforcement.

Spécifiquement, il s'agit pour le programme de :

- améliorer le réflexe des mères quant à la vaccination de leurs enfants ;
- amener les pères à s'impliquer dans la vaccination de leurs enfants ;
- amener les agents de santé à offrir correctement leurs prestations ;

informer et sensibiliser les autorités compétentes (Gouvernement, Forces armées nationales, Forces impartiales (ONUCI), partenaires, autorités coutumières et religieuses, agents de santé, autorités locales, structures privées/ONG et médias) en vue de les amener à soutenir le renforcement du PEV routine ;

- informer et sensibiliser la population (responsables de communautés et religieux, structures privées, hommes de média) sur les différentes prestations qui sont offertes aux enfants de moins de 2 ans pour les amener à soutenir le renforcement du PEV de routine.

En dépit de ces plans de communication, les résultats du PEV restent faibles dans leur ensemble comme l'attestent les tableaux et graphiques ci-dessus pour les raisons suivantes : la plupart des parents méconnaissent les maladies cibles du PEV, les canaux modernes et traditionnels de communication restent sous utilisés, bien de mères se plaignent de l'accueil dans les centres de vaccination ou les rapports entre les bénéficiaires et les prestataires sont complexes et bien de mères ou de personnes disent ne pas connaître le calendrier de vaccination de la mère et de l'enfant et l'inexistence de plan de communication dans des districts sanitaires. La communication avec la population se résume très souvent à l'élaboration et l'envoi aux chefs de villages de note d'information du déroulement d'une séance de vaccination par le district ou le centre de santé (MSP, 2001 ; BOA, 1997 ; 2006 ; OMS, 2009).

Des études antérieures ont montré, par exemple, que la méconnaissance du calendrier vaccinal fait dire à certains parents qu'on les « *pique trop* » et les démotive dans la fréquentation des centres de vaccination (BOA, 2001 ; 2006).

Les conséquences de ce qui vient d'être mentionné sont alarmantes. En effet, à la fin de l'année 2008 par exemple, la Côte d'Ivoire figurait parmi les 3 pays en Afrique qui regroupaient 85% des enfants non vaccinés. Au 31 juillet 2009, on a encore noté que 30% des enfants non vaccinés l'étaient pour le DTC-HepB-Hib3+VPO3. Parmi ces enfants, près de la moitié (43%) se retrouvaient dans dix districts sanitaires : Soubré, San pédro, Divo, Lakota, Daloa, Issia, Bouna, Bondoukou, Korhogo et Ferkessédougou (DCPEV, 2012).

Les causes principales de l'émergence d'une telle situation ont été relevées par la revue externe du PEV réalisée en juillet 2010. Elles se résument à :

- l'insuffisance dans la recherche des perdus de vue ;
- l'insuffisance dans la mise en œuvre des activités de communication ;
- l'absence de points focaux formés aux techniques de communication ;
- l'absence de communication autour des MAPI constatées chez les vaccinés (MSHP, 2011).

Outre ces raisons, on peut noter relativement à l'appui à la communication que la non atteinte des objectifs ou les contre-performances du PEV sont en rapport avec :

- l'insuffisance de l'implication des bénéficiaires dans la mobilisation sociale ;
- l'insuffisance de l'implication des leaders sociaux dans la mise en œuvre des activités de mobilisation sociale ;
- l'insuffisance de financement des plans de communication en appui au programme ;
- l'insuffisance de formation du personnel de santé en communication interpersonnelle.

Ces nombreuses insuffisances contribuent à l'émergence et à la pérennisation des contre-performances du PEV. Elles sont liées au programme lui-même. En effet, selon la Direction de coordination du PEV (DC-PEV), *la communication est l'une des cinq composantes opérationnelles du PEV. Elle contribue à susciter la demande des services de vaccination. Le PNDS de 2009-2014 donne des orientations de principe sur la communication pour la santé. Cependant, il n'existe toujours pas de véritable structure de coordination nationale des activités de communication des programmes au Ministère de la Santé et de la lutte contre le sida Côte d'Ivoire.*

Le service Communication de la DC-PEV est peu étoffé en personnels (3), ayant un besoin d'actualisation aux nouvelles orientations en Communication pour le Développement (C4D). Les points focaux communication au niveau des districts n'ont pas de formation de base en communication. Et pourtant, selon les directives du Paquet Minimum d'Activités (PMA), les Relais Communautaires doivent être pleinement utilisés au niveau des Centres de Santé. Malheureusement, dans le cadre des activités du PEV, ils ne sont utilisés que lors des Activités de Vaccination Supplémentaires (AVS) (DCPEV, PPAC, 2011-2015).

De ce qui précède, la question suivante mérite d'être posée au ministère de la santé à travers le Programme élargi de vaccination (PEV) et à l'ensemble des partenaires impliqués dans l'éradication de la poliomyélite et partant dans la lutte contre les maladies évitables par la vaccination : peut-on véritablement éradiquer la poliomyélite?

Si oui, parce qu'on le veut, alors, il s'agit ici de possibilités ou de moyens à mettre en œuvre ou encore de réorientation du processus et quelle que soit l'alternative, leur orientation appelle certaines mesures d'accompagnement (BOA A, 2004).

En d'autres termes, il convient de parler de « recentrage » du processus face aux difficultés que l'on rencontre et qui provoquent des problématiques spécifiques quand il s'agit de répondre ponctuellement ou globalement aux différentes questions relatives à la mise en œuvre de l'IEP. En somme, il s'agit, en paraphrasant Daniel Kadja Mianno (1988), d'orientation politique qui préconise une IEP fondée sur les propres forces, ressources, savoir, capacités d'initiatives de la Côte d'Ivoire.

CONCLUSION

Si l'engagement de la Côte d'Ivoire dans le processus d'éradication de la maladie invalidante qu'est la poliomyélite est irréversible parce que le processus d'éradication de cette maladie est une initiative mondiale, on peut objectivement dire que la clé de succès réside dans la méthode que chaque acteur (initiateur, bailleurs de fonds, agents d'exécution, bénéficiaires) met en œuvre pour assurer l'achèvement de ce processus. Toutefois, le rôle du ministère de tutelle ou de l'Etat apparaît plus prépondérant car suivant les populations et les agents d'exécution, c'est lui qui initie, dirige le processus à travers le PEV même s'il est souvent lui aussi un agent d'exécution compte tenu de ses limites dans la mobilisation des ressources financières et matérielles pour « bouter la poliomyélite hors de la Côte d'Ivoire ».

REFERENCES

- Augé Marc et Herzlich Claudine (sous la direction de) (1994), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris : Editions des archives contemporaines
- Banque mondiale (1994), *Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience*, Washington, D. C. : Banque mondiale
- Boa, A(2006), « *Perception du Programme Elargi de Vaccination (PEV) et de ses dysfonctionnements dans le district sanitaire de Bouna (Nord-Est de la Côte d'Ivoire)* », in Bulletin de Pathologie Exotique, n°5, T.99, Paris : Bulletin de Pathologie Exotique, PP 386-390
- (2005), « *Système socioculturel et médecine traditionnelle chez les Lobi (Nord-Est de la Côte d'Ivoire)* », in Cahier de santé publique, volume 4, n°2, Abidjan : EDUCI, PP 30-39
- (2004), « *Les Agents de santé communautaires face à l'éradication de la dracunculose en Côte d'Ivoire : Exemple de la région du Zanzan (Bondoukou, Bouna, Tanda)* », in Kasa Bya Kasa, Revue ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie, n°6, Abidjan : EDUCI, PP179-196
- (2002), « *La représentation (perception) africaine de la poliomyélite : Exemple des Koulango et Lobi de Bouna, Côte de'Ivoire* », in Bulletin spécial des JNV Synchronisées, Abidjan : OMS Bloc Afrique de l'Ouest, P 50
- (2001), *La problématique de l'acceptabilité de la vaccination chez les groupes cibles dans le district sanitaire de Bouna (Côte d'Ivoire)*, Thèse pour le Doctorat de 3^e cycle, Abidjan : IES, Université de Cocody
- (1997), *La problématique de l'acceptabilité de la vaccination chez les groupes cibles dans le district sanitaire de Bouna (Côte d'Ivoire)*, Abidjan : UNICEF- Côte d'Ivoire

- Fassin Didier (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris : Presse Universitaires de France
- Health Com (1999), *Guide de formation à la communication*, Dakar: Imprimerie Saint Paul
- Herzlich C. et Pierret J. (1990), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris : Payot
- Jaffré Y et Olivier de Sardan J-P (sous la Direction de) (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris : Apad- Karthala
- Jaffré Y et Olivier de Sardan J-P (sous la Direction de) (1999), *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris : Puf
- Joy Lawn et Kate Kerber (2006), *Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : Données pratiques, soutien programmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique*, Cape Town : Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile
- Kadja M. D. (1988), « *La problématique des institutions financières en milieu rural et le processus de « recentrage » du développement* », in Kasa Bya Kasa n° 10, Institut d'Ethnosociologie, Abidjan : Université nationale de Côte d'Ivoire, pp 128-135
- MSHP-DCPEV (2012), *PPAC 2011-2015*, Abidjan : MSHP-DCPEV
- MSHP-DCPEV (2012), *Plan de communication du PEV*, Abidjan : MSHP-DCPEV
- MSHP-DCPEV (2011), *Revue externe du PEV en Côte d'Ivoire*, Abidjan : MSHP-DCPEV
- OMS (2011), *Journées nationales de vaccination synchronisées contre la poliomyélite en Côte d'Ivoire. Septembre 2011. Document de rapport de monitoring*, Abidjan : OMS
- OMS (2011), *Journées nationales de vaccination synchronisées contre la poliomyélite en Côte d'Ivoire. Troisième passage : 29-1^{er} Août 2011. Document de rapport de monitoring*, Abidjan : OMS
- OMS (2010), *Journées nationales de vaccination synchronisées contre la poliomyélite en Côte d'Ivoire. Deuxième passage : 26-29 Mars 2010. Document de rapport de monitoring*, Abidjan : OMS
- OMS (2009), *Etude opérationnelle sur les barrières et les occasions manquées de la vaccination en Côte d'Ivoire*, Abidjan : OMS
- OMS (2009), *Journées nationales de vaccination synchronisées contre la poliomyélite en Côte d'Ivoire. Sixième passage : 02-05 Octobre 2009. Document de rapport de monitoring*, Abidjan : OMS
- OMS (2006), *Travailler ensemble pour la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2006*, Genève : OMS
- OMS. Bureau régional de l'Afrique (2006), *La santé des populations : le rapport sur la santé dans la Région africaine*, Brazzaville : OMS. Bureau régional de l'Afrique
- OMS et GIRESCA (1995), *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, OMS : Abidjan
- OMS-UNICEF (1978), *Santé : le temps de la justice. Les Soins de Santé Primaires*, Genève : OMS
- UNICEF (2007), *La situation des enfants dans le monde 2008. La survie de l'enfant*, New York : UNICEF
- UNICEF. Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et CREDESA (Sd), *L'Initiative de Bamako en Afrique de l'Ouest et du Centre. Origines, opérationnalisation et défis*, Abidjan : UNICEF. Bureau régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre