



HAL
open science

Enjeux info-communicationnels dans la prévention des maladies. Chroniques en Côte d'Ivoire de 2011 à 2019

Miézan Niamké Adjouba Brigitte Aka

► To cite this version:

Miézan Niamké Adjouba Brigitte Aka. Enjeux info-communicationnels dans la prévention des maladies. Chroniques en Côte d'Ivoire de 2011 à 2019. Sciences de l'information et de la communication. Université Grenoble Alpes [2020-..], 2022. Français. NNT : 2022GRALL018 . tel-03920815

HAL Id: tel-03920815

<https://theses.hal.science/tel-03920815>

Submitted on 3 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

École doctorale : LLSH- Langues, Littératures et Sciences Humaines Spécialité :
Sciences de l'Information et de la Communication

Unité de recherche : Groupe de Recherche sur les Enjeux de la Communication

Enjeux info-communicationnels dans la prévention des maladies. Chroniques en Côte d'Ivoire de 2011 à 2019

Info-communication challenges in the prevention of chronic diseases in Côte d'Ivoire from 2011 to 2019

Présentée par :

Miézan Niamké Adjouba Brigitte AKA

Direction de thèse :

Isabelle PAILLIART
PROFESSEURE EMERITE,
Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Viviane CLAVIER
PROFESSEURE DES
UNIVERSITES,
Université Grenoble Alpes

Co-directrice de thèse

Rapporteurs :

Laurence CORROY
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université de Lorraine

Jules Evariste Agnini TOA
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Félix HOUPHOUËT-BOIGNY, Abidjan, Côte d'Ivoire

Thèse soutenue publiquement le **20 septembre 2022**, devant le jury composé de :

Caroline OLLIVIER-YANIV
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Paris-Est Créteil

Présidente

Bertrand CABEDOCHÉ
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université
Grenoble Alpes

Examineur

Isabelle PAILLIART
PROFESSEURE EMERITE, Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Jules Evariste Agnini TOA
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Félix
HOUPHOUËT-BOIGNY, Abidjan, Côte d'Ivoire

Rapporteur

Laurence CORROY
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université de Lorraine

Rapporteuse

Viviane CLAVIER
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université
Grenoble Alpes

Co-directrice de thèse



A Mikaël Paul-Emmanuel Florent KATCHÉ, maman t'aime très fort

Remerciements

Je remercie tout d'abord mes Directrices de thèse, Mesdames Isabelle Pailliar et Viviane Clavier pour leur disponibilité et les conseils avisés qui m'ont considérablement aidée pendant toutes les étapes de cette thèse.

A Madame Isabelle Pailliar, je garde encore en mémoire votre accueil chaleureux et l'ambiance agréable qui a prévalu lors de notre première séance de travail au sein du laboratoire GRESEC, le jeudi 22 novembre 2018 à 10 heures. Veuillez trouver-ici l'expression de ma reconnaissance. A Madame Viviane Clavier, merci encore pour votre réactivité, votre accompagnement, vos remarques et votre apport dans la construction de ce travail.

Merci, chères Directrices, pour votre convivialité et l'encadrement dont j'ai bénéficié durant ces trois années.

Je remercie également les membres du jury, Mesdames Caroline OLLIVIER-YANIV et Laurence CORROY, Messieurs Bertrand CABEDOCHÉ et Jules Evariste Agnini TOA pour leur présence.

Je veux dire merci à tous les membres du laboratoire GRESEC et particulièrement à Razika Hammache gestionnaire du GRESEC.

Je remercie les docteurs et les doctorants du GRESEC, spécialement Clément, Alfred, Freddy, Romuald et Malick avec lesquels j'ai eu des échanges fructueux.

Je suis reconnaissante envers le personnel de l'Institut Raoul Follereau de Côte d'Ivoire (IRFCI), où j'exerce en qualité de responsable du service de communication et des relations publiques depuis quatorze ans. Je remercie le Professeur Vagamon Bamba, Directeur Général de l'IRFCI, Monsieur Yaya Konaté, Directeur Administratif et Financier de l'IRFCI, Docteur Kouakou Henri, Directeur Médical et Scientifique de l'IRFCI, mes collègues et amis de tous les jours Rachelle, Monique, Colette, Akassi, Allali et Mambo. Merci pour votre soutien.

Merci au personnel de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville de Côte d'Ivoire pour l'accueil, la collaboration et pour les efforts que vous accomplissez chaque jour dans la lutte contre le cancer. Un merci spécial au Docteur Homian N'Da Marcelin pour sa sollicitude.

J'ai une pensée pour tous les patients avec lesquels j'ai pris plaisir à discuter et pour ceux d'entre- eux qui sont déjà partis auprès du père céleste.

Je veux également remercier tous les acteurs institutionnels et communautaires de la prévention qui ont accepté de m'accorder du temps afin que nous puissions échanger.

J'exprime ma profonde gratitude envers ma famille pour son soutien et ses encouragements.

Merci à ma mère Konan N'Guessan Marie-Antoinette pour son si grand amour et sa présence indéfectible dans tous mes choix.

Merci à mon père AKA Miézan Florent, parti trop tôt...

Merci à mes frères et sœurs, Eugène, Euphrasie, Marie-Claire, Bernadette, Marie-Rose, Marie-Thérèse, Virginie, Hortense et Solange.

Merci à mes neveux et nièces ainsi qu'à mes beaux-frères.

Je veux dire un grand merci à mon fils, impatient, qui me demandait chaque jour quand est-ce que je finirai ma thèse. Merci, papa Flo pour ta compréhension et ton affection.

Je remercie également toutes les personnes qui de près ou de loin ont participé à l'achèvement de ce travail et que j'ai omis de nommer.

Que l'éternel Dieu qui fait chaque chose bonne en son temps soit toujours loué.

Résumé

La thèse s'intéresse à la manière dont les pouvoirs publics communiquent en matière de prévention des maladies chroniques que sont le cancer, le diabète et l'hypertension artérielle. Face aux résultats mitigés des campagnes de prévention sur les maladies chroniques en Côte d'Ivoire, notre recherche examine les enjeux auxquels doivent répondre l'information et la communication. Il apparaît que la communication de prévention est traversée par des enjeux économiques, politiques et socioculturels. Nous interrogeons le concept de « gouvernementalité » développé par Michel Foucault en général et plus spécifiquement les notions de biopolitique, de l'instrumentation de l'action publique et de résistances dans les rapports de pouvoir dans le cadre de la prévention des maladies chroniques. Notre analyse porte sur un corpus hétérogène constitué de douze (12) entretiens semi-directifs avec des acteurs institutionnels et communautaires de la prévention, d'une enquête auprès de trois cent soixante-neuf (369) patients de l'unité d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville et d'une analyse de contenu de trois (3) fils de discussion issus d'un groupe de discussion en ligne sur Facebook dédié à la médecine traditionnelle. Après l'analyse, il en ressort trois observations majeures. La communication de prévention est sujette à une prééminence des logiques politiques. De fait, elle constitue un instrument de biopouvoir qui contribue dans une certaine mesure au déploiement de la stratégie politique des gouvernants et participe de ce fait, au renforcement de leur légitimité. Cependant, les dispositifs info-communicationnels de la prévention comportent des insuffisances. Il s'agit entre autres de leur décalage avec les réalités locales notamment en ce qui concerne certains facteurs socioculturels, à l'instar de l'analphabétisme, de la relation positive de la société ivoirienne avec l'embonpoint et du recours à la médecine traditionnelle chez une partie de la population. En raison de ces insuffisances, les populations développent des formes de résistances face aux discours institutionnels de prévention à travers des attitudes de déni, de rejet et des réflexions dubitatives.

Mots-clés : communication publique ; gouvernementalité ; dispositifs info-communicationnels ; campagnes de prévention ; résistances.

Abstract

This thesis examines the way in which public authorities communicate about the prevention of chronic diseases such as cancer, diabetes and hypertension. Faced with the mixed results of prevention campaigns on chronic diseases in Côte d'Ivoire, our research examines the issues that information and communication must address. It appears that economic, political and socio-cultural issues affect prevention communication. We question the concept of "governmentality" developed by Michel Foucault in general and more specifically the notions of biopolitics, the instrumentation of public action and resistances in power relations in the context of chronic disease prevention. Our analysis is based on a heterogeneous corpus consisting of twelve (12) semi-directive interviews with institutional and community actors in prevention, a survey of three hundred and sixty-nine (369) patients in the oncology unit of the Centre Hospitalier Universitaire de Treichville and a content analysis of three (3) threads from an online discussion group on Facebook dedicated to traditional medicine. After the analysis, three major observations emerged. Preventive communication is subject to a pre-eminence of political logics. In fact, it constitutes an instrument of biopower that contributes to a certain extent to the deployment of the political strategy of those in power and thus helps to strengthen their legitimacy. However, the info-communication mechanisms of prevention have their shortcomings. These include their lack of connection with local realities, particularly with regard to certain socio-cultural factors, such as illiteracy, the positive relationship of Ivorian society with overweight and the use of traditional medicine by part of the population. Because of these shortcomings, the population develops forms of resistance to institutional prevention discourse through attitudes of denial, rejection and doubtful thinking.

Keywords: public communication; governmentality; info-communication devices; prevention campaigns; resistances

Sigles et abréviations

AC : Acteur Communautaire de la prévention
AI : Acteur Institutionnel de la prévention
AILC : Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer
APAAC : Aidons les Personnes Atteintes ou Affectées par le Cancer
ARTCI : Autorité de Régulation des Télécommunications de Côte d'Ivoire
ASC : Agents de Santé Communautaire
CADA : Centre Antidiabétique d'Abidjan
CD : Clinique du diabète
CNRAO : Centre National d'oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara
CNLS : Comité National de lutte contre le SIDA
DCRP : Direction de Communication et des Relations Publiques
HTA : Hypertension Artérielle
ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan
INS : Institut National de la statistique
INSP : Institut National de la Santé Publique
MSHP : Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
MSLS : Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA
MTA : Médicament traditionnel amélioré
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OOAS : Organisation Ouest Africaine de la Santé
PES : Programme d'Education Sanitaire
PEV : Programme Elargi de Vaccination
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNDS : Plan National de Développement Sanitaire
PNEN : Programme National d'Education Nutritionnelle
PNLCA : Programme National de Lutte contre le Cancer
PNLD : Programme National de Lutte contre le Diabète
PNLMM / PNPMT : Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques/
Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles
PNLTA : Programme National de Lutte contre le Tabac
PNN : Programme National de Nutrition
PNPMT : Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle
RCA : Registre du Cancer d'Abidjan
SED : Service d'Endocrinologie Diabétologie
RDWA : Rapport Digital in Western Africa
SNES : Service National d'Education Sanitaire
STEPS : World Health Organization Stepwise Approach for Non-communicable diseases
Surveillance, Approche par étapes de l'Organisation mondiale de la santé pour la surveillance
des maladies non transmissibles

Table des illustrations

Figures

Figure 1: Le lait maternel dans l'alimentation du nourrisson	97
Figure 2: Le corps du fumeur -PNLTA.....	98
Figure 3: Les dangers du tabagisme.....	98
Figure 4: La finale du concours Awoulaba 2021	122
Figure 5: La pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire.....	132
Figure 6: La carte sanitaire de la Côte d'Ivoire	135
Figure 7: La lutte contre le SIDA.....	142
Figure 8: Les féticheurs (euses)	153
Figure 9: Les Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA)	156
Figure 10: La sensibilisation sur le cancer du sein - ONG APAAC	187
Figure 11: La lutte contre le cancer de la prostate	188
Figure 12: La lutte contre le cancer de sein - CNRAO	188
Figure 13: La lutte contre le cancer de sein -PNLCA.....	190
Figure 14: L'activité physique et les maladies chroniques.....	193
Figure 15: L'environnement du logiciel SphinxPlus.V5.TuiTe (Source : Capture d'écran du dépouillement de notre enquête)	213
Figure 16: Répartition des répondants selon leur pathologie (Enquête 2020)	215
Figure 17: Répartition des répondants par tranche d'âge (Enquête 2020).....	216
Figure 18: Répartition des répondants selon le niveau d'étude (Enquête 2020)	217
Figure 19: Extrait N° 1 - fil de discussion sur le cancer « Guérison à travers les plantes (Recettes Maisons) »	227
Figure 20: Extrait N°2- fil de discussion sur le cancer « (Guérison à travers les plantes (Recettes maisons) »	238
Figure 21: Article de journal sur la gratuité de la prise en charge du cancer, 10 octobre 2017	Erreur ! Signet non défini.
Figure 22: Répartition des interrogés par rapport aux supports d'information (Enquête 2020)	Erreur ! Signet non défini.
Figure 23: Répartition des enquêtés selon les circonstances de diagnostic du cancer (enquête 2020).....	Erreur ! Signet non défini.

Figure 24: Lien entre le niveau scolaire et le message retenu (enquête 2020).....	276
Figure 25: Avis des répondants sur la clarté de l'information diffusée (enquête 2020). Erreur ! Signet non défini.	
Figure 26: L'importance d'une alimentation équilibrée PNLMM-PNPMNT / PNN Erreur ! Signet non défini.	
Figure 27: Le dépistage du cancer de sein - PNLCA..... Erreur ! Signet non défini.	
Figure 28: L'importance de l'activité physique –PNLMM-PNPMNT Erreur ! Signet non défini.	
Figure 29: Les dangers de l'obésité - PNLMM -PNMPNT..... Erreur ! Signet non défini.	
Figure 30: Répartition des réponses sur les attitudes de prévention secondaire (enquête 2020)	288
Figure 31: Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'organisation de la communication prévention (Enquête 2020).....	294
Figure 32: Typologie des échanges.....	299
Figure 33: Extrait N°3 -fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »	301
Figure 34: Extrait N°4 - fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »	308
Figure 35: Extrait N°4 - fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »	312
Figure 36: Extrait N°5 – fil de discussion sur le cancer « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »	314

Tableaux

Tableau 1: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre le cancer de 2011 à 2021	184
Tableau 2: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre l'Hypertension artérielle de 2011 à 2019	192
Tableau 3: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre le diabète de 2011 à 2019	193
Tableau 4: Récapitulatif des entretiens réalisés	205
Tableau 5: Répartition des enquêtés selon le lieu de résidence	218

Tableau 6: Répartition des répondants selon la profession	219
Tableau 7: Répartition des membres du groupe de discussion par continent	221
Tableau 8; Items de l'analyse des fils de discussion.....	229
Tableau 9: Items de l'analyse du contenu des échanges en ligne	230
Tableau 10: Répartition des messages sur les maladies chroniques	233
Tableau 11: Descriptif des fils de discussion	233
Tableau 12: Répartition des participants aux fils de discussion selon le sexe	234
Tableau 13: Relation entre le niveau d'étude et le souvenir d'une campagne de prévention ces dix dernières années	267
Tableau 14: Relation entre le lieu de résidence et le souvenir d'une campagne de prévention	273
Tableau 15: Répartition des messages retenus par les répondants.....	277
Tableau 16: Répartition des messages selon le niveau de persuasion.....	282
Tableau 17: Répartition des réponses selon les personnes ressources pour la sensibilisation.....	283
Tableau 18: Répartition des enquêtés selon les réponses sur les connaissances de la maladie	287
Tableau 19: Répartition des répondants selon leur accord pour participer à la sensibilisation	289
Tableau 20: Répartition des « questions » « réponses » par pathologie	298
Tableau 21: Répartition selon le recours à la médecine traditionnelle	303
Tableau 22: Répartition selon le traitement	304
Tableau 23: Prescripteur thérapeutique	304

Table des matières

Introduction générale.....	19
Première partie : Positionnement théorique.....	29
Introduction de la première partie	30
Chapitre 1 : La notion de dispositif de prévention.....	32
1. Les conceptions socioculturelles de la santé dans les sociétés dites traditionnelles.....	34
1.1 L’anthropologie orientée vers l’expérience.....	34
1.1.1 Le courant rationaliste	34
1.1.2 Le courant cognitiviste	36
1.1.3 Le courant interprétatif.....	37
1.2 L’anthropologie orientée vers l’expérience et notre terrain d’étude	38
2. La dynamique de la prévention en santé publique.....	40
2.1 Le risque en santé publique et sa mise en agenda politique.....	41
2.1.1 La notion de risque sanitaire	41
2.1.2 La construction d’un problème public et les campagnes de prévention sanitaire	44
2.2 La politique internationale et l’instauration de la responsabilité individuelle dans la prévention.....	46
2.3 Une approche historique de la communication de prévention	48
2.3.1 Une communication de prévention basée sur les théories comportementalistes dites de prédiction de 1950 à 1980	49
2.3.2 Communication de prévention ou communication persuasive de 1980 à 1990.....	52
2.3.3 Une communication de prévention centrée sur la participation communautaire à partir de 1990.....	54
2.4 Les typologies de la prévention.....	57
2.4.1 Une approche orientée vers la maladie	57
2.4.2 Une approche orientée vers les pratiques	58
2.4.3 Une approche orientée vers la culture	60
Conclusion du chapitre 1	63

Chapitre 2 : Le concept de gouvernementalité	66
1. La gouvernementalité et la prévention sanitaire	66
1.1 La gouvernementalité et la notion de mise en risque dans la prévention.....	69
1.2 La gouvernementalité et le gouvernement des corps dans la communication de prévention.....	72
1.3 L'instrumentation de l'action publique	75
1.3.1 La notion foucaldienne du dispositif.....	75
1.4 Les résistances face au dispositif	78
1.4.1 La notion de résistance	79
1.4.2 La résistance et ses effets dans les relations de pouvoir	80
2. Communication publique, prévention sanitaire et gouvernementalité	84
2.1 La dimension communicationnelle de l'action gouvernementale	84
2.2 La communication publique sanitaire ou la communication de propagande ?	88
2.3 La communication publique comme composante de la communication politique	90
2.3.1 Au niveau des acteurs de la communication publique	91
2.3.2 Au niveau des pratiques et des stratégies de communication publique	92
2.3.3 Les campagnes de communication comme dispositif de biopouvoir.....	95
2.3.3.1 Campagnes de communication et moyen de coercition	97
2.3.3.2 Campagnes de sensibilisation et tactiques punitives.....	98
2.3.3.3 Campagnes de prévention et mécanisme de répression	99
2.3.4 L'autocontrainte et le gouvernement des conduites.....	100
2.4 Les formes de résistances face aux dispositifs info-communicationnels.....	103
2.4.1 Les insuffisances des dispositifs info-communicationnels	103
2.4.1.1 Au niveau de la compréhension des messages.....	104
2.4.1.2 Au niveau des axes la communication de prévention	104
2.4.2 Les réactions face aux discours info-communicationnels de prévention	107
2.4.2.1 Le déni et le rejet.....	107
2.4.2.2 Le détournement et la réappropriation	108
2.4.2.3 La suspicion et la défiance	109

Conclusion du chapitre 2	113
Conclusion de la première partie	115
Deuxième partie : Présentation de notre terrain	117
Introduction de la deuxième partie	118
Chapitre 3 : L'organisation du secteur sanitaire ivoirien	121
1. Les spécificités culturelles, sociales et politiques locales	121
1.1. Les particularités culturelles ayant une influence sur la communication de prévention. 121	
1.2 Les Agoras, les « grins » ou les parlements, des espaces d'expression non investis par les acteurs institutionnels de la communication de prévention	123
1.3 Un contexte politique mouvementé.....	126
2. Le dispositif de prévention de santé publique en Côte d'Ivoire	131
2.1 Le système sanitaire ivoirien.....	131
2.2 Un système de santé centré essentiellement sur le curatif de 1960 à 1980.....	138
2.3 L'intégration de l'approche préventive orientée vers les maladies chroniques dans la politique de santé à partir de 1980 à nos jours	142
3. La médecine traditionnelle	145
3.1 Le bouleversement de la prise en charge locale de la santé induit par l'instauration de la médecine conventionnelle	145
3.2 L'organisation de la médecine traditionnelle	149
3.2.1 Au niveau communautaire	150
3.2.1.1 Les tradipraticiens	151
3.2.1.2 La pharmacopée traditionnelle	154
3.2.1.3 L'origine du pouvoir des tradipraticiens et les sources de leur légitimité auprès de la population.....	156
3.2.1.4 L'origine du pouvoir	156
3.2.1.5 Les sources de la légitimité et la notoriété des tradipraticiens	158
3.2.2 Au niveau institutionnel	161

Conclusion du chapitre 3	162
Chapitre 4 : La communication publique et l'information en Côte d'Ivoire	165
1. La communication publique liée à la médecine conventionnelle	165
1.1 La communication publique à l'époque précoloniale : avant 1893	166
1.2 La communication publique pendant l'époque coloniale : de 1893 à 1960.....	167
1.3 La communication publique postcoloniale de 1960 à nos jours	169
2. De l'information publique à l'information de santé	172
2.1. Une information à la solde de la pensée unique de 1960 à 1990	172
2.2. Une information ouverte aux débats contradictoires de 1990 à nos jours	174
2.3. L'information de santé et internet	175
3. Les campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques	182
3.1. A propos des campagnes de communication contre le cancer	183
3.2. A propos des campagnes de communication contre le diabète et l'hypertension artérielle.....	190
Conclusion du chapitre 4	195
Conclusion de la deuxième partie	197
Troisième partie : Les campagnes de communication au prisme des forces oppositionnelles.....	200
Introduction de la troisième partie	201
Chapitre 5 : Les outils de collecte de données	202
1. Les entretiens semi-directifs	202
1.1 Le choix des entretiens semi-directifs	202
1.2 Les entretiens réalisés.....	204
1.3 L'analyse des entretiens	208
2 L'enquête par questionnaire	209

2.1 Les raisons du choix de l'enquête par questionnaire.....	211
2.2 L'analyse des données de l'enquête	212
2.3 Les caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée	213
2.3.1 Le sexe.....	214
2.3.2 La pathologie.....	215
2.3.2 L'âge.....	215
2.3.3 Le niveau d'étude	216
2.3.4 Le lieu de résidence.....	217
2.3.5 La profession	219
3 L'analyse de contenu des forums en ligne.....	220
3.1 Le choix de l'analyse de contenu	221
3.2 Les considérations éthiques.....	222
3.3 Le fonctionnement du groupe de discussion	224
3.4 Le traitement des informations collectées	225
3.4.1 Le prétraitement des informations collectées.....	226
3.4.2 L'analyse des informations collectées.....	228
3.4.2.1 L'étiquette des messages	228
3.4.2.2 La typologie des messages	229
3.4.3 Caractéristiques du groupe de discussion.....	232
3.4.3.1 Le registre des messages	232
3.4.3.2 Le sexe des participants aux fils discussions	234
3.4.3.3 Les différents profils	235
Conclusion du chapitre 5	238
Chapitre 6 : La mise en œuvre des campagnes : dimension politique, dysfonctionnements des dispositifs info-communicationnels et réception des messages.....	240
1. Les campagnes de communication, cadre opératoire de la biopolitique.....	240
1.1 La création de programmes de santé publique ou la recherche d'une légitimité politique au niveau international	241

1.2 L'organisation des campagnes de communication et la quête d'une légitimité nationale.....	243
1.3 Le fonctionnement des entités de prévention, expression de la puissance publique.....	246
1.4 Des logiques de production des campagnes plus politiques que sociales	250
1.5 Campagnes de prévention ou propagande électorale ?	259
2. Les insuffisances des dispositifs info-communicationnels	266
2.1 Le caractère incompréhensible des messages par une partie de la population.....	266
2.2 Les caractéristiques de la diffusion des messages.....	270
2.2.1 L'inadéquation des moyens de transmission institutionnels des messages avec les habitudes informationnelles des populations	270
2.2.2 La diffusion parcellaire des messages	272
2.2.3 La répartition des messages retenus en fonction du niveau scolaire.....	276
2.2.4 Le message retenu	277
2.3 Le caractère non convaincant des campagnes.....	278
2.3.1 La clarté des messages	278
2.3.2 Le niveau de persuasion des messages.....	282
2.3.3 Les personnes indiquées pour animer les campagnes de sensibilisation	282
2.4 Une insuffisance de communication sur le cancer auprès des malades	287
2.4.1 Les connaissances des patients sur le cancer	287
2.4.2 Les attitudes de prévention secondaire.....	288
2.4.3 Des patients qui ne souhaitent pas participer aux campagnes de sensibilisation	289
2.5 L'insuffisance de sensibilisation institutionnelle sur les réseaux socio-numériques et le manque de coordination entre les actions de communication de prévention.....	290
2.5.1 L'absence de sensibilisation sur les réseaux socio-numériques.....	290
2.5.2 Le manque de coordination dans les actions de prévention	291
2.6 Éléments de bilan sur les insuffisances des dispositifs info-communicationnels	294
3 Des attitudes de résistances vis-à-vis des discours de la communication de prévention.....	297

3.1 Un espace qui occulte les discours de la santé publique sur la chronicité des maladies..	299
3.2 Les discours sur la médecine traditionnelle comme dispositif d'opposition vis-à-vis des discours institutionnels de la communication de prévention	302
3.2.1 Répartition des répondants selon le traitement utilisé.....	304
3.2.2 Répartition des interrogés en fonction de leur prescripteur thérapeutique.....	304
3.3 L'existence de la suspicion à l'égard des messages de prévention	311
3.4 L'usage d'internet pour la promotion des remèdes traditionnels.....	316
3.5 Le rôle de certains praticiens de médecine traditionnelle dans la déconstruction des discours institutionnel de la communication de prévention	319
Conclusion du chapitre 6	327
Conclusion de la troisième partie.....	329
Conclusion générale	331
Bibliographie.....	343

Introduction générale

A partir de l'adoption de l'axe de promotion de la santé en mai 2000 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'approche préventive des maladies en direction du grand public a été effective dans les systèmes de santé en Afrique et, partant, en Côte d'Ivoire. Au surplus, à la suite des résultats d'une enquête conduite en 2005 en Côte d'Ivoire sur les facteurs de risques des maladies non transmissibles, qui avait révélé que 2 personnes sur 3, âgées de 15 à 44 ans et 7 personnes sur 8, âgées de 45 à 64 ans courent un risque élevé de développer une ou plusieurs maladies non transmissibles (STEPS/MNT)¹, les maladies chroniques sont devenues un problème de santé publique national. Ainsi, le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) pour la période 2009-2013 avait reconnu les maladies chroniques comme problème de santé publique prioritaire et sept programmes du Ministère de la santé ivoirien ont été créés à cet effet (PNDS, 2009-2013)². Dans cet effort pour endiguer le « fléau » des maladies chroniques, la prévention reste le pilier de la lutte. L'action publique vise ainsi à informer, mobiliser et soutenir des actions préventives (Raude, 2013)³.

Contexte du sujet

En dépit des campagnes de sensibilisation qui ont été mises en œuvre en Côte d'Ivoire, la charge de morbidité due aux maladies chroniques reste considérable, elle est même en nette évolution avec un taux de 31% des cas de décès en 2014 (MSLS, 2015-2019)⁴.

Il apparaît cependant que ces campagnes n'ont pas obtenu les effets escomptés comme le révèle le PNDS pour la période 2016-2020. Les indicateurs sont en nette progression. L'enquête « STEPS50 » réalisée en 2005 avait révélé que sur l'ensemble de la population âgée de 15 à 64 ans, il avait une prévalence élevée de l'hypertension artérielle de 21,7%. Sa proportion augmente avec l'âge pour atteindre 58,4% dans le groupe d'âge des 55-64 ans. Selon les

¹ Direction de coordination du programme STEPS/MNT, « Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles », Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2005, p. 165.

² Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2008.

³ Jocelyn Raude, « Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions », *Communication & langages*, vol. 176 / 2, 2013, p. 49-64.

⁴ Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, « Plan stratégique intégré de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire 2015-2019 », 2014.

estimations de l’OMS pour la Côte d’Ivoire, la prévalence de l’hypertension artérielle chez les 25 ans et plus, était de 33,4%. Au niveau du registre du cancer, de deux mille quatre cent soixante-dix-neuf (2479) nouveaux cas en 2013 (N’da et al, 2013)⁵, la Côte d’Ivoire est passée à quatre mille sept cent dix (4710) cas en 2015 (N’da et al, 2015)⁶ pour atteindre quatorze mille quatre cent quatre-vingt- quatre (14 484) nouveaux cas en 2018 (Globocan, 2018)⁷. Pour le diabète, les projections de l’Organisation Mondiale de la Santé pour la zone Afrique (OMS/AFRO) sont alarmantes, 10,4 millions de cas ont été enregistrés en 2007. Ce chiffre pourrait atteindre 18,7 millions de cas en 2025, si des actions préventives efficaces ne sont pas menées (MSLS, 2010)⁸.

Ce constat sur l’échec des campagnes n’est pas rare, plusieurs raisons peuvent être évoquées. En effet, de nombreux travaux ont démontré que les résultats des campagnes de communication restent mitigés pour bien des raisons et les échecs enregistrés par les différentes campagnes de sensibilisations sont des enseignements édifiants. Au nombre de ceux-ci figurent la non prise en compte du critère social en raison des logiques du marketing (Comby et Grossetête, 2012)⁹, la dimension collective occultée au profit de la responsabilité individuelle (Lamoureux, 2005)¹⁰ et le caractère incompréhensible des messages par les populations moins instruites (Ollivier-Yaniv, 2018)¹¹. Au surplus, la subordination de la communication de prévention aux règles administratives, aux exigences politiques, aux savoirs biomédicaux et aux facteurs de

⁵ N’da, Ayemou et Adoubi, « Rapport biennal 2012-2013 Registre du cancer d’Abidjan », Programme National de Lutte contre le Cancer de Côte d’Ivoire, 2013.

⁶ N’da, Ayemou et Adoubi, « Rapport biennal 2014-2015 Registre du cancer d’Abidjan », Programme National de Lutte contre le Cancer de Côte d’Ivoire, 2015.

⁷ International Agency for Research on Cancer, « Côte d’Ivoire : Global Cancer Observatory », 2018.

⁸ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d’Ivoire, « Politique nationale de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles en Côte d’Ivoire », Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d’Ivoire, 2011.

⁹ Jean-Baptiste Comby et Matthieu Grossetête, « « Se montrer prévoyant » : une norme sociale diversement appropriée », *Sociologie*, vol. 3 / 3, Presses Universitaires de France, 2012, p. 251-266.

¹⁰ Philippe Lamoureux, « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé », *Les Tribunes de la sante*, vol. 9 / 4, 2005, p. 35-42.

¹¹ Caroline Ollivier-Yaniv, « Présentation du dossier. Les publics institutionnels: réception et appropriation des informations et des recommandations », *Politiques de communication*, N° 11, Presses universitaires de Grenoble, 2018, p. 5-14.

temporalité pourrait limiter son efficacité (Ollivier-Yaniv, 2015)¹².

Positionnement du sujet

Prévention, information et communication sont liées. La prévention dans le domaine de la santé fait référence aux moyens permettant de réduire l'incidence des maladies (Romeyer et Moktefi, 2013)¹³.

L'information concerne les données épidémiologiques relatives à l'identification des facteurs de risques qui permettront aux spécialistes de la santé publique de déterminer des mesures dites idoines, afin de limiter l'exposition de l'homme. Qu'il s'agisse de l'adoption d'un régime alimentaire riche en fruits et légumes ou de la pratique d'activités sportives, il faut que ces messages-là parviennent au destinataire final, l'individu. La dynamique de l'information implique indubitablement sa communication (Miège, 2015)¹⁴. La communication de prévention va donc être déployée par les pouvoirs publics afin de délivrer l'information susceptible de modifier les attitudes des populations conformément aux recommandations de santé publique. A ce titre, afin de favoriser une plus grande appropriation des prescriptions par les populations, les stratégies des acteurs et, partant, les dispositifs vont se multiplier dans l'espace public (Romeyer et Moktefi, 2013)¹⁵. Ces actions de prévention sont la plupart du temps animées par des supports de sensibilisation dont le but premier est de faire passer un message, celui de faire prendre conscience de la menace des maladies et de l'urgence de l'adoption ou l'abandon de comportements jugés sains ou néfastes. Depuis peu, les scandales sanitaires qui ont agité l'opinion publique ont eu pour effet d'amener les autorités publiques de l'Etat Français à repenser ses politiques de santé qui jusque-là étaient centrées sur le curatif. Dans ce processus de réorientation stratégique des actions de santé publique, le volet préventif occupe davantage les devants de la scène (Romeyer et Moktefi, 2013)¹⁶. Le champ de la prévention est donc

¹² Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication publique sanitaire à l'épreuve des controverses », *Hermès, La Revue*, n° 73, 2015, p. 69-80.

¹³ Hélène Romeyer et Amirouche Moktefi, « Pour une approche interdisciplinaire de la prévention », *Communication & langages*, vol. 176 / 2, 2013, p. 33-47, p. 33.

¹⁴ Bernard Miège, « 40 ans de recherche en Information – Communication Acquis et questionnements », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, n° 16, 2015, p. 105-113, p. 111.

¹⁵ Hélène Romeyer et Amirouche Moktefi, *op. cit.*, p. 33.

¹⁶ *Ibidem*.

devenu un espace privilégié de l'action des autorités publiques Françaises. Au motif de l'intérêt général, les actions de communication de prévention se multiplient avec pour la plupart d'entre elles un point commun, celui de la mise en avant de la responsabilité de l'individu.

La prévention s'inscrit donc dans la « dimension communicationnelle » des actions des autorités publiques qui visent à influencer les comportements des populations par rapport aux normes de la santé publique par le biais de la mobilisation d'informations (Ollivier-Yaniv, 2013, p.112)¹⁷. En raison du cadre normatif où elle opère, la communication publique peut être assimilée à un outil de « gouvernement du social » (Ollivier-Yaniv, 2013, p.113)¹⁸, puisque les discours en matière de prévention sont des stratégies visant à régler le comportement des individus pour leur bien-être. Ici, nous avons pensé les campagnes de communication comme un instrument de « biopolitique » (Foucault, 1994, p.818)¹⁹ dans la gestion de la santé de la population. En effet, Michel Foucault, dans le cadre de l'analyse du pouvoir, définit la « gouvernementalité » comme l'ensemble des techniques de gouvernements qui sont apparues à partir du XVIIIe siècle et qui avait pour finalité de renforcer et d'assurer la continuité de l'Etat et de son existence (Foucault, 1994, p. 635)²⁰. L'un des modes opératoires de cette gouvernementalité a consisté en l'élaboration et en la mise en œuvre de « dispositifs » visant à exercer un contrôle sur « la population » (Foucault, 1994, p.723)²¹. L'auteur, définit la population comme

« un ensemble d'êtres vivants et coexistants, qui présentent des traits biologiques et pathologiques particuliers » (Foucault, 1994, p.723)²²

¹⁷ Caroline Ollivier-Yaniv b, « La communication publique communication d'intérêt général et exercice du pouvoir », in *Sciences de l'information et de la communication*, 2e édition, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2013, (« Communication en + »), p. 103-118.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Michel Foucault b, « La naissance de la biopolitique, texte N° 274 », in *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 -1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 818-825.

²⁰ Michel Foucault a, « La gouvernementalité, texte N°239 », in *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 -1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 635-657.

²¹ Michel Foucault l, « Sécurité, territoire et population, texte N° 255 », in *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 -1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 719-723.

²² *Ibidem*.

Ainsi, en raison des problèmes sociaux qui se sont posés avec acuité dès le XIXe siècle, Michel Foucault qualifie de biopolitique tout le processus de normalisation de ces défis sociaux qui constituent également des enjeux politiques (Foucault, 1994)²³. Concrètement, dans le domaine de la santé, cette rationalisation a été ponctuée par des campagnes d'hygiène, de vaccination dont l'objectif était de réduire le taux de mortalité.

Notre recherche s'inscrit donc dans la continuité des travaux de Caroline Ollivier-Yaniv sur l'instrumentation de l'action publique et la réception des discours de prévention sanitaire.

Le cas de la prévention des maladies chroniques en Côte d'Ivoire constitue le cadre d'analyse pour notre apport à cet axe de recherche.

Dans notre étude, les maladies chroniques désignent les maladies non transmissibles que sont l'hypertension artérielle, certains cancers pour lesquels des campagnes de prévention sont organisées et le diabète.

Intérêt du sujet

Notre sujet de recherche revêt un triple intérêt eu égard au terrain de notre étude et au cadre d'analyse.

Premièrement, notre terrain d'étude. La Côte d'Ivoire est un pays en voie de développement qui est situé dans la zone subsaharienne de l'Afrique et à la différence de la France, l'exercice de la biopolitique dans le cadre de l'action publique est peu documenté. L'axe de recherche dénommé « communication pour le développement » qui englobe les écrits qui traitent des campagnes de communication en santé publique se fonde en partie sur les théories comportementalistes afin de saisir la réaction des populations par rapport aux messages. S'il est vrai que cette option n'est pas négligeable, il n'en demeure pas moins qu'appréhender la thématique des campagnes dans la perspective de la gouvernementalité peut enrichir le débat scientifique en Côte d'Ivoire. Puisque, cette approche permet d'avoir une vue globale sur les enjeux de la prévention.

D'abord, la gouvernementalité permet d'appréhender le rôle des acteurs institutionnels de la prévention à un niveau supra et infra de la hiérarchie sanitaire afin de saisir les enjeux politiques et partant les répercussions sur la stratégie de prévention. Ensuite, l'analyse de l'instrumentation de l'action publique à travers les dispositifs permet de déceler les éventuelles

²³ Michel Foucault b, *op. cit.*

insuffisances qui peuvent être la cause de l'inanité des campagnes. Enfin, l'approche de la gouvernementalité permet aussi de saisir les « résistances » (Foucault, 1994)²⁴ développées par les populations pour contourner ou détourner les discours des dispositifs informationnels.

La gouvernementalité développée par Michel Foucault permet donc d'avoir une réflexion plurielle sur la question de l'appropriation des messages. Puisque, le problème peut ne pas provenir uniquement du refus des populations d'adhérer ou non aux prescriptions, il peut être le résultat de situations qui se situent à toutes les étapes du processus de prévention que nous traitons dans notre mémoire.

Deuxièmement, notre analyse permet d'appréhender le jeu d'influences de la communication de prévention qui, au-delà de légitimer l'action de l'Etat à communiquer sur les questions de santé publique (Oliveira, 2012)²⁵, peut servir plutôt à obtenir le consensus autour de la figure de l'Etat et particulièrement de sa légitimité à exercer les fonctions même de gouvernant dans un continent où la faiblesse de la démocratie n'est plus à démontrer. En témoignent les nombreux coups d'Etats militaires qui ont cours dans cette zone de l'Afrique de l'ouest et qui ont eu pour effet de fragiliser les gouvernants. On peut citer entre autres, les coups d'Etat militaires de 1999 en Côte d'Ivoire, de 2020 et de 2021 au Mali, de 2021 en Guinée et de 2022 en Burkina Faso.

Troisièmement, le fait d'introduire la réception des messages par le biais des forums en ligne est intéressant. Cette question permet d'appréhender la réaction des populations par rapport aux discours institutionnels de la prévention. A cet effet, notre analyse portant sur une catégorie de données de notre corpus relatif aux fils de discussion en ligne peut faire ressortir une autre spécificité de l'information qui peut être différente des conclusions des travaux (Clavier et al, 2010)²⁶ sur l'information échangée dans les groupes de discussion en ligne sur la santé. Cette

²⁴ Michel Foucault, *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 1994, 212 p., (« Collection Tel », 248).

²⁵ Jean-Philippe De Oliveira, *Communication publique et formes de gouvernabilité contemporaines de l'Etat. Le cas de l'homosexualité dans les campagnes de prévention du sida en France (1987-2007).*, thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication, Université de Grenoble, 2012.

²⁶ Viviane Clavier, Adrian Staii, Céline Paganelli, [et al.], « Dynamiques interactionnelles et rapports à l'information dans les forums de discussion médical », in *Web Social: Mutation de la Communication*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, p. 297-312.

information peut être particulière dans sa nature et dans les objectifs recherchés en raison des réalités culturelles locales.

Problématique

Face aux échecs de l'efficacité des politiques de prévention, il est nécessaire de s'interroger sur la nature de ces insuccès et de déconstruire l'idée selon laquelle, dans le cadre de la prévention, la communication publique est un outil de régulation qui vise à induire le changement de comportements. En effet, une analyse des enjeux dans le cadre de la prévention est révélatrice de paradoxes. La question centrale de notre étude porte donc sur la manière dont les pouvoirs publics communiquent dans le cadre des maladies chroniques. En raison de l'inanité des campagnes, nous supposons que les campagnes de communication se déroulent au service des institutions publiques sans prise en compte des caractéristiques socioculturelles des publics et que cette situation est due au fait que le champ de la prévention est traversé par un certain nombre de tensions tant au niveau politique, social que culturel. En effet, bien que l'importance de la prévention soit admise par tous, elle est l'objet de « conflits internes », de « dysfonctionnements » et de « dérives » (Peretti-Watel et Moatti, 2009, p.9)²⁷ qui mettent en péril son efficacité, voire sa légitimité.

Hypothèses

En vue d'apporter des éléments de réponse à notre problématique, nous avons dégagé trois hypothèses.

La première hypothèse est relative à la politisation de la prévention dans la perspective d'exercice de la biopolitique. Il s'agit notamment du rôle de l'Etat dans les campagnes de sensibilisation. Certains travaux ont traité la dimension politique de la prévention. Les conclusions de ces études montrent que dans le cadre de la prévention, les actions de communication constituent le prolongement de l'action de l'Etat, la communication publique apparaît plus comme un enjeu politique (Pailliant et Strappazzon, 2007)²⁸. La qualité des acteurs

²⁷ Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 2009, 103 p.

²⁸ Isabelle Pailliant et Géraldine Strappazzon, « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation », *Questions de communication*, vol. 11, 2007, p. 17-31.

institutionnels de la prévention, qui sont des politiques à la recherche de légitimité, et de leurs discours dont le but est de neutraliser les éventuelles tensions sur des thématiques d'intérêt général (Ollivier-Yaniv, 2000)²⁹, renforcent cette dimension politique de la prévention. Ainsi, notre première hypothèse considère que le fonctionnement des structures en charge de la prévention, le mécanisme des prises de décisions et le déroulement des campagnes constituent des formes expressives de la puissance publique.

La deuxième hypothèse considère que les dispositifs info-communicationnels sont en décalage avec les objectifs de la prévention et posent le problème de leur pertinence. Ici, nous portons la réflexion sur les éventuels facteurs qui entraînent un manque d'efficacité de la communication institutionnelle de prévention. La médicalisation de la prévention, le discours d'autorité, l'autocontrainte, la stigmatisation et le caractère distrayant de certains spots, susceptibles d'altérer la qualité du message (Devillard et Marchetti, 2008)³⁰ peuvent être évoqués au nombre des « bruits » de la sensibilisation. Nous examinons par conséquent les caractéristiques de ces dispositifs en rapport avec les spécificités de la population. Il s'agit notamment d'analyser les éventuelles insuffisances de ces dispositifs dans le cadre de la résistance Foucauldienne vis-à-vis du pouvoir.

La troisième hypothèse avance le fait que les populations adoptent des formes de résistances qui amenuisent l'efficacité des actions de communication de prévention. Explicitement, au regard des discours des dispositifs info-communicationnels, nous analysons les formes de résistances développées par la population. La société africaine en général et singulièrement la société ivoirienne est fortement marquée par la tradition de la conception magico-religieuse de la maladie et le déterminant prédominant de la santé est attribué aux ennemis, aux ancêtres, aux sorciers, aux génies et à Dieu (Harris, 1998)³¹. Cette perception de la santé peut créer des registres de non-recevabilité des messages de prévention et peut remettre même en cause la notion de prévention et de chronicité de la maladie.

Organisation du mémoire

²⁹ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*

³⁰ Valérie Devillard et Dominique Marchetti, « La "sécurité routière", un programme sans risque. La neutralisation d'un problème politique et social à la télévision », *Réseaux*, vol. 147 / 1, 2008, p. 149-176.

³¹ Memel-Fotê Harris, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, L'Harmattan, 1998, 209 p., (« Sociétés africaines et diaspora »), p. 186.

Notre recherche qui met à contribution une approche empirique a mobilisé en plus des sciences de l'information et de la communication (SIC), les études de l'anthropologie et de la sociologie. Cette pluridisciplinarité nous permet d'avoir une vision globale sur le sujet de recherche afin de saisir les enjeux qui sous-tendent la communication de prévention en Côte d'Ivoire. Cette approche permet donc d'enrichir les recherches en SIC et d'avoir une vision plurielle sur l'analyse des phénomènes étudiés.

Le plan de notre mémoire de thèse s'articule autour de trois grandes parties.

La première partie concerne le cadre théorique. Il s'agit pour nous, de présenter les bases théoriques de notre étude. Elle est constituée de deux chapitres. Le premier chapitre est consacré à la notion de dispositif de prévention. Après avoir évoqué diverses conceptions de la santé dans les sociétés traditionnelles, nous définirons ce que la notion de prévention représente pour nous à la lumière des travaux en anthropologie, en sociologie et en sciences de l'information et de la communication. Nous retracerons l'histoire de la prévention afin de comprendre les évolutions au cours des siècles et comment cette notion s'est enrichie au fil du temps pour intégrer aujourd'hui un aspect communicationnel plus accentué. Le deuxième chapitre sera dédié au cadre théorique retenu pour étudier la communication de prévention. Cette articulation retracera les travaux de Michel Foucault sur le concept de gouvernementalité en lien avec la santé dans lequel s'inscrit notre étude. Après cette étape, à la lumière de ces écrits, il s'agira pour nous de présenter les travaux en SIC. Ces recherches qui traitent des campagnes de prévention ont crû ces dernières années. Les thématiques de ces publications sont variées, passant de la sécurité routière (Gilbert, 2008)³² à la question des maladies (Kivits et al, 2014)³³ pour finir à celle des addictions (Ollivier-Yaniv, 2013a)³⁴. Quel que soit l'axe sous lequel ces études sont abordées, elles permettent d'enrichir la réflexion sur le véritable enjeu de la communication de prévention. Ainsi, ces travaux nous permettrons de situer notre analyse dans une perspective info-communicationnelle.

³² Claude Gilbert, « Quand l'acte de conduite se résume à bien se conduire. À propos du cadrage du problème "sécurité routière" », *Réseaux*, vol. 147 / 1, 2008, p. 21-48.

³³ Joëlle Kivits, Maël Hanique, Béatrice Jacques, [et al.], « L'appropriation de l'information médiatique au sujet de la prévention et du dépistage des cancers », *Le Temps des médias*, n° 23, 2014, p. 151-163.

³⁴ Caroline Ollivier-Yaniv a, « Communication, prévention et action publique : proposition d'un modèle intégratif et configurationnel. Le cas de la prévention du tabagisme passif », *Communication & langages*, vol. 2013 / 176, 2013, p. 93-111.

La deuxième partie traite de la communication de prévention en Côte d'Ivoire. Elle a pour but de montrer que la communication de prévention s'appuie de façon exclusive sur la médecine conventionnelle, alors que dans ce pays, il existe la médecine traditionnelle qui fait également partie de l'itinéraire thérapeutique d'une partie de la population. Cette partie est constituée de deux chapitres.

Dans le premier chapitre de cette partie, nous présenterons le système sanitaire ivoirien. Nous évoquons les conditions de l'introduction de la médecine conventionnelle en Côte d'Ivoire et les différents types de médecine qui existent dans le pays, afin d'appréhender les différents itinéraires de prise en charge de la santé. Après cette étape, nous rappelons l'origine de la communication de prévention afin d'appréhender quelles sont les motifs qui sous-tendent, l'intégration de la communication de prévention dans la stratégie sanitaire.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons tout d'abord, la situation de l'information et de la communication publique ivoirienne d'une part, et, d'autre part, nous retraçons les actions de sensibilisation sur les maladies chroniques initiées par les programmes de santé. Le choix de ces programmes de santé s'est fait après la lecture des documents des différents plans nationaux de développement sanitaire couvrant la période de 1996 à 2020 et des décrets portant attributions, organisation et fonctionnement du Ministère en charge de la santé et des programmes.

Ensuite, nous rappelons quelques particularités, sociales, culturelles et politiques, qui selon nous, pourraient influencer les actions de communication de prévention.

La troisième partie est constituée de deux chapitres. Le premier est consacré à la présentation des différents outils de collecte de données que nous avons utilisés afin de saisir les enjeux liés à notre recherche. Il s'agit des entretiens semi-directifs, de l'enquête par le biais d'un questionnaire et de l'analyse de contenu. Le deuxième chapitre concerne la présentation des résultats. Il s'agira pour nous de mettre à l'épreuve nos trois hypothèses de recherche à travers la méthodologie réalisée.

Première partie : Positionnement théorique

Introduction de la première partie

Notre objectif est d'analyser les campagnes de sensibilisation dans le cadre des maladies chroniques afin d'appréhender les actions de l'Etat dans le cadre de la communication de prévention. C'est pour cette raison que les approches politiques de la communication publique nous paraissent centrales. Ainsi, au-delà de la recherche de l'amélioration de l'état de santé de la population, nous dressons le constat selon lequel les campagnes de communication se déroulent au service des institutions publiques, sans prise en compte des particularités socioculturelles des publics.

A la lumière des travaux de Michel Foucault, nous voulons donc saisir les enjeux de ces campagnes conformément à notre problématique qui considère que le champ de la communication de prévention est l'objet de tensions tant au niveau politique, social que culturel et, que ces tensions ont des répercussions sur l'efficacité de la prévention.

Afin d'appréhender les enjeux liés à notre recherche, cette partie de notre mémoire expose les éléments nécessaires à la conceptualisation de notre sujet. Nous présentons dans un premier temps les spécificités sociales de notre terrain d'étude et les recherches relatives à l'histoire de la prévention dans le domaine de la santé.

Nous nous employons dans un deuxième temps, à présenter les concepts à partir desquels notre étude s'est construite en tant que cadre d'analyse en sciences de l'information et de la communication. Nous faisons ensuite une synthèse de la théorie de la gouvernementalité développée par Michel Foucault tout en indiquant en quoi la gestion de la santé, voire la prévention, constitue un « biopouvoir »(Foucault, 2004a)³⁵. Nous traitons à cet effet de l'instrumentation de l'action publique à travers la notion de dispositif afin de saisir la dimension politique des campagnes de communication.

Pour nous, les campagnes de communication constituent la matérialisation de la puissance publique dont l'objectif est d'exercer le pouvoir sur les individus. Nous aborderons dans cette dynamique, la question des formes de résistances des populations vis-à-vis des discours des dispositifs info-communicationnels.

Aborder les campagnes de communication sous l'angle de la communication politique permet

³⁵ Michel Foucault e, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France*, Paris, Gallimard Seuil, 2004, 355 p., (« Hautes Etudes »).

d'appréhender les relations de pouvoir qui existent dans un domaine dédié au social, celui de la santé. En effet, la santé publique peut être assimilée à la formalisation et au résultat de manœuvres politiques. Ainsi, pour Didier Fassin (1996)³⁶, la santé publique a été instituée par les pouvoirs publics en vue d'organiser, d'investir et de contrôler le domaine social de façon légitime. Cette orientation émane de la réaction des pouvoirs publics afin de juguler les épidémies, d'une part, et de canaliser les effets des épidémies sur l'équilibre social et la légitimité de l'autorité politique d'autre part. Ici, la prévention des risques sanitaires constitue un facteur probant de légitimité du pouvoir public. Ayant pour base les statistiques, cette approche de la santé a été formalisée en France à partir du XIX^e siècle par des politiques (Fassin, 1996)³⁷. Ces rappels historiques confèrent à la santé publique une connotation politique dans une certaine mesure.

Au demeurant, dans cette première partie, nous essaierons de faire le lien entre les différents travaux afin de situer notre étude sur la communication de prévention au sein des sciences de l'information et de la communication.

³⁶ Didier Fassin, *L'Espace politique de la santé: Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1996, 328 p., (« Sociologie d'aujourd'hui »), p. 235.

³⁷ Didier Fassin, *op. cit.*

Chapitre 1 : La notion de dispositif de prévention

La prévention s'appuie sur certaines conceptions de la santé. Si la plupart des études sur la prévention se fondent sur une conception issue de la médecine conventionnelle, notre sujet requiert une approche différente compte tenu du fait que les perceptions de la santé de notre terrain d'étude correspondent à celles des sociétés dites traditionnelles. C'est pourquoi, nous avons choisi de rappeler certaines conceptions de la santé qui nous permettent de comprendre les spécificités de notre contexte. Notre approche est originale et sans doute peu traitée, la majorité des recherches sur la gouvernamentalité ont été abordées dans les pays européens.

Les campagnes de prévention opèrent dans un terrain particulier, celui de la santé. La santé est une notion diversement appréhendée en fonction des particularités socioculturelles de la population dont il est question. Les caractéristiques de ces perceptions diffèrent d'une communauté à une autre et sont tributaires en partie du patrimoine culturel. Les particularités sociologiques et les données culturelles influencent de façon certaine l'efficacité des campagnes. Il nous est donc apparu opportun d'exposer les spécificités culturelles des sociétés africaines.

Au nombre des préalables à l'organisation d'une campagne de sensibilisation, l'OMS recommande la connaissance parfaite des publics cibles relativement à la disponibilité des données sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations et leur aptitude à intégrer le message. A cet effet, l'OMS (2008)³⁸ dans son rapport sur la santé dans le monde a souligné l'écart qui existe entre les réalités locales des pays en voie de développement et les politiques actuelles. L'institution a donc recommandé aux dirigeants de ces pays d'adapter les politiques de santé internationale à leurs caractéristiques socioculturelles.

Pour nous, la capacité d'appropriation d'un message dépend en partie de la correspondance du message avec l'environnement social, notamment les valeurs et normes sociales partagées des communautés et partant des individus. Ceci a été mis en exergue par les travaux sur les représentations sociales de la santé qui stipulent que les déterminants culturels ou ethniques sont importants afin de saisir les perceptions de la santé et, partant, les attitudes des populations qui pourraient décider de s'approprier ou non les recommandations de santé publique

³⁸ OMS, « Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde », Genève, 2008.

(Fainzang, 2000)³⁹. Les concepteurs des campagnes de sensibilisation devraient tenir compte de ces réalités socio-culturelles afin d'adapter les messages aux populations.

Les perceptions de la santé ont fait l'objet de plusieurs travaux en anthropologie. Parmi ces travaux, on distingue quatre approches (Fassin, 2003)⁴⁰. La première est relative à l'anthropologie orientée vers l'expérience (Rivers, 1924)⁴¹, (Good, 1998)⁴², (Paul, 1955)⁴³, (Kleinman, 1978)⁴⁴. La deuxième concerne l'anthropologie médicale critique avec Nancy Scheper-Hughes (Scheper-Hughes, 1999)⁴⁵. L'anthropologie de la maladie proposée par Sylvie Fainzang (Fainzang, 2000)⁴⁶, représente la troisième orientation. Enfin, la quatrième approche avec Didier Fassin (Fassin, 2003)⁴⁷ s'articule autour de l'anthropologie politique de la santé. Ces quatre courants de l'anthropologie ont pour objet la maladie et la culture. Cependant, ils les abordent sous des angles différents.

L'anthropologie orientée vers l'expérience s'intéresse aux récits des souffrants et aux perceptions des médecins afin de mener une analyse qui va au-delà de la conception purement clinique de la maladie. L'anthropologie médicale critique propose une interprétation de la maladie qui tient compte de l'influence des dispositifs internationaux et nationaux de santé. Par contre, l'anthropologie de la maladie remet en cause l'anthropologie médicale et envisage la maladie comme indicateur pour parvenir à une connaissance des peuples. Au-delà de ces trois

³⁹ Sylvie Fainzang, « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale. », *Revue électronique semestrielle, Université de Montpellier 3, France, Ethnologie comparées*, 2000, p. 18, p. 11.

⁴⁰ Didier Fassin, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie: Pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 24 / 1, 2003, p. 95-116.

⁴¹ William Halse Rivers Rivers, *Medicine, Magic and Religion*, New edition, London ; New York, Routledge, 1924, 144 p.

⁴² Byron Joseph Good, *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998, 434 p., (« Sciences Humaines »).

⁴³ Benjamin David Paul, *Health, culture and Community: case Studies of public Reactions to health programs*, New York, Russell Sage Foundation, 1990, 493 p.

⁴⁴ Arthur Kleinman, « Concepts and a model for the Comparison of Medical Systems as cultural Systems », *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 12, 1978, p. 85-93.

⁴⁵ Nancy Scheper-Hughes, « Three Propositions for Critically Applied Medical Anthropology », vol. 30 / 2, 1990, (« Social Science & Medicine »), p. 189-197.

⁴⁶ Sylvie Fainzang, *op. cit.*

⁴⁷ Didier Fassin, *op. cit.*

approches, l'anthropologie politique de la santé propose une perspective qui s'intéresse aux politiques de la santé publique notamment la promotion de la santé, les relations internationales, la gestion des épidémies et les projets de développement dans les pays les moins nantis. Dans notre mémoire, nous avons choisi de mobiliser l'anthropologie orientée vers l'expérience parce qu'elle traite des réalités sociologiques et culturelles de notre terrain d'étude.

1. Les conceptions socioculturelles de la santé dans les sociétés dites traditionnelles

Nous avons choisi de rappeler les travaux de l'anthropologie orientée vers l'expérience telle que décrite par Didier Fassin (2003)⁴⁸ et qui traduisent les conceptions de la santé dans les sociétés traditionnelles.

1.1 L'anthropologie orientée vers l'expérience

L'anthropologie orientée vers l'expérience s'intéresse aux récits des malades et aux perceptions des professionnels de la santé. Elle propose des modèles d'analyses basés sur la culture des peuples afin de comprendre l'attitude de ces derniers vis-à-vis de la prise en charge de leur santé. Le terrain de notre étude se situe dans une société traditionnelle où les déterminants sociologiques et culturels peuvent conditionner les attitudes des populations vis-à-vis des discours émanant des dispositifs info-communicationnels de santé publique. Afin de saisir au mieux ces réactions et appréhender les raisons qui les sous-tendent, nous avons choisi d'évoquer l'anthropologie orientée vers l'expérience. Dans cette perspective, nous présentons ici trois (3) courants de cette pensée anthropologique. Il s'agit des courants rationaliste, cognitiviste et interprétatif.

1.1.1 Le courant rationaliste

Cette perspective de la perception de la santé basée sur la médecine conventionnelle comme modèle rationnel a alimenté la production scientifique de 1920 à 1950. Selon ce courant, les conceptions de la santé qui n'émanent pas des sciences biomédicales sont fondées sur un système de croyances. A cet effet, au cours de l'année 1920, les conceptions de la maladie des

⁴⁸ *Ibidem.*

sociétés dites traditionnelles étaient assimilées à des croyances et qualifiées de primaires (Good, 1998)⁴⁹. Dans cette optique, William Rivers (1924)⁵⁰, un des précurseurs de l'anthropologie médicale avait mentionné le fait que la perception de la santé dans les sociétés traditionnelles résultait de trois éléments, à savoir ; le magique, le religieux et le naturaliste. Selon cet anthropologue, cette conception de la maladie résulterait d'un système de croyances et ses pratiques médicales seraient également culturelles dans les sociétés étudiées. En opposant médecine conventionnelle et médecine traditionnelle, la dernière citée était qualifiée de subjective, puisqu'obéissant à une logique qui lui est propre et était la conséquence du patrimoine culturelle et différente dans ses pratiques de la médecine fondée sur les sciences biomédicales (Good, 1998)⁵¹.

Dans la même optique, Erwin Ackerknecht (1948)⁵² a également décrit la médecine des sociétés traditionnelles comme un précepte « essentiellement magico-religieux ». A cet effet, il indiquait que dans cette médecine les origines de la maladie provenaient d'un ordre mystique ou d'un processus naturel. Pour lui, les éléments qui fondent cette médecine étaient rarement rationnels. Les différentes analyses de ce courant de pensée se référaient aux pratiques des sciences biomédicales comme modèle explicatif de la maladie. Ainsi, en dehors de cette logique, biomédicale toutes les autres pratiques étaient remises en cause.

Cependant, deux décennies plus tard soit en 1940, Bryon Good (1998)⁵³ affirmait qu'il y a eu une requalification de cette médecine traditionnelle. Ses usages et pratiques sont désormais considérés comme un savoir médical primaire qui a ses propres logiques d'explication et de prise en charge de la santé, notamment, en ce qui concerne les causes de la maladie, les procédés thérapeutiques ainsi que les remèdes utilisés.

L'approche rationaliste selon laquelle la maladie dans les sociétés traditionnelles était un système de croyances a perduré jusqu'en 1950.

⁴⁹ Byron Joseph Good, *op. cit.*

⁵⁰ William Halse Rivers Rivers, *op. cit.*

⁵¹ Byron Joseph Good, *op. cit.*

⁵² Erwin Heinz Ackerknecht, « Anticontagionism between 1821 and 1867 », *The Johns Hopkins University Press*, vol. 22 / 5, 1948, (« Bulletin of the History of Medicine »), p. 562-593.

⁵³ Byron Joseph Good, *op. cit.*

1.1.2 Le courant cognitiviste

Les représentations de la santé comme modèles cognitifs se sont développées de 1950 à 1960. Elles défendaient la thèse selon laquelle la perception de la maladie dépend de la culture et de l'éthique de chaque société. Critiquant l'orientation des représentations de la maladie comme système de croyances, puisqu'elles ont leur propre logique, cette approche met en avant *la relativité culturelle de la maladie* (Good, 1998)⁵⁴.

Au nombre des travaux qui ont analysé cette représentation culturelle de la santé, figurent ceux de Arthur Rubel (1964)⁵⁵ sur l'épidémiologie d'une maladie populaire nommée « Susto⁵⁶ » en Amérique hispanique découverte dans les années 1960. La maladie « Susto » est assimilée à un trouble psychiatrique selon les sciences biomédicales, mais, pour les peuples latino-américains, c'est la perte du double, de l'âme qui résulte de la transgression du sacré. Ainsi, les conclusions de l'étude de Arthur Rubel, révèlent que ces populations mettent en place un système de prise en charge thérapeutique des souffrants constitué de rituels qui aboutit à la guérison des patients. Cependant, ces pratiques n'obéissent pas à une logique du savoir biomédical mais plutôt à une logique qui émane de leurs pratiques culturelles.

L'anthropologie cognitive se fonde sur la psychologie cognitive qui consiste à apporter des explications de l'attitude des individus devant la maladie. A partir des comportements de prise en charge de la santé, cette approche permet d'appréhender les représentations de la santé, et partant, la conduite thérapeutique des populations qui ici, sont largement tributaires de leur culture.

A partir de cette approche, les stratégies des spécialistes de santé publique étaient qualifiées d'inappropriées puisqu'elles ne tenaient pas compte de la variante culturelle des populations cibles. Dans cette optique, l'anthropologue Benjamin Paul (1995)⁵⁷ soulignait l'importance pour les promoteurs et les spécialistes de santé publique de connaître les cultures des sociétés avant de leur proposer des solutions pour améliorer ou préserver leur santé.

⁵⁴ *Ibidem.*

⁵⁵ Arthur Rubel, « The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America », *Ethnology*, vol. 3 / 3, University of Pittsburgh- Of the Commonwealth System of Higher Education, 1964, p. 268-283.

⁵⁶ Susto est une maladie des peuples latino-américains, qui se manifeste par des vomissements, la nausée, la fièvre, la tristesse, la perte de poids, l'anorexie et les insomnies.

⁵⁷ Benjamin David Paul, *op. cit.*

Cette perspective a mis au grand jour les traditions médicales des continents africain, asiatique et latino-américain et a donné lieu à la reconnaissance des autres systèmes de soins en dehors du modèle biomédical. Ces systèmes de soins ont fait par conséquent l'objet d'analyses et d'études approfondies battant en brèche le modèle exclusif et conventionnel du système biomédical.

1.1.3 Le courant interprétatif

Axé sur le modèle d'explication de la maladie, ce courant est apparu vers la fin des années 1970. Il a connu ses lettres de noblesse avec les travaux d'Arthur Kleinman (1978)⁵⁸. L'accent était mis sur les relations entre la maladie et la culture. La culture en plus de participer à la représentation de la maladie concourt, selon Arthur Kleinman, à la construction de la maladie en tant que réalité humaine. Cette dimension n'ignore pas l'importance de la biologie et de la nature. Toutefois, la maladie est appréhendée comme un objet social et une expérience vécue. A ce propos, Arthur Kleinman (1978)⁵⁹ a mis en exergue la différence qu'il existe entre les mots anglais « disease » et « illness ». En effet, si les affections ou troubles des organes sont exprimés par le terme « disease », le mot « illness », lui, fait référence aux perceptions, interprétations et expériences individuelles de la maladie.

Dans ce courant, les axes de recherches analysent la manière dont les individus à partir de leur expérience propre conçoivent et systématisent la maladie et la manière dont les spécialités cliniques construisent leur objet. Plusieurs travaux se sont inscrits dans cette orientation. D'autres se sont attelés à analyser la signification des pathologies chroniques comme l'épilepsie et le cancer. Certains par contre à l'exemple de Arthur Kleinman (1978)⁶⁰ ont porté la réflexion sur les récits de maladie afin d'en fait ressortir le mécanisme de construction de sens. Tout cela dans le but de cerner les registres impliqués dans la dimension interprétative du vécu de la maladie et d'interroger les interactions de l'individu avec son environnement social. Tout est fonction des valeurs, normes et symboles qui priment dans le groupe social. Les savoirs se construisent grâce aux expériences vécues incluant les interprétations et les pratiques.

En dépit du fait que ce courant a permis de mettre en lumière les écarts entre conception

⁵⁸ Arthur Kleinman, *op. cit.*

⁵⁹ *Ibidem.*

⁶⁰ *Ibidem.*

médicale de la maladie et conception profane dans le but d'améliorer l'efficacité de la conduite thérapeutique, pour certains, la validité de cette approche peut être remise en cause pour bien des raisons. Au nombre de celles-ci figurent son caractère théorique et instable, le manque de rigueur, la non prise en compte des sciences biomédicales et la subjectivité des interprétations des discours des patients dont les résultats ne peuvent pas être généralisés. Selon Raymond Massé (1995)⁶¹, ces représentations de la santé sont dynamiques, puisque les interprétations de la santé sont réalisées à partir des expériences de la maladie qui varient d'un individu à un autre, d'une maladie à une autre. L'auteur remet en cause cette approche limitative à l'usager, qui individualise et « culturalise » le rapport de l'homme à la société. Alors que pour lui, ce rapport est plus complexe, puisque déterminé et conditionné par des facteurs exogènes importants en dehors de sa portée. Il s'agit notamment, de l'environnement économique, politique et social.

1.2 L'anthropologie orientée vers l'expérience et notre terrain d'étude

Pour nous, le courant rationaliste qui assimile les perceptions de la santé des sociétés traditionnelles à un modèle magico-religieux avec un système orienté vers la croyance est encore de mise dans les sociétés africaines où les traditions, les us et coutumes se perpétuent et se transmettent de générations en générations. Au-delà des échanges entre les continents, les sociétés africaines portent des marques avérées de leurs cultures. Le recours aux guérisseurs et devins est encore une pratique utilisée par les populations. L'éducation familiale contribue à consolider ces pratiques (Harris, 1998)⁶². La famille et le village sont le socle de cette croyance magico-religieuse et participent à sa perpétuation puisque la maladie mobilise toute l'entité familiale qui apporte son soutien moral ou matériel en vue de la guérison.

La médecine traditionnelle fait donc partie du patrimoine culturel des peuples, ce qui détermine leur rapport à la maladie telle que décrite par le courant interprétatif. A côté de ce fait, la figure des guérisseurs traditionnels qui assurent la prise en charge thérapeutique des patients à travers leurs savoirs hérités ou acquis en raison d'une prise en charge récurrente de certains cas de maladie correspond également à la pensée de l'approche cognitive. En effet, comme nous l'avons indiqué dans le paragraphe sur le courant cognitif à l'exemple de la maladie de Susto

⁶¹ Raymond Massé, *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Les Classiques des sciences sociales, Paris - Montréal, Gaëtan Morin, 1995, 499 p.

⁶² Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

en Amérique latine, dans certains cas, le rapport avec la maladie, en l'occurrence l'expérience de la pratique du métier, fait que les praticiens de médecine traditionnelle développent des compétences de prise en charge thérapeutique réussie.

Ces perceptions de la santé orientées vers l'expérience occultent en partie la responsabilité individuelle, puisque la maladie est le fait du monde métaphysique. Cette réalité peut en quelque sorte créer des biais dans l'efficacité des politiques de prévention. En effet, la communication de prévention par la diffusion de messages vise la modification des comportements de l'individu jugés inappropriés par rapport aux normes de santé publique. Ici, l'individu est perçu comme responsable de sa propre santé ; il y a une incrimination du comportement de sorte que lorsqu'il advient que ce dernier tombe malade sa responsabilité est en cause. Cette logique de la prévention exclut la dimension surnaturelle de la maladie, et partant, l'intervention des puissances maléfiques responsables de la maladie dans le modèle magico-religieux. Si dans la santé publique il est question de réduire l'exposition de l'homme aux facteurs de risques, dans la médecine traditionnelle, il est plutôt question d'avoir recours aux tradipraticiens dans le but de leur confier sa santé ou de consulter un intermédiaire entre le monde des vivants et celui des esprits afin de se mettre sous la protection des génies ou encore de se réconcilier avec ses ancêtres. Ainsi, l'individu exposé au message de prévention peut ne pas être réceptif, puisque selon sa conception, la maladie provient de facteurs exogènes et non le contraire. Au surplus, dans la croyance africaine, la maladie se manifeste par une grande douleur (Harris, 1998)⁶³. Ceci peut également rendre difficile la sensibilisation sur les maladies chroniques qui sont des affections qui s'installent à « bas bruit », elles ne sont pas perceptibles dès le début et ne causent pas de grande souffrance synonyme de présence d'une éventuelle maladie dans les perceptions africaines.

Si les pratiques des individus trouvent leur explication dans le système de croyances qui conditionne leurs choix en matière de santé, il revient donc à la santé publique de saisir ses pratiques dans leur contexte culturel et le cas échéant, d'engager des actions. A propos des interactions des politiques de santé publique avec la culture des sociétés, les travaux de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin (2001, p.10)⁶⁴ abordent la santé publique sous un angle culturel.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ Jean-Pierre Dozon et Fassin Didier, *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, 367 p., (« Voix et regards »).

Pour les auteurs, la santé publique peut s'apparenter à « code culturel » en interaction avec des codes culturels locaux. Il s'agit, de la rencontre de deux conceptions de santé différentes, chacune ayant sa propre logique, ses procédés et ses acteurs. Les auteurs soulignent donc qu'au-delà, les conceptions de la santé présentent la maladie en tant qu'épreuve avec l'anthropologie orientée vers l'expérience mais aussi en tant que révélatrice des rapports de pouvoir. En effet, il s'agit, pour les pouvoirs publics de soumettre les corps en imposant les normes de la santé publique aux populations locales alors que ces dernières possèdent leur propre interprétation de la santé d'où découlent les attitudes qu'elles adoptent vis-à-vis de la maladie.

Il en résulte par conséquent des rapports de force dans lesquels, au motif du bien-être social, les politiques publiques, puisqu'elles sont importées des pays européens, imposent les règles édictées par les sciences biomédicales aux populations locales.

Ainsi, dans le but de susciter l'appropriation des messages par les publics cibles, les stratégies de prévention devraient prendre en compte la donne culturelle locales et proposer des solutions « acceptables » par les populations.

Les conceptions de la santé exposées ci-dessus émanent de l'anthropologie. Toutefois, nous avons voulu les mobiliser dans le cadre de notre mémoire afin de saisir au mieux les enjeux de la prévention par rapport aux attitudes de la population. Loin de prétendre à l'exhaustivité des travaux en anthropologie sur les conceptions de la santé des populations de notre terrain, nous avons essayé ici de présenter les réalités sociologiques que nous avons décidées de mobiliser afin d'appréhender au mieux les enjeux de la communication de prévention.

Dans les lignes qui suivent, en vue d'appréhender la thématique de la prévention, nous nous emploierons d'abord à la définir. Nous exposerons ensuite les différents types de prévention. Enfin, nous essaierons de retracer l'évolution de cette notion dans une perspective communicationnelle.

2. La dynamique de la prévention en santé publique

D'une manière générale, la prévention fait référence aux moyens et procédés permettant de se protéger ou d'éviter une situation donnée (Massumi,2017)⁶⁵. Dans le domaine de la santé la

⁶⁵ Brian Massumi, « Prévention, dissuasion, préemption. Changements de logiques de la menace », *Multitudes*, vol. 67 / 2, trad. Erik Bordeleau, Paris, Association Multitudes, 2017, p. 165-175, p. 165.

prévention sous-tend l'établissement d'une relation de cause à effet entre les risques et la maladie, afin de soit empêcher sa survenue soit mettre fin à son évolution ou encore limiter ses conséquences. A cet effet, l'OMS (1999)⁶⁶ définit la prévention comme l'ensemble des actions dont l'objectif est non seulement d'empêcher la survenue de la maladie mais aussi les actes en faveur de la maîtrise de l'évolution de la maladie afin d'en limiter les séquelles. En matière de politique sanitaire, les mécanismes et les stratégies de prévention sont déployés par les gouvernants dans le cadre de la mise sur la scène publique d'un risque.

2.1 Le risque en santé publique et sa mise en agenda politique

En vue d'appréhender les rouages de la gestion du risque, nous traitons ici de la conception même du risque en santé et des éléments qui amènent les autorités publiques à s'investir davantage dans la prévention sanitaire.

2.1.1 La notion de risque sanitaire

La notion de risque a fait son apparition dans les sciences biomédicales à partir de 1950 (Berlivet, 2001)⁶⁷. Les premières évocations de ce terme concernaient les liens entre le tabac et le cancer du poumon. La notion de risque est fondamentale dans l'analyse statistique en santé publique puisqu'elle permet d'identifier et d'établir les relations entre un facteur identifié comme risque et l'apparition de la maladie. A partir de plusieurs enquêtes en épidémiologie, la notion de risque a permis de mettre en exergue non seulement une liste de facteurs de risques relatifs aux maladies non transmissibles (cancers et maladies cardio-vasculaires) mais aussi de déterminer « des styles de vie » nuisibles pour la santé (Berlivet, 2001, p.101)⁶⁸. La mise en risque vise donc à identifier le danger et à réduire, voire limiter la survenue ou les conséquences de la maladie. Ce mode d'analyse de la santé publique qui concernait uniquement les maladies non transmissibles s'est généralisé désormais à tous les domaines de la santé et même à l'analyse des problèmes sociaux.

A cet effet, dans la gestion des questions sociales, le risque a été abordé en tant que problème

⁶⁶ OMS, « Glossaire de la promotion de la santé », 1999.

⁶⁷ Luc Berlivet, « Déciffrer la maladie », in *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, (« Voix et regards »), p. 75-102.

⁶⁸ *Ibidem*.

construit aux Etats Unis au cours de la décennie partant de 1960 à 1970 (Gilbert, 2001)⁶⁹. Ici, le caractère construit du risque fait référence aux modalités de choix et de classification des risques en raison de certains facteurs. Ainsi, dans l'exercice du pouvoir régalién, les autorités publiques œuvrent à la priorisation des risques en fonction des enjeux politiques et sociaux. Concrètement, dans le domaine de la santé, il s'agit, pour les pouvoirs publics de concevoir une mise en risque à partir des données de l'épidémiologie qui établit (identifie à partir de données chiffrables) une relation entre la cause et la maladie mais également les séquelles de la maladie. Les problèmes de santé publique sont également identifiés par la mise à contribution de plusieurs éléments notamment les facteurs économiques (coût financier important des maladies chroniques sur les dépenses de soins, disparition de population active voire des compétences), les répercussions sur les systèmes de santé et le taux de létalité élevé des affections graves et le déséquilibre social (déstabilisation de la cellule familiale par la perte d'un parent). Dans ce processus, il y a une conjonction entre savoir scientifique et stratégie politique. Ainsi, en raison des priorités politiques ou des contraintes économiques, la hiérarchisation des risques peut se faire au détriment de l'intérêt général.

Lorsque ces risques construits ou problèmes construits sont mis en avant sur la scène publique, ils sont considérés comme problème public (Gilbert, 2007)⁷⁰. Pour Claude Gilbert (2012)⁷¹, plusieurs éléments peuvent participer à la mise en agenda d'un problème public et transformer l'action publique qui, en raison de la préservation de la légitimité des pouvoirs publics se saisira de la question. Cela peut concerner plusieurs cas de figures.

D'abord, il peut s'agir de la forte implication des associations et des victimes. Comme ce fut le cas de l'affaire des déchets toxiques en 2006 à Abidjan. En effet, le « Probo Koala », un navire vraquier avait déversé cinq cent quatre-vingt et une (581) tonnes de déchets constitués d'un mélange de pétrole, de sulfure d'hydrogène, de phénols, de soude caustique et de composés organiques sulfurés dans la nuit du 19 au 20 août 2006 à Abidjan. Les effets dangereux avaient

⁶⁹ Claude Gilbert, « La fabrique des risques », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 114, Presses Universitaires de France, 2003, p. 55-72.

⁷⁰ Claude Gilbert, « Les risques : objets de politiques publiques ou formes données à un problème ? Emmanuel Henry, Aurélie Campana, Jay Rowel. La construction des problèmes publics dans l'Union Européenne », Strasbourg, Presses Universitaires de Strasbourg, 2007, p. 111-136.

⁷¹ Claude Gilbert et Emmanuel Henry, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion », *Revue française de sociologie*, Vol. 53, Éditions Technip & Ophrys, 2012, p. 35-59.

provoqué la mort de dix-sept(17) personnes et l'intoxication de quarante-trois mille quatre cent quatre-vingt-douze (43 492) cas d'empoisonnement confirmés et de vingt-quatre mille huit cent vingt-cinq (24 825) cas probables⁷². Suite à cette situation, la forte implication des victimes et des associations a entraîné plusieurs remous sociopolitiques, entre autres, la démission du premier Ministre et de son gouvernement le 6 septembre 2006 et le lynchage en pleine rue du Ministre du transport d'alors le 15 septembre 2006, deux faits très rares dans le pays.

Ensuite, il peut être question d'alertes de la part des spécialistes de santé publique dans le cas du SIDA où les gouvernements des différents pays ont dû élaborer et mettre en œuvre des stratégies afin d'endiguer l'épidémie.

Enfin, les expansions de pandémie dans le cas des urgences sanitaires comme la COVID-19 marquées par des taux de létalité élevés peuvent également emmener les pouvoirs publics à investir la question sanitaire. Dans cette perspective, Gilbert Claude (2009)⁷³, indique que la sécurité routière a été identifiée comme problème public au cours de la décennie de 1960 à 1970, à partir du moment où des spécialistes ont mis en exergue plusieurs facteurs de risques. La mise en risque, et, partant l'identification des causes et facteurs responsables d'un problème, constitue inéluctablement une étape dans la construction d'un problème public. A cela s'ajoute l'implication et la mobilisation de l'opinion nationale afin de susciter l'action des pouvoirs publics et les résultats des épidémiologistes par rapport aux statistiques exprimant la gravité d'un problème.

Les modalités de mise en public d'un problème sont également régies par certaines logiques. Il peut s'agir de logiques sociales et d'arrangements, sur un sujet donné ou de la rupture de ces compromis entre les différents acteurs, notamment entre les associations et l'Etat (Gilbert et Henry, 2012)⁷⁴. Ainsi, en raison de plusieurs scandales sanitaires, l'action publique est quelques fois controversée par la société civile et les médias qui représentent dans certains cas des contrepouvoirs. Ces derniers poussent ou obligent l'Etat à se saisir de certaines questions sanitaires. Ils peuvent également affaiblir l'action de l'Etat en dénonçant les insuffisances des

⁷² Amnesty International et Greenpeace Pays-Bas, *Une vérité toxique : A propos de Trafigura, du Probo Koala et du déversement de déchets toxiques en Côte d'Ivoire*, London ; Amsterdam, Amnesty International Messages et Greenpeace Pays-Bas, 2012, 232 p., p. 54.

⁷³ Claude Gilbert, « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique », in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Editions la Découverte, 2009, p. 113-130, p. 114.

⁷⁴ Claude Gilbert et Emmanuel Henry, *op. cit.*, p. 51.

politiques et la non prise en compte de l'opinion publique voire les dérives de la politique sanitaire ou encore représenter un savoir profane à côté des spécialistes de la santé publique.

2.1.2 La construction d'un problème public et les campagnes de prévention sanitaire

La construction d'un problème de santé publique met en interaction plusieurs enjeux tant au niveau de sa définition, des acteurs que des pratiques. Il s'agit, notamment, de l'identification des facteurs de risques et du rôle des acteurs. Tout cela met en lumière les rapports de force, de pouvoir en présence. Ici, les discours des acteurs permettent d'appréhender le jeu d'influences sociopolitiques qui animent la construction d'un problème public (Ollivier-Yaniv, 2010)⁷⁵.

Il est possible qu'un problème public puisse avoir diverses formes d'existence ou de « catégorisation » (Gilbert et Henry, 2012, p.42)⁷⁶. Toutefois, en fonction de la définition d'un problème même complexe, plusieurs voies de résolutions peuvent être envisagées. Ainsi, dans la construction d'un problème public « les luttes définitionnelles » sont des rapports de forces, des conflits d'intérêts entre les institutions publiques et les acteurs extérieurs notamment, la société civile, les chercheurs, les épidémiologistes, les médias (Gilbert et Henry, 2012, p.38)⁷⁷. En effet, ce sont les éléments constitutifs de cette définition qui vont orienter la réponse stratégique composée des personnes ressources, de mesures et d'esquisses de solutions. Les luttes définitionnelles constituent alors à n'en point douter le point d'expression des institutions publiques avec le déploiement de la stratégie politique mais également le point d'achoppement et/ou de négociations entre ces institutions et les acteurs extérieurs. Processus définitionnel et processus d'appropriation sont indubitablement liés dans la construction d'un problème public et partant dans la recherche de solutions. Chaque définition fait intervenir un ensemble de pratiques et est animée par des enjeux de plusieurs ordres, qu'ils soient cognitifs, discursifs, économiques, sociaux, sanitaires ou politiques.

Plusieurs approches peuvent être mises à contribution dans la résolution d'un problème public. Dans le domaine de la santé et notamment en matière de prévention, la construction de mesures

⁷⁵ Caroline Ollivier-Yaniv, « De l'opposition entre "propagande" et "communication publique" à la définition de la politique du discours : proposition d'une catégorie analytique », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, Les éditions de la Maison des sciences de l'Homme, 2010, p. 87-99.

⁷⁶ Claude Gilbert et Emmanuel Henry, *op. cit.*

⁷⁷ *Ibidem.*

préventives idoines implique, comme nous l'avons vu plus haut, l'identification des facteurs de risques qui sont déterminés à partir d'informations disponibles sur le terrain d'action. Ainsi, c'est à partir de ces données que les axes, les objectifs et le public cible de la prévention seront déterminés.

Depuis peu, toutes les attentions sont portées sur l'individu et les populations (Gilbert et al. 2009)⁷⁸. L'individu est au cœur des stratégies. Cela se traduit par la mise en avant de la responsabilité individuelle. L'incrimination des comportements est rendue effective par des stratégies qui mettent à contribution des règles, des normes, des proscriptions et des prescriptions.

Ce gouvernement des conduites est réalisé par le biais d'une éducation sanitaire déclinée sous forme d'actions de sensibilisations visant plusieurs comportements de santé. Il peut s'agir dans le cas du cancer du dépistage des lésions précancéreuses à travers des actions médicales (mammographie à partir de 50 ans, la réalisation de frottis cervicaux-vaginaux à partir de 50 ans) ou de l'adoption de gestes médicaux de détection précoce (maîtrise de l'autopalpation du sein). Dans les cas du diabète et de l'hypertension artérielle (HTA), il peut être question de la réalisation d'un test de glycémie, de la pratique d'activité physique, d'une alimentation équilibré et variée..., bref tout un ensemble de règles et de mesures encadrant les comportements des individus qui, dans certains cas, fustigent les comportements dangereux comme c'est le cas en matière de sécurité routière (port de la ceinture de sécurité) et proposent des normes de comportements dans la perspective de la maîtrise des risques ou de la limitation des effets du problème public sanitaire.

Dans tous les scénarios de résolution des problèmes publics, l'engagement de l'Etat, en dépit des controverses, s'impose dans la sphère publique. Au-delà du fait que les problèmes publics peuvent participer à la remise en cause de l'action de l'Etat, ils constituent dans une certaine mesure des motifs de légitimation de son action et ont contribué à transformer ou à renforcer l'action des pouvoirs publics. Si bien que les autres savoirs scientifiques, notamment l'épidémiologie, même s'ils ne partagent pas l'approche préconisée par la puissance publique dans sa définition du problème public sanitaire, peinent à faire valoir leur point de vue.

⁷⁸ Claude Gilbert, Emmanuel Henry et Isabelle Bourdeaux, « Lire l'action publique au prisme des processus de définition des problèmes », in *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, Editions la Découverte, 2009, (« Recherches / Territoires du politique »), p. 7-33, p. 28.

L'action public encadre donc toutes les tensions présentes dans la gestion d'un problème public. Elle vise à traduire les actions en dispositifs afin d'investir le domaine social de manière à neutraliser toutes les éventuelles contestations populaires que peuvent engendrer ce problème sanitaire.

Les pouvoirs publics vont déployer des stratégies aux fins de faire face aux risques par la mise en scène des problèmes publics sous une forme *gouvernable*. Cette forme de formalisation du problème public a pour effet de focaliser les probabilités de résolution sur l'angle individuel. Comme nous l'avons vu en matière de prévention, l'approche se fait avec une incrimination des comportements, une responsabilisation de l'individu. La maladie est donc perçue comme le résultat du non-respect des recommandations.

L'action publique est donc au cœur de la gestion des risques. La dynamique de l'action publique s'inscrit dans une dynamique d'acquisition de légitimité des pouvoirs publics (Oliveira, 2012)⁷⁹. En effet, si la détermination des risques et des comportements à proscrire ou à prescrire est le fait des scientifiques, notamment les spécialistes de la santé publique, les cliniciens, l'action, elle, est le fait des politiques qui au travers de stratégies vont transformer les attitudes considérées comme idoines en normes et assurer sa diffusion auprès des populations par le biais de dispositifs info-communicationnels, entre autres, les campagnes de communication. La communication de prévention n'est donc pas « auto-suffisante » (Massumi, 2017, p.166)⁸⁰, elle dépend des informations et de l'approche choisie par les acteurs qui y opèrent. Puisque ces acteurs sont pour la plupart des politiques, la prévention peut être « un moyen pour une fin donnée » (Massumi, 2017, p.166)⁸¹ et, par conséquent, constituer le cadre par excellence de l'exercice du pouvoir par les autorités publiques sur les administrés au motif de l'amélioration du bien-être social.

2.2 La politique internationale et l'instauration de la responsabilité individuelle dans la prévention

Comme nous l'avons vu plus haut, les enjeux politiques sont plus prégnants dans le cadre de la

⁷⁹ Jean-Philippe De Oliveira, *op. cit.*

⁸⁰ Brian Massumi, *op. cit.*

⁸¹ *Ibidem.*

définition du risque et de sa mise en agenda politique. Dans cette perspective, les discours émanant des dispositifs info-communicationnels de prévention sont composés de recommandations. Il s'agit, de règles, de normes de lois et de restrictions pour juguler le risque puisque dans l'analyse du processus politique de la prévention, le risque est perçu comme un danger extérieur sur lequel il urge d'agir afin qu'il ne fragilise pas les pouvoirs publics (Gilbert, 2013)⁸². La gestion de la prévention laisse alors entrevoir la capacité de gestion des pouvoirs publics mais aussi elle est sujette à des influences au niveau international.

Au plan international, trois (3) conférences majeures ont marqué un tournant décisif dans l'orientation des politiques de santé de tous les pays en faveur de l'approche préventive. Il s'agit, d'Alma-Ata, d'Ottawa et d'Adélaïde.

Alma Ata, en 1978, avait érigé la « santé pour tous » en droit fondamental et partant, plusieurs stratégies destinées à réduire les inégalités de l'accès aux services de santé ont vu le jour. Pour nous, la conférence d'Alma-Ata a induit le processus de médicalisation de la société en faisant de la notion de prévention partie intégrante des « soins de santé primaires » et en instituant la responsabilité individuelle et l'éducation sanitaire des populations comme éléments indispensables au succès des politiques sanitaires, voire à l'amélioration du bien-être social (OMS, 1978)⁸³. Face à cette exigence de l'OMS, nous pouvons avancer le fait que la conférence d'Alma-Ata a retiré l'exclusivité de la santé aux professionnels de la santé et a posé les bases d'un nouveau paradigme de la santé qui comprend la responsabilité individuelle dans l'amélioration et dans la résolution des problèmes de santé.

Après la conférence d'Alma Ata, celle d'Ottawa en 1986, première conférence sur la promotion de la santé a élargi les déterminants de la santé aux facteurs sociaux notamment la cohésion sociale nationale, le logement, l'alimentation et des moyens financiers de subsistance (OMS, 1986)⁸⁴. La conférence d'Ottawa décrit également les modalités d'intervention en matière de promotion de la santé. Au nombre de celles-ci figurent, le renforcement de l'action communautaire et l'acquisition des aptitudes individuelles. La conférence d'Ottawa s'inscrit dans la dynamique de celle d'Alma-Ata dans le processus de socialisation de la santé et

⁸² Claude Gilbert, « De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention », *Communication & langages*, vol. 176 / 2, 2013, p. 65-78.

⁸³ OMS, « OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », World Health Organisation, 1978.

⁸⁴ OMS, « Promotion de la Santé - Charte d'OTTAWA », 1986.

d'individualisation de l'amélioration du bien-être. Dans la continuité d'Alma-Ata, Ottawa redistribue les cartes en matière de prise en charge de santé en mettant l'accent sur la capacité des individus à prendre les bonnes décisions concernant leur santé. Au demeurant, cette conférence a réuni les profanes et les professionnels de la santé.

Si les conférences d'Alma-Ata et d'Ottawa ont consacré la prévention comme fonction essentielle dans les politiques de santé et mis en avant le rôle des individus, la conférence d'Adélaïde, elle, insiste et engage tous les gouvernements à intégrer la santé dans toutes les politiques (OMS, 2010)⁸⁵. Cette conférence redéfinit un nouvel espace politique de la santé en réaffirmant le rôle primordial des gouvernants dans la gestion de la santé. Partant, elle renforce ainsi le champ d'action des pouvoirs publics en créant un cadre légitime de leurs interventions dans tous les domaines de la vie des populations. Face à la multiplication des interventions politiques dans la gestion de la santé des populations, les actions de prévention peuvent donc être perçues comme des moyens d'exercice de la gouvernementalité.

Toutes ces actions au niveau international ont conduit les différents Etats à multiplier les stratégies de prévention dans la gestion des problèmes sociaux. Sous l'influence des lignes directrices émanant de l'institution internationale de santé, la prévention apparaît comme un mécanisme d'action communautaire qui vise l'intégration et l'appropriation du discours social par la population, participant ainsi à la construction d'un « discours commun » (Réquillart, 2001, p.6)⁸⁶.

2.3 Une approche historique de la communication de prévention

La prévention est dynamique, elle se saisit par le biais de ses stratégies. Ainsi, le numéro 176 de la revue « Communication & Langages » consacré à la prévention comporte l'article de Jocelyn Raude sur « les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions »⁸⁷ à partir duquel nous retraçons de façon synthétique l'évolution des campagnes de prévention.

⁸⁵ OMS, « Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. », 2010.

⁸⁶ Denis Réquillart, « « Savoir plus, risquer moins » de la communication publique comme enjeu stratégique », *Communication & Organisation*, 2001, p. 1-11.

⁸⁷ Jocelyn Raude, *op. cit.*

2.3.1 Une communication de prévention basée sur les théories comportementalistes dites de prédiction de 1950 à 1980

Les stratégies de santé publique étaient centrées sur l'hygiène en France à cause des épidémies de tuberculose, de choléra, de typhus et de typhoïde pendant le XIX^e siècle. Toutefois, en 1892 à la faveur de la « première convention sanitaire internationale », la gestion de la santé dépendra de « l'économie nationale et de l'éducation sociale » (Marsollier, 2007, p.17)⁸⁸.

Même si la prévention sous une forme tacite existait dans la Grèce antique avec les prescriptions des médecins en ce qui concerne les règles d'hygiène de vie (alimentation, sport) (Raude, 2013)⁸⁹, c'est à partir du XX^e siècle que la prévention sous sa forme actuelle a connu ses lettres de noblesse. Une des raisons de l'institution du volet préventif dans les stratégies de santé est la transition épidémiologique caractérisée par la régression des maladies infectieuses et la montée des maladies non transmissibles à l'exemple de l'hypertension artérielle (HTA), du diabète et des cancers.

Ainsi, face aux échecs des premières campagnes de vaccination et d'hygiène en 1930 en France et des campagnes de prévention organisées aux Etats Unis contre l'épidémie de la tuberculose, la prévention est devenue un objet de recherche en sciences humaines sociales en 1950 (Raude, 2013)⁹⁰. Il s'agissait pour une équipe de chercheurs en psychologie sociale avec pour figure de proue Irwin Rosenstock d'analyser et de comprendre les causes de l'échec des programmes de prévention. A cet effet, les conclusions de leurs travaux ont formalisé ce qui sera appelé plus tard les théories comportementalistes. Au nombre de ces théories, on peut citer la théorie de l'image de la santé Health Belief Model (HBM) (Rosenstock 1974)⁹¹ et la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen (1975)⁹².

La théorie de l'image de la santé, Health Belief Model (HBM) (Rosenstock, 1974), stipule que

⁸⁸ Christophe Marsollier, « L'éducation pour la santé: enjeux et repères épistémologiques », *Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion*, 2007, (« Expressions »), p. 11-32.

⁸⁹ Jocelyn Raude, *op. cit.*

⁹⁰ *Ibidem.*

⁹¹ Irwin Rosenstock, « Historical origins of the health belief model », *Health Education Monographs winter*, vol. 2 / 4, 1974, p. 328-335.

⁹² Icek Ajzen et Martin Fishbein, « Attitude-behaviour relations: theoretical analysis and review of empirical research », *Psychological Bull*, 1977, p. 888-918.

l'attitude d'un individu peut être expliquée à partir de sa perception de sa santé et de la représentation qu'il se fait à propos de sa santé. Selon cette théorie, chaque personne est en mesure d'opter pour des actes qui pourraient l'épargner d'une maladie en raison non seulement des informations qu'il a à propos de sa santé mais aussi de la place qu'il accorde à sa santé dans sa hiérarchie des valeurs. Cinq facteurs vont conditionner l'image de la santé, à savoir, le risque d'avoir une pathologie, la sévérité possible de la maladie, les avantages obtenus par l'adoption d'un comportement sain, la qualité des méthodes préventives et les entraves à l'action qui peuvent être d'ordre physique, psychologique ou financier. Les inducteurs internes ou externes d'action que sont les prescriptions du personnel médical, les campagnes de sensibilisation ou les manifestations de la maladie constituent également des facteurs déterminants dans la prise de décision de l'individu des choix concernant sa santé.

Quant à la théorie de l'action raisonnée (TAR) de Fishbein et Ajzen, elle se fonde sur le principe de la rationalité dont est doté l'homme et qui l'amène à agir en fonction de l'information disponible. L'information et la connaissance étant primordiales, il est nécessaire que chaque individu se fasse une idée de l'univers afin de mieux se l'approprier (Piaget, 2013)⁹³. Pour Ajzen et Fishbein (1975) un niveau de connaissance suffisant sur une maladie peut amener l'individu à s'approprier les messages de prévention. Aussi l'évaluation des répercussions d'un acte en fonction de l'information disponible détermine-t-elle l'adoption ou non d'un comportement. A la suite d'autres recherches, Icek Ajzen et Thomas Madden (1986)⁹⁴ vont y ajouter un troisième déterminant de l'intention qui est le contrôle du comportement perçu. Le comportement perçu désigne la présence de certaines contraintes qui affectent le contrôle de son intention d'agir ou de son comportement et plus précisément de sa capacité à intégrer de nouvelles normes. Partant, on note une contradiction entre le comportement prévu et le comportement effectif en dépit du niveau de connaissance sur le sujet. Selon cette théorie, l'intention d'agir est donc influencée par trois éléments cumulatifs: l'attitude personnelle, la pression sociale et le contrôle du comportement perçu. L'attitude personnelle résulte de l'information sur la maladie, la pression sociale concerne les valeurs partagées au sein de la

⁹³ Jean Piaget, *La représentation du monde chez l'enfant*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 336 p., (« Quadrige »).

⁹⁴ Icek Ajzen et Thomas Madden, « Prediction of goal directed behaviour: attitudes, intentions, and perceived behavioural control », *Journal of experimental social psychology*, 1986, p. 453-474.

communauté et le contrôle du comportement perçu fait référence aux croyances qu'à un individu sur son aptitude à changer de comportement, il est générateur de la motivation.

Dans le domaine de la santé, l'attitude des individus dans la lutte contre le SIDA illustre bien cette théorie. En effet, l'individu lambda en dépit de ses connaissances sur la maladie peut refuser le port du préservatif. Cette attitude peut résulter de certains facteurs. Elle peut être due à une opinion partagée de son milieu selon laquelle les préservatifs sont réducteurs de plaisir. Ainsi, selon Icek Ajzen et Thomas Madden (1986), seule la motivation peut faire la différence dans le choix d'adopter ou non une recommandation de santé publique. Ici, les campagnes de prévention ont un rôle majeur à jouer en diffusant au maximum des informations suffisamment claires et capables de favoriser le changement de comportement.

Ces théories qui relèvent de la prédiction ont largement servi de cadre de référence à l'élaboration des campagnes de prévention de 1960 à 1970 aux Etats-Unis et en Europe. La politique de prévention était centrée sur la répression et la mise à contribution des médias pour répondre aux besoins d'information à un moment où le droit à l'information des populations commençait à être revendiqué en Europe (Raude, 2013)⁹⁵. La communication de prévention se matérialisait à travers l'inscription de messages d'avertissements sur la dangerosité des produits. Ces messages étaient relatifs à la diffusion de données scientifiques et donc difficilement compréhensibles par les populations (Raude, 2013)⁹⁶.

Pour pallier les insuffisances des modèles de prévention basés sur les théories comportementalistes, une approche plus dynamique de la prévention va intégrer les stratégies grâce aux conclusions des recherches sur la modélisation cognitive dirigées à l'Université d'Harvard par Viscusi (Wesley et Viscusi, 1987)⁹⁷. Ainsi, les auteurs indiquaient que malgré de bonnes informations sur les maladies, l'individu n'a pas toujours la capacité de saisir l'importance des risques sanitaires. D'autres déterminants sont impliqués dans le processus de décision. Il s'agit, notamment, des préférences individuelles qui peuvent conduire l'individu à prendre des décisions éclairées qui consistent à ne pas s'approprier les messages de prévention

⁹⁵ Jocelyn Raude, *op. cit.*

⁹⁶ *Ibidem*, p. 53.

⁹⁷ Magat Wesley et Kip Viscusi, « Learning about risk: consumer and worker responses to hazard information », *Harvard University Press*, 1987, p. 130-175.

(Moatti et al, 1993)⁹⁸.

2.3.2 Communication de prévention ou communication persuasive de 1980 à 1990

Les campagnes de prévention vont connaître une autre orientation à partir de 1980 et vont désormais s'inscrire dans la logique de la persuasion et du marketing. Il s'agissait de diffuser des messages publicitaires convaincants qu'on peut facilement retenir à l'exemple de: « tu t'es vu quand t'as bu? Ou un verre, ça va; trois verres, bonjour les dégâts, Ne fumez plus, n'enfumez plus», dans le cadre de la lutte contre les addictions comme l'alcoolisme et le tabagisme). «Sortez couvert» pour la lutte contre le SIDA.

Dix ans plus tard, soit en 1990, pour tenir compte de la variante culturelle et dans le souci d'éviter les stigmatisations, les messages de prévention vont être élaborés en direction de publics cibles regroupés en raison de critères socioculturels distincts afin d'augmenter les probabilités d'appropriation des messages. A cette stratégie s'ajoute la mise à contribution de personnalité connues afin de fédérer au maximum l'adhésion des communautés.

Au surplus, cette stratégie de prévention était orientée vers les émotions et les affects. Ce modèle de communication était également qualifié « d'anxiogène » parce qu'il faisait appel à la peur afin de susciter le changement de comportements et pouvait de ce fait créer un sentiment de vulnérabilité chez les publics cibles ou de culpabilité chez les personnes déjà malades. Le cas des premières campagnes contre le SIDA est un exemple illustratif. En effet, les affiches présentaient des personnes squelettiques effrayantes avec l'apparence de mort-vivant dans le but de faire prendre conscience de la dangerosité et de la réalité de la maladie pour favoriser le changement de comportement. Cependant, cette peur de la maladie véhiculée par les campagnes de sensibilisation faisait que les personnes atteintes du SIDA avaient peur de déclarer leur statut sérologique.

Le modèle de communication persuasif a montré ses limites en raison des insuffisances révélées par certains travaux. Il s'agit, de l'effet contraire de cette communication qui peut au lieu de favoriser l'adhésion, peut amener les publics cibles à développer des stratégies de rejet voire

⁹⁸ Jean-Paul Moatti, Nathalie Beltzer et William Dab, « Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité », *Population*, vol. 48 / 5, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 1993, p. 1505-1534.

d'opposition vis-à-vis des messages de prévention d'une part (Piperini, 2012)⁹⁹, et d'autre part, à développer des réactions défensives, de protection ou des opinions dubitatives face aux recommandations de santé publique (Yan, 2010)¹⁰⁰. Une approche de la communication de prévention orientée vers le risque sera ainsi développée et mise en œuvre par les acteurs de la prévention. En France, les médias ont contribué parallèlement à la vulgarisation de l'information sanitaire sur les risques à travers des émissions sur la thématique de la santé (Marchetti, 2010)¹⁰¹.

A partir des résultats de la santé publique, la communication de risque consiste à diffuser des messages dont l'objectif est d'interpeller la conscience des publics sur l'importance et la réalité des risques afin de favoriser une décision éclairée concernant leur santé. A l'exemple de l'affichage réalisé par l'INPES sur les statistiques de personnes tuées dans les accidents lors de la campagne sur la sécurité routière en France. En effet, la dynamique de la communication de prévention centrée sur les risques a consacré la conception de dispositifs info-communicationnels destinés à la diffusion d'information à caractère scientifique afin de favoriser une meilleure connaissance des risques et partant une meilleure perception et appropriation mais aussi une fluidité et un partage de l'information (Raude, 2013)¹⁰².

La stratégie de communication sur les risques est fondée sur la vulgarisation d'information issue de la santé publique, notamment l'épidémiologie. Cependant, en raison de la surestimation de la certitude des données épidémiologique qui relève de l'approximation et, partant, de la remise en cause de ces chiffres par les populations, cette communication verticale et scientifique a été peu à peu abandonnée au profit d'une prévention axée sur la prévention communautaire. En effet, la logique des nombres qui sous-tend les déductions de l'épidémiologie peut s'avérer dans certains cas factices et amener les populations à être perplexes face aux mesures de prévention, en raison de la non prise en compte de certains déterminants qui peuvent échapper aux savoirs

⁹⁹ Marie-Christine Piperini, « L'effet paradoxal de la communication persuasive en sessions d'éducation pour la santé », *Santé Publique*, vol. 24 / 6, 2012, p. 533.

¹⁰⁰ Yan Jin, « Making Sense Sensibly in Crisis Communication: How Publics' Crisis Appraisals Influence Their Negative Emotions, Coping Strategy Preferences, and Crisis Response Acceptance », *Communication Research*, vol. 37 / 4, août 2010, p. 522-552.

¹⁰¹ Dominique Marchetti, *Quand la santé devient médiatique: les logiques de production de l'information dans la presse*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010, 191 p., (« Collection »).

¹⁰² Jocelyn Raude, *op. cit.*

scientifiques comme le cas de la COVID 19 où l’OMS avait prévu un scénario catastrophique en Afrique et qui finalement n’a pas eu lieu en dépit de la faiblesse des systèmes sanitaires. En outre, dans la communication de prévention des risques, les avis des publics-cibles ne sont pas pris en compte dans l’élaboration des stratégies, c’est donc une communication descendante qui ne traduit pas l’attente des populations. Cette situation pourrait limiter la portée des messages et ainsi, réduire le taux d’adhésion.

2.3.3 Une communication de prévention centrée sur la participation communautaire à partir de 1990

La prévention communautaire a fait son apparition dès 1990 (Raude, 2013)¹⁰³. Elle consiste en l’implication des communautés dans le processus d’élaboration et de mise en œuvre des opérations de prévention qui les concernent. L’objectif recherché ici est de favoriser le maximum d’adhésion des populations aux recommandations de santé publique et de les rendre autonomes dans la prise de décision concernant leur santé. Cette participation communautaire au processus d’élaboration des stratégies de prévention vise également l’acceptabilité des messages et, partant, l’augmentation des probabilités de leur appropriation. Pour Jocelyn Raude (2013, p.59), la prévention communautaire se fonde sur les conceptions « socio-écologiques de la santé et de la théorie des réseaux ». Les approches socio-écologiques de la santé partent du principe que l’adoption d’un comportement de santé est motivée par des déterminants extérieurs à l’individu. Il s’agit, entre autres, de son environnement, de sa communauté et des valeurs qui y sont partagées. Dans la même perspective, la théorie des réseaux, elle, stipule également que le comportement de santé est le résultat de différentes relations interpersonnelles. Ainsi, aux termes de ces approches de la santé, les facteurs qui sous-tendent le changement du comportement de l’individu sont plus d’ordre collectif qu’individuel. Ici, il est question pour les spécialistes de la santé d’engager des actions préventives en direction des membres influents des différentes communautés afin d’inciter les autres membres au changement. A la faveur d’internet qui a permis la création de plusieurs communautés, qu’elles soient virtuelles ou non, les actions de prévention sont élaborées en direction des « influenceurs » afin de fédérer l’adhésion des autres membres.

La communication de prévention intégrant la variante communautaire fait également partie

¹⁰³ *Ibidem.*

d'une des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de stratégie de santé publique (OMS, 1991)¹⁰⁴. Cette approche s'inscrit dans le processus de « l'empowerment » des populations qui consiste à les rendre autonomes en matière de choix concernant leur santé. En effet, la charte d'Ottawa (1986)¹⁰⁵ a instruit les gouvernants à l'effet de renforcer l'action communautaire pour la santé en impliquant et en donnant les moyens pour agir aux communautés de sorte qu'elles soient associées aux processus d'élaboration et de formulation des stratégies de santé publique les concernant. La notion de moyens d'agir fait référence à la médicalisation des communautés. Concrètement, il s'agit, de fournir aux individus des informations sur les facteurs de risques des pathologies ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé afin de les amener à intégrer les gestes, les comportements de santé prescrits par la santé publique dans la gestion de leur santé (OMS, 1998)¹⁰⁶. La notion de moyen d'agir induit également la mobilisation communautaire. Ici, il est question d'instaurer des cadres d'échanges afin de permettre au public-cible d'exposer ses préoccupations, d'une part, et, d'autre part, de les impliquer dans le processus de prise de décision, afin que ces politiques de santé correspondent au mieux à leurs attentes. Partant, ces individus et leur communauté constituent, en raison de leur participation à la conception des stratégies, des garants et des relais des politiques de santé. Puisqu'ils sont auteurs, sujets et témoins de la mise en œuvre des actions, ils représentent également des pairs éducateurs pour leurs communautés, d'une part, et, d'autre part, leurs opinions permettent également d'engager des mesures correctives des stratégies de santé. Le caractère flexible des politiques permet aux acteurs de la prévention de les ajuster en fonction des propositions des communautés. En effet, la participation active des populations au processus de prise de décision permet d'obtenir une adhésion collective aux recommandations de la santé publique grâce à une maîtrise des déterminants sociaux de la santé des communautés.

Les limites de la prévention communautaire résident dans le fait que celle-ci ne peut être appliquée dans les campagnes de communication grand public et l'atteinte de ses objectifs

¹⁰⁴ OMS, « L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire: un défi pour les services de santé. », Genève, 1991.

¹⁰⁵ OMS, *op. cit.*

¹⁰⁶ OMS, *op. cit.*

nécessite un certain temps (Raude, 2013)¹⁰⁷. En effet, la prévention basée sur la mobilisation communautaire vise une population donnée, la consultation et les échanges avec ces communautés se déroulent dans une zone géographique précise. Alors que, dans les campagnes qui ciblent tout le territoire comme dans la lutte contre les addictions, (tabac, alcool), il est difficile, voire impossible, de mobiliser toute une logistique et des équipes qui seront chargées de discuter avec les différentes populations en vue de tenir compte de leurs besoins et de favoriser leur participation. En ce qui concerne le délai (long) pour l'atteinte des résultats de la prévention communautaire, dans le cas des campagnes de prévention destinées à la gestion d'une situation de crise sanitaire, cette approche n'est pas appropriée. Comme dans le cas de la covid19 où la sensibilisation vise des résultats immédiats, inciter la population à la vaccination. Toutefois, la communication de prévention communautaire est utile dans certains cas, notamment en ce qui concerne la sensibilisation des communautés vivant dans les pays en voie de développement qui présentent des caractéristiques socio-culturelles dont la prise en compte est nécessaire pour l'atteinte des objectifs de santé publique. En effet, des travaux ont montré l'importance de l'approche communautaire dans la réduction de la mortalité et de la morbidité de certaines pathologies tropicales comme le paludisme (Houéto, 2007, 2008)¹⁰⁸.

A l'analyse, les différentes approches de prévention que nous venons de mentionner et qui sont apparues au fil du temps continuent d'être utilisées de façon concomitante par les acteurs de la santé publique. Tout dépend des enjeux en question.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, la prévention est devenue un objet de recherches en sciences sociales en 1950 en raison des nombreux échecs liés aux premières actions de prévention sur la vaccination et l'hygiène en France et aux Etats-Unis en 1930 (Raude, 2013)¹⁰⁹. Ces recherches initiées dans le domaine de la sociologie avec plusieurs auteurs entre autres Icek Ajzen, Fishbein Martin et Madden Thomas avaient pour objectif d'identifier les facteurs de

¹⁰⁷ Jocelyn Raude, *op. cit.*

¹⁰⁸ David Houéto, *Prévention et traitement du paludisme de l'enfant au Bénin : empowerment communautaire et participation des parents*, Dissertation de thèse, UCL - Université Catholique de Louvain, 2007, 35 p..

David Houéto, William d'Hoore et Alain Deccache, « Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin », *Santé Publique*, vol. 20 / 1, Laxou, S.F.S.P., 2008, p. 19-28.

¹⁰⁹ Jocelyn Raude, *op. cit.*

changement de comportement des individus afin de favoriser et d'augmenter l'adhésion chez les populations. Dans cette perspective de réflexion, les sciences de l'information et de la communication ont emboité le pas aux études sociologiques et s'intéressent depuis ces dernières années à la prévention en santé publique. On peut citer, entre autres, les études de Caroline Ollivier-Yaniv (Ollivier-Yaniv, 2001, 2013, 2015 et 2018) sur lesquelles nous reviendrons dans notre chapitre 2 consacré au concept de gouvernementalité. Nous présentons dans les paragraphes qui suivent les différents types de prévention.

2.4 Les typologies de la prévention

A partir des travaux de la santé publique et de l'anthropologie nous proposons trois classifications de la prévention.

2.4.1 Une approche orientée vers la maladie

Les termes de prévention primaire et de prévention secondaire résultent des conclusions des travaux d'une commission sur les maladies chroniques qui s'est tenue entre médecins, politiques et spécialistes de la santé publique en juin 1949 aux Etats Unis dans l'Etat Illinois (Muller, 1958)¹¹⁰. La prévention primaire y est définie comme le fait d'éviter l'apparition des maladies. Bien entendu, cela suppose une certaine connaissance de la cause de la maladie afin de pouvoir la traiter. Quant à la prévention secondaire, elle fait référence aux mesures visant à stopper la progression de la maladie et à prévenir les complications.

Cinq (5) ans plus tard soit en 1954, Clark Gurney, à partir d'une étude sur l'histoire naturelle de la syphilis et les niveaux de prévention (Clark, 1954)¹¹¹ va ajouter la prévention tertiaire en plus des deux préventions susmentionnées. Pour cet épidémiologiste, l'application des mesures préventives peut être réalisée avant l'exposition de l'homme à l'agent pathogène afin d'éviter qu'il tombe malade. Dans cette perspective, il identifie cinq périodes superposables au cours desquelles les mesures de prévention peuvent être appliquées. Dans un premier temps, faisant référence à la prévention primaire, il préconise les actions de promotion de la santé (la nutrition, l'éducation à la santé) et de protection spécifique (la vaccination). Dans un deuxième temps, en

¹¹⁰ Jonas N. Muller, « Chronic illness in a large city. Chronic illness in the United States. Vol. IV », *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, vol. 48 / 6, juin 1958, p. 813-814.

¹¹¹ Gurney Clark, « Natural History of Syphilis and Levels of Prevention », *British Journal of Venereal Diseases*, vol. 30 / 4, December 1954, p. 191-197.

ce qui concerne la prévention secondaire, il recommande la détection précoce pour un traitement rapide afin d'arrêter le processus de la maladie et prévenir les complications pour éviter la mort. Dans un troisième temps, à propos de la prévention tertiaire, il conseille la limitation des invalidités et la réhabilitation par une prise en charge continue afin de permettre au patient de reprendre le cours normal de la vie.

Depuis, cette classification de la prévention est le standard pour l'OMS et partant de la santé publique (OMS, 1999)¹¹².

En 1988, soit trente-quatre (34) ans plus tard, cette perception chronologique de la prévention a amené Jacques Bury (1988)¹¹³ à adjoindre un quatrième type de prévention : la prévention quaternaire. Pour le professeur en psychologie médicale, cette prévention fait référence aux soins palliatifs afin de protéger le patient contre les lobbyings intensifs des sociétés pharmaceutiques et éviter les risques de *surmédicalisation et sous-médicalisation* (sur dépistage, sur diagnostic, sur traitement)¹¹⁴. Dans la même dynamique, Jacques Ruffié (1996)¹¹⁵ va ajouter la prévention primordiale. La prévention primordiale résulte de l'évolution de la médecine conventionnelle dite prédictive. Selon l'auteur, professeur en biologie humaine, elle consiste à mener des actions préventives chez les individus qui ont des facteurs de risques confirmés par des tests prédictifs de l'ordre de la biogénétique. A l'exemple des tests de dépistage précoce du cancer réalisés sur l'ADN.

2.4.2 Une approche orientée vers les pratiques

Robert Gordon (1983)¹¹⁶ va également proposer une classification de la prévention. Pour le spécialiste en santé publique, la classification de la prévention de la commission sur les maladies chroniques des Etats-Unis date d'une époque où la recherche en sciences biomédicales

¹¹² OMS, *op. cit.*

¹¹³ Jacques Bury, *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, DeBoeck-Wesmael, 1988, 235 p., (« Savoirs & santé »).

¹¹⁴ Marc Jamouille et Ricardo La Valle, « Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine. », in *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*, Mont-Saint-Aignan, Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2019, p. 422-424.

¹¹⁵ Jacques Ruffié, *De la biologie à la culture*, 2ème édition, Paris, Flammarion, 1983, 304 p.

¹¹⁶ Robert Gordon, « An operational classification of disease prevention. », *Public Health Reports*, vol. 98 / 2, 1983, p. 107-109.

était exclusivement réservée aux laboratoires scientifiques et les concepts de la santé et de la maladie étaient mécaniques.

Deux raisons justifient la thèse de Robert Gordon. La première est relative à l'origine biologique de la maladie qui est le critère de distinction entre la prévention primaire et la prévention secondaire. La clinique ayant montré que l'origine biologique d'une infection aiguë est plus claire à identifier que celle d'une maladie chronique à l'exemple du cancer qui représente une des causes du taux élevé de morbidité, le concept biologique de la maladie devient ambigu. La seconde raison concerne les termes « primaire », « secondaire » et « tertiaire » qui supposent une valeur ordinale. Cette ambiguïté peut biaiser les choix de stratégies de prévention dont les responsables (qui peuvent être des profanes) opteront en raison des coûts économiques pour une prévention primaire en lieu et place de la prévention secondaire. Alors que des travaux ont montré qu'une prévention secondaire à destination d'une population à risque (dépistage de supposés diabétiques pour une prise en charge) est plus efficace qu'une prévention primaire (éducation à une hygiène alimentaire) à destination de ce groupe cible.

Pour toutes ces raisons, selon Robert Gordon, il est préférable de proposer une classification liée étroitement aux considérations pratiques qui régissent la bonne application des interventions préventives et qui ne souffre pas d'ambiguïté terminologique. Au surplus, l'évolution et le succès des recherches en épidémiologie sur les maladies chroniques qui ont introduit un corpus pertinent pour la prévention des maladies permet une typologie plus appropriée. Il propose à cet effet, les termes de, prévention « universelle », prévention « sélective » et prévention « indiquée ».

La prévention universelle fait référence aux mesures qui peuvent être préconisées à tout le monde et qui, dans de nombreux cas, peuvent être appliquées sans conseil, ni assistance de professionnels de la santé. A l'exemple du port de la ceinture de sécurité, de l'hygiène dentaire, du maintien d'une alimentation équilibrée et probablement certaines formes de vaccination où les avantages sont plus importants que les coûts et les risques.

La prévention sélective renvoie aux actions organisées en direction d'une frange de la population en raison de certains paramètres sociodémographiques comme l'âge, le sexe, la profession ou autre caractéristique évidente dont le risque de devenir malade est au-dessus de la moyenne, donc certain. Il s'agit, de l'immunisation active contre la rage pour les vétérinaires, l'interdiction de consommer l'alcool par les femmes enceintes et l'utilisation de lunettes de

sécurité par les machinistes.

Enfin, la prévention indiquée concerne les personnes qui, à l'analyse, présentent une anomalie ou un facteur de risque suffisamment élevé pour nécessiter une intervention préventive. L'identification de cette frange de la population est l'objectif des programmes de dépistage. Elle s'effectue à travers les campagnes de contrôle de l'hypertension, de dépistage du cancer du col de l'utérus et des mesures diététiques pour réduire l'hypercholestérolémie. Cette prévention est encadrée par des tests de laboratoire et nécessitent des conseils ou une assistance de professionnels de santé pour un résultat optimal.

2.4.3 Une approche orientée vers la culture

La troisième classification est proposée par Jean-Pierre Dozon (2001)¹¹⁷ qui énumère quatre modèles de prévention par rapport aux perceptions socioculturelles et au contexte historique des sociétés. Il s'agit, du modèle magico-religieux, du modèle de la contrainte profane, du modèle pastorien et du modèle contractuel.

Pour l'auteur, le modèle magico-religieux trouve son origine dans les sociétés dites traditionnelles. Ce modèle fait référence à la disposition de chaque communauté à réfléchir et à agir sur les événements. Il n'est pas uniquement « intellectuel », mais prend en compte les actions posées en vue d'éviter ou de maîtriser les risques. Il s'agit, entre autres, des règles et normes qui régissent les sociétés traditionnelles. A savoir, le respect des interdits et des valeurs ainsi que les rites divinatoires, les sacrifices et les objets destinés à éloigner le malheur et à préserver les populations. Ce modèle de prévention tire sa source en quelque sorte du modèle magico-religieux des conceptions de la santé, développé par Rivers (1924) qui attribue la survenue de la maladie à l'action du monde invisible (génies, esprits et ancêtres) et/ou à la violation des interdits par l'individu. Ce modèle, loin d'être d'un autre âge, continue de prospérer. Cela, en raison de la perpétuation des cultures, mais aussi, par le biais de l'expansion des religions monothéistes, avec les croyances au « miracle » de la guérison dont le principe est similaire à l'accomplissement d'un rite en vue de recouvrer la santé.

L'approche de la prévention orientée vers la contrainte profane renvoie à la mise en œuvre des procédés et méthodes tels que la quarantaine visant à freiner la propagation de la maladie

¹¹⁷ Jean-Pierre Dozon, « Quatre modèles de prévention », in *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001, p. 23-46, p. 25.

(Dozon, 2001)¹¹⁸. Au XVIIIe siècle, ce type de prévention se matérialisait par l'isolement de certaines catégories de malades comme les lépreux afin de préserver la population « saine » ou encore par l'abandon d'un territoire en raison d'une épidémie. Ici, la notion de contagion n'était pas clairement définie, puisque les causes des maladies n'étaient pas encore identifiées. Puis, avec l'évolution de la médecine qui a précisé les voies de contamination, la contrainte s'est muée en une forme plus radicale à travers des mesures d'exclusion appliquées en direction d'une catégorie de la population qualifiée de marginaux sociaux.

Par ailleurs, au XIXe siècle, dans le souci de l'amélioration du bien-être de la population et avec les progrès considérables des sciences biomédicales, ce type de contrainte va être abandonné au profit de l'élaboration et de l'application de mesures d'hygiène à caractère obligatoire et exécutoire. Des contrôles multiples étaient réalisés afin de veiller à l'application desdites mesures. Au siècle suivant, en raison des principes de la démocratie et des droits de l'homme, le caractère autoritaire du modèle de contrainte profane va se transformer en des règles consensuelles visant l'intérêt général. A l'exemple de la vaccination contre la fièvre jaune imposée dans certains pays comme la Côte d'Ivoire. Aujourd'hui, même si le caractère autoritaire du modèle de contrainte profane a laissé la place à des mesures acceptables pour l'amélioration de la santé, Jean-Pierre Dozon souligne la probabilité du retour à cette forme de contrainte en raison de la résurgence d'épidémies mondiales si les savoirs scientifiques n'arrivent pas à trouver des solutions thérapeutiques efficaces. L'obligation du port du masque ou de la vaccination dans la lutte contre la covid19 illustre bien cette prédiction.

Le modèle pastorien fait référence aux techniques mises en place afin d'atténuer la gravité de la maladie en renforçant l'immunité défensive de l'individu. Ce modèle est utilisé dans le cas de la lutte contre les virus, les maladies infectieuses par l'administration de vaccins. Ce modèle se fonde sur le progrès de la santé publique, plus spécifiquement sur l'épidémiologie et les statistiques. Il a contribué ainsi à éradiquer certaines épidémies qui persistaient dans les pays tropicaux comme la poliomyélite. Le processus de cette approche sous-tend l'identification de germes ou encore agent causal des maladies infectieuses afin de proposer des solutions préventives pour juguler la pathologie. Ce modèle a été développé en vue de l'amélioration de l'espérance de vie et de l'éradication des fléaux comme la variole qui avait décimé des populations à l'époque ancienne. Il s'inscrit dans le projet d'une immunisation collective contre

¹¹⁸ *Ibidem*, p. 35.

les pathologies infectieuses et contagieuses avec le principe de l'égalité de chaque citoyen. Cependant, l'accessibilité des vaccins est inégalement répartie en raison des difficultés économiques et sociales de certaines catégories de la population notamment les populations issues des couches sociales défavorisées et certaines populations des pays en voie de développement. Le principe d'égalité de tous devant les vaccins et, partant, l'idéal de l'immunité collective par la vaccination de masse prônés par le modèle pastorien, a du mal à être effectif.

Au surplus, la réalité des « anti-vaccins » constitue à n'en point douter un des défis majeurs de la vaccination. Qu'ils soient issus de pays industrialisés ou non, en raison de certains facteurs, la vaccination a du mal à se faire valoir. On peut citer au nombre de ces facteurs les a priori, les perceptions culturelles ou encore certaines théories dites du « complot » qui sont contre la vaccination.

Toutefois, même si ce modèle a montré ses limites dans le cas de certaines maladies comme le paludisme dans les pays tropicaux, il reste un moyen de prévention efficace dans le cas de certaines maladies infectieuses. Ainsi, dans la gestion de la pandémie de la Covid19, tous les efforts (des politiques, des communautés scientifiques médicales et des organisations internationales de santé en l'occurrence l'OMS) sont orientés vers la vaccination de masse dans l'idéal de l'immunité collective afin de régler ce problème de santé publique majeur. En ce qui concerne, les pathologies chroniques dont il est question dans notre mémoire, le modèle pastorien est mis quelque peu à profit dans le cadre de la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus humain (HPV) en partie responsable du cancer du col de l'utérus.

Le modèle contractuel fait référence aux modèles de prévention actuels. Il nécessite la mise à contribution de tous les acteurs de la santé (politiques, populations, ONG). Ici, l'implication active de la population dans l'adoption de gestes de santé est vivement recherchée. Cela passe par la mise en risque des causes des pathologies, assortie de propositions d'attitudes à adopter. Par conséquent, il est attendu des populations une adhésion et une appropriation des messages diffusés. Ce modèle renvoie en quelque sorte au processus d'« empowerment » qui vise à donner aux individus les moyens d'entretenir et de se maintenir en bonne santé¹¹⁹. Le modèle contractuel a émergé en raison également de l'évolution des sciences biomédicales et propose

¹¹⁹ OMS, *op. cit.*

des méthodes d'éducation sanitaire en direction des populations. Le rôle joué par les autorités politiques et les spécialistes de la santé publique constitue le socle de ce modèle.

La prise de conscience des populations est nécessaire afin d'adopter des mesures pour préserver leur santé. Ces mesures incluent des gestes à intégrer au quotidien. A l'instar de l'adoption des règles de nutrition (alimentation riche en fruits ou légumes), de la réalisation périodique de dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète et du cancer. Toutes ces attitudes prônées visent la rationalisation des comportements. L'objectif final de ce modèle est de transformer l'homme en patient responsable dans la gestion de sa santé. Sauf que ce « homo medicus » que l'on veut créer peut faire le choix de prioriser des solutions autres que celles proposées par la médecine (Moatti et Peretti-Watel, 2009, p.9)¹²⁰.

En Afrique subsaharienne, notamment en Côte d'Ivoire, le modèle magico-religieux de la prévention est pratiqué par les populations. En effet, selon les conclusions de l'étude sur les perceptions de la santé chez les ivoiriens, la majorité de la population a recours aux garants de ce modèle magico-religieux (les guérisseurs, les devins, les tradipraticiens) pour la préservation de leur santé (Harris, 1998)¹²¹. Le modèle contractuel et le modèle pastorien tels que décrits par Jean-Pierre Dozon sont ceux appliqués par les institutions publiques, entre autres, le Ministère de la Santé de Côte d'Ivoire dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles qui consiste à la promotion de comportements « souhaitables ».

Au demeurant, toutes ces classifications de la prévention participent au processus de rationalisation et de normalisation accrue de la société avec l'établissement d'un ordre social encadré par des normes. En effet, les prescriptions de la prévention fonction essentielle de la santé publique semblent admises par tous même si quelques fois certains travaux remettent en cause son efficacité et l'appropriation effective par les individus.

Conclusion du chapitre 1

La culture de la santé publique promue par l'OMS est désormais admise par tous les pays comme cadre de référence pour les stratégies préventives. En effet, la politique des nombres, notamment les statistiques et l'épidémiologie au motif de la rationalité scientifique (savoirs

¹²⁰ Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti, *op. cit.*

¹²¹ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

légitimes), participe par ses prescriptions à l'élaboration des politiques de santé. Selon une logique scientifique, l'épidémiologie va établir des relations de cause à effet entre les risques et la survenue de la maladie. Cette prédiction des différents taux d'incidence et de prévalence sera formulée en lois de portée générale et assortie de pratiques d'intervention sociales justifiant ainsi toutes les procédures et les actions visant à éduquer les corps. Partant, au motif de la prévention, les pouvoirs publics imposent et soumettent les corps et les conduites aux injonctions de la santé publique. Tout se passe comme si l'amélioration de la qualité de vie passe uniquement par ce processus de médicalisation des individus. Ici, la responsabilité des politiques dans l'application effective des mesures visant à réduire les inégalités sociales comme l'accès de tous au système de santé est mise en veille. Au-delà de l'intérêt général mis en avant par la prévention, nous pouvons nous interroger sur le fait que la prévention au motif du processus d'empowerment, qui vise la formation d'un individu capable de poser les gestes pour sa santé, ne contribue pas à la « mécanisation » des actes des individus, à la transformation d'un « homme - robot » apte à s'approprier toutes les prescriptions édictées. Ici, le libre arbitre de l'individu n'a pas droit de citer. On assiste alors à la naissance, voire au retour, d'un pouvoir vertical avec ses modes d'actions autoritaires et cela au détriment du principe de liberté défendu et obtenu après moult révolutions et guerres par les sociétés dites démocratiques.

Les normes ont donc pour effet de renforcer le contrôle social en rationalisant les comportements et en agissant comme une micro moralisation des corps. Elles constituent la forme expressive de la politique des gouvernants qui vise à sanctionner « les victimes » tout en remettant en cause les attitudes individuelles et en faisant la promotion de nouvelles manières de vivre (Fassin, 2000)¹²².

Au surplus, selon la définition de l'OMS, la santé publique dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé par des actions de prévention et de promotion de la santé, a une connotation sociale et politique certaine (OMS, 1998)¹²³. La santé publique apparaît donc comme une réponse politique des gouvernements aux problèmes de santé des sociétés. Dans cette perspective, les actions de communication de prévention qui relèvent de l'action des pouvoirs publics constituent des formes de gouvernementalité puisqu'elles sont le

¹²² Didier Fassin, « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7 / 1, 2000, p. 58-78, p. 70.

¹²³ OMS, *op. cit.*

prolongement de leur action, d'une part, et, d'autre part, vu que ces actions visent à promouvoir, voire imposer des normes de comportements, elles participent ainsi à la perpétuation du système médical pour maintenir l'ordre établi. A cet effet, nous appréhendons la dimension plurielle des actions de communication de prévention qui mettent à contribution plusieurs expertises dans le but de rationaliser les comportements et, partant, d'agir sur les corps au motif du bien-être social.

Le contrôle social induit par la communication de prévention tel que développé par Michel Foucault dans le cadre du biopouvoir de la santé constitue le cadre de référence de nos travaux. Même si dans l'exposé des écrits dont nous avons fait cas sur les thématiques de perceptions de la santé et de prévention ne mettent pas clairement en lumière ce concept, nous avons toutefois essayé de faire le lien entre les actions de santé publique et la construction d'un ordre social dans le cadre du gouvernement des corps par les pouvoirs politiques. Les travaux de l'anthropologie et de la sociologie que nous avons mobilisés obéissent à une double posture. Celle de saisir les perceptions de la santé de notre terrain d'étude afin de cerner les logiques qui sous-tendent les réactions des populations vis-à-vis des actions de communication de prévention, en raison du « contrôle social » induit tacitement par les politiques de santé publique. Ainsi, la santé publique constitue un support de légitimation de l'action des pouvoirs publics et obéit à des logiques plus stratégiques que sanitaires. En effet, pour nous la prévention s'inscrit dans la dimension communicationnelle de l'action des pouvoirs publics et est soumis à des enjeux politiques prégnants. Les discours de la prévention, au-delà de leur intervention dans le domaine social, constituent dans une certaine mesure des instruments à la solde des politiques. De fait, la prévention a une portée plus politique que sociale.

Notre étude loin de vouloir prétendre à un historique exhaustif de la notion de prévention au cours de l'histoire interroge plutôt la communication de prévention à la lumière du concept de gouvernementalité. Puisque, le postulat central de nos travaux stipule que dans le cadre de la prévention des maladies chroniques, la communication se déroule aux services des institutions publiques sans prise en compte des spécificités des populations et que cette situation est due au fait que le champ de prévention est l'objet de tensions. Nous proposons dans le chapitre qui va suivre de présenter les concepts à partir desquels notre travail s'inscrit dans la dynamique des recherches en sciences de l'information et de la communication.

Chapitre 2 : Le concept de gouvernementalité

Le concept de gouvernementalité développé par Michel Foucault constitue le cadre théorique de notre thèse, puisqu'il permet d'appréhender les rapports entre l'Etat et les individus et, partant, de saisir l'exercice du pouvoir dans le cadre de la communication de prévention.

1. La gouvernementalité et la prévention sanitaire

Pour Michel Foucault, la maladie à commencer à être considérée comme un objet politique et économique à partir du XVIIe siècle, de fait, les autorités publiques ont mis en œuvre des stratégies de résolutions (Foucault, 1994)¹²⁴. Au siècle suivant la santé, l'amélioration du bien-être des individus et plus spécifiquement de la famille ont constitué l'un des points essentiels des politiques publiques.

Par ailleurs, en raison de la croissance démographique en Europe et des défis qui lui sont liés, notamment la question des épidémies et de l'hygiène, les problèmes sociaux sont devenus de véritables enjeux politiques, et partant, toute une série de mesures visant à les maîtriser ont été mise en place par les gouvernants. Il s'agit notamment des politiques visant à améliorer « l'expérience de vie, l'éducation, la formation... » (Foucault, 1994, p.18)¹²⁵. Selon l'auteur, au-delà de la famille, objet des politiques du XVIIe siècle, c'est la population qui va être désormais au centre des stratégies des gouvernants. Ainsi, « la population » va donner une autre dimension à « l'art de gouverner » (Foucault 1994, p.637)¹²⁶ qui va intégrer une approche plus globale. Dans cette perspective, les pouvoirs publics vont adopter des tactiques implicites émanant des recommandations médicales qui viseront à agir sur des indicateurs tels que le taux de natalité ou l'incidence des maladies. Ce processus s'inscrivait progressivement dans une dynamique de médicalisation de la société, et partant, de formalisation de l'exercice d'un pouvoir « politico-médicale » (Foucault, 1994 p.23)¹²⁷.

Michel Foucault, désigne alors sous le concept de « gouvernementalité »¹²⁸ toutes ces politiques

¹²⁴ Michel Foucault c, « La politique de la santé au XVIIIe siècle, texte N°168 », in *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, Paris, Gallimard, 1994, p. 13-27.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ Michel Foucault a, *op. cit.*

¹²⁷ Michel Foucault c, *op. cit.*

¹²⁸ Michel Foucault a, *op. cit.*

et stratégies des pouvoirs publics dont l'objectif étaient de contrôler voir maîtriser les défis sociaux qui se sont posés à cause de l'expansion des populations en vue d'augmenter de façon optimale la productivité économique mais aussi de renforcer et de pérenniser l'existence de l'Etat (Foucault, 1994)¹²⁹. Pour l'auteur, la gouvernementalité revêt trois aspects.

Le premier est relatif aux procédés par lesquels la puissance publique au motif de l'« économie politique » exerce le pouvoir sur les individus (Foucault, 1994, p.655)¹³⁰. Dans cette perspective, l'auteur désigne sous la dénomination de « dispositifs de sécurité » l'ensemble des stratégies utilisées par les autorités publiques afin de contrôler la vie des populations (Foucault, 1994, p.655)¹³¹.

Le deuxième aspect de la gouvernementalité concerne les rapports de force qui ont conduit les pays de l'Europe à mettre en place des « gouvernements » (Foucault, 1994, p.655)¹³². Il s'agit, de l'appareil étatique dans toutes ses composantes et ses « savoirs » dont l'objectif est d'assurer non seulement l'indépendance des Etats au niveau international mais aussi d'instituer l'ordre au niveau national (Foucault, 1994, p.655)¹³³.

Le troisième volet, lui, fait référence à la transformation du régime des gouvernements au seizième siècle (Foucault, 1994)¹³⁴.

La perception du pouvoir, selon Michel Foucault, englobe les moyens d'exercice dans une certaine mesure. Ainsi, nous nous intéresserons dans notre mémoire à la gouvernementalité dans le cadre de l'action publique. Il s'agit, des moyens et des techniques mis en œuvre par l'Etat dans la gestion des individus. Dans cet art de gouverner, la rationalisation et la technisation sont les maîtres-mots. Ici, l'analyse du pouvoir est centrée sur les stratégies adoptées par les institutions publiques pour normaliser la vie des populations. Cette conception du pouvoir fait l'apologie de l'individu comme variable indissociable de l'observation des rapports de pouvoir entre l'Etat et les administrés. Partant, la dimension sociale devient un critère important de l'analyse du pouvoir puisque l'objectif recherché est le bien-être des populations. La population constitue à cet effet la finalité des politiques de gouvernement, la

¹²⁹ *Ibidem.*

¹³⁰ *Ibidem.*

¹³¹ *Ibidem.*

¹³² *Ibidem.*

¹³³ *Ibidem.*

¹³⁴ *Ibidem.*

cible de « l'instrumentation des politiques. » (Foucault, 1994, P 653) ¹³⁵.

Pour Michel Foucault, la pratique du gouvernement est inhérente à l'existence de l'Etat (Foucault, 1994)¹³⁶. Il y a autant de gouvernementalités que de pratiques gouvernementales. A partir du moment où l'Etat s'intéresse à un sujet, sa gestion laisse entrevoir une forme de gouvernementalité. Ainsi, la sécurité, la santé, l'éducation, l'environnement constituent des lieux d'expression de la gouvernementalité des autorités publiques. Dans l'exercice du pouvoir, les autorités publiques vont par conséquent développer des procédés pour la gestion politique de tous les domaines de la vie des individus : la biopolitique. Pour Michel Foucault, la biopolitique est une technologie de pouvoir qui s'exerce sur la conduite des populations, notamment dans un souci d'augmentation de la force de travail, de la productivité et de la préservation du pouvoir.

La biopolitique fait alors référence au pouvoir qui s'exerce sur les individus par le biais d'un ensemble de dispositifs disciplinaires. La biopolitique concerne, d'une part, la gestion des différents aspects de la vie notamment la gestion de la santé, de l'hygiène, de tous les domaines à partir du moment où ils ont des répercussions sur la politique, et, d'autre part, le contrôle des éventuelles stratégies des populations dans la gestion de leur quotidien et dans les rapports avec les autres.

La biopolitique renvoie ainsi à l'ensemble des stratégies déployées par les institutions publiques afin de gérer la vie des populations. En effet, par rapport à l'évolution des modalités de l'action gouvernementale au XIX^e siècle, Michel Foucault énonce l'utilisation d'une technique de pouvoir qui vise à rationaliser les problèmes sociaux liés à l'amélioration des conditions de vie des populations (santé, hygiène, natalité, longévité...). Il s'agit pour les pouvoirs publics de contrôler la vie et les déterminants qui concourent au bien-être social par des mécanismes afin de réduire les incidences politiques, économiques et sociales de l'insuffisance des capacités de prise en charge du système de santé.

A cet effet, Michel Foucault va également énoncer les moyens d'actions de l'Etat qui vise à « rationaliser » les problèmes sociaux et exercer le pouvoir (Foucault, 1994, p.818)¹³⁷. Ces moyens d'actions vont être déployés en fonction de l'objectif recherché par les pouvoirs

¹³⁵ *Ibidem.*

¹³⁶ Michel Foucault b, *op. cit.*

¹³⁷ *Ibidem.*

publics. Dans cette perspective, la gestion de la santé par le moyen de la communication de prévention constitue alors un « biopouvoir » puisqu'elle vise à normaliser les conduites par le biais de la vulgarisation de normes, notamment, la prescription de comportements « sains ».

1.1 La gouvernementalité et la notion de mise en risque dans la prévention

La biopolitique induit la notion de gouvernement des conduites dont l'objectif est la normalisation des comportements. Dans le domaine de la santé, ce sont les premières campagnes de vaccination, d'hygiène qui ont constitué la matérialisation de la politique des pouvoirs publics. Ainsi, le fait que Michel Foucault analyse l'action des pouvoirs publics à travers les raisons qui sous-tendent ces techniques de gouvernement dans le domaine de la santé, constitue un cadre d'analyse pertinent pour notre étude. En effet, à la lumière du concept de gouvernementalité, les campagnes de prévention de notre étude dont l'objectif est de modifier les comportements s'inscrivent dans la logique de la conduite à distance de la vie des individus, puisqu'il s'agit, de diffuser des normes de santé publique visant à modifier les attitudes des populations l'individu dans la gestion de leur santé.

La communication de prévention sur les maladies chroniques est composée de messages dont l'objectif est de soit réguler l'alimentation (dans le cas du diabète et de l'hypertension artérielle) soit détecter les premiers signes de la maladie (pour le cancer) afin d'inciter la population au dépistage précoce. Puisque la santé constitue un enjeu politique depuis le XIXe (Foucault, 1994)¹³⁸, l'analyse des campagnes sous l'angle de la gouvernementalité pourrait faire ressortir les raisons politiques qui sous-tendent la communication de prévention des maladies chroniques. Pour nous, la mise en risque dans le cadre de la politique de prévention des maladies pourrait être appréhender comme un prétexte légitimant l'action publique dans l'exercice de la gouvernementalité dont l'objectif est de renforcer le pouvoir d'Etat. Et cela pour bien de raisons.

Dans un premier temps, la gestion de la santé constitue désormais un espace qui est marqué par la multiplication des interventions des politiques. La santé publique est une discipline qui aborde la santé sous une dimension collective (OMS, 1999)¹³⁹. Elle étudie à cet effet les déterminants physiques, psychosociaux et socio-culturels, d'une part, et, d'autre part, elle

¹³⁸ Michel Foucault c, *op. cit.*

¹³⁹ OMS, *op. cit.*

propose des solutions afin de réguler les désordres sociaux. Depuis peu, en raison de nombreuses crises sanitaires, la santé publique apparaît comme une ressource à laquelle les dirigeants ont recours dans le cadre de l'élaboration de leur politique de santé. Elle participe ainsi à la construction des discours politiques de santé. En effet, les stratégies des institutions publiques de gestion de la santé des populations émanent la plupart du temps des conclusions des études de santé publique notamment de l'épidémiologie. La santé publique constitue non seulement le socle des décisions des pouvoirs publics mais elle est aussi décision politique. Ainsi, Didier Fassin, dans la continuité des travaux de Michel Foucault, qualifie la santé publique de « pratique discursive » (Fassin, 2000, p.59)¹⁴⁰. L'auteur assimile à des discours les principes fondateurs même de cette discipline (conférence d'Alma Ata et charte d'Ottawa). Pour lui, il semble que l'activité de formulation de recommandations dont il souligne le caractère général occuperait plus de place au détriment de la réalisation effective de ses prescriptions. En témoignent les échéances dépassées de l'atteinte des objectifs de santé *pour tous en 2000* dont la réalisation est dans une certaine mesure chimérique en raison des inégalités sociales.

La santé publique apparaît alors comme un ensemble d'énonciation d'intentions, investit par des politiques pour lesquels l'art de la rhétorique n'a plus de secret. Dans ce processus, la mise en risque constitue un des axes majeurs de la politique de prévention. Il est question d'adapter et de transformer un problème social afin qu'il devienne un objet sur lequel la manœuvre politique est possible. A cet effet, Mitchell Dean (1999)¹⁴¹ explique que le risque est une utopie et qu'il est le reflet d'une restitution subjective de la réalité de sorte à ce que les gouvernants puissent y avoir une emprise certaine. Le risque s'inscrit par ailleurs dans la perspective de la création d'un ordre social où la responsabilité individuelle et, partant, l'individu fait l'objet de politiques de recadrage. Il y a là une volonté politique manifeste d'appriivoiser le risque et de le rationaliser.

Le risque constitue dans une certaine mesure un « objet politique » (Gilbert, 2007)¹⁴². En raison de ses enjeux (économiques, politiques et sociaux), la construction du risque émane plus de

¹⁴⁰ Didier Fassin, *op. cit.*, p. 59.

¹⁴¹ Mitchell Dean, « Risk, calculable and incalculable », in *Risk and Sociocultural Theory*, Lupton Deborah, Cambridge ; New York, Cambridge University Press, 1999, p. 131-159.

¹⁴² Claude Gilbert, *op. cit.*

l'action des politiques, même si d'autres acteurs tels que les scientifiques, la société civile et les journalistes interviennent dans les luttes définitionnelles (Gilbert et al, 2003)¹⁴³.

Pour Michel Foucault, le risque a une dimension stratégique qui oriente l'action des gouvernants et qui leur permet de se positionner et d'intervenir dans le gouvernement du social (Foucault, 2004)¹⁴⁴.

Dans un deuxième temps, les axes de la communication de prévention sont orientés uniquement vers l'incrimination des comportements individuels au détriment de la responsabilité des politiques. En matière de santé, les discours de prévention sont semble-t-il destinés à éclairer les populations dans la prise de décision concernant leur santé. Cela passe par la diffusion d'information de santé visant à faire prendre conscience d'une situation donnée, d'une part, et, d'autre part, à la prescription de recommandations. Qu'il s'agisse des différentes stratégies de communication basées soit sur la persuasion ou encore sur la mobilisation communautaire, la mise en risque est l'étape qui préside aux différentes stratégies de prévention. La communication de prévention qui vise la modification des comportements commence donc par l'identification des facteurs de risques incriminant pour la plupart du temps les attitudes individuelles pour aboutir à la formulation de normes et la vulgarisation des comportements jugés sains. Le changement des attitudes individuelles et collectives est la finalité des stratégies dites de prévention qui promeuvent des attitudes souhaitables dans la lutte contre les maladies et la préservation de la santé des individus. Ces campagnes visent finalement la transformation de l'individu qui doit s'approprier véritablement les messages en les intégrant dans son quotidien. La prévention renvoie alors à la conception et à la mise en œuvre de stratégies afin de rendre effective une éducation sanitaire à distance au moyen de la communication dont l'objectif est de réguler les comportements des individus. Ce processus de médicalisation du quotidien des individus permet d'envisager la gouvernementalité comme la réaction des gouvernants aux différents problèmes de santé, notamment dans le cadre des maladies chroniques dont le pilier de la lutte reste la prévention. La pression tacite des pouvoirs publics sur les corps dans le cadre de la communication de prévention est alors exercée au moyen de la mise en risque promue par les campagnes de sensibilisation.

La mise en risque constitue à n'en point douter un motif d'exercice du pouvoir. Ainsi, Michel

¹⁴³ Claude Gilbert, Emmanuel Henry et Isabelle Bourdeaux, *op. cit.*

¹⁴⁴ Michel Foucault e, *op. cit.*

Foucault (2004)¹⁴⁵. dans son analyse des campagnes de vaccination par rapport à l'épidémie de variole au XVIII^e siècle, explique que ces dispositifs (campagnes de vaccination) résultent d'estimation issues des statistiques centrées sur la notion de risque. A partir de ce présupposé risque, les populations vont faire l'objet d'une forme de gouvernementalité, d'exercice de pouvoir consistant à poser des actions dites de santé publique en vue de soit protéger leur santé soit réguler leurs comportements

1.2 La gouvernementalité et le gouvernement des corps dans la communication de prévention

La biopolitique dans le cadre de la santé induit implicitement le gouvernement des corps par les pouvoirs publics qui est rendu possible par la diffusion des recommandations de santé publique. Au sens foucauldien le corps est le domaine de prédilection du pouvoir (Foucault, 1994)¹⁴⁶. Ainsi, Ce pouvoir exercé sur les corps peut être réalisé à travers deux modalités.

La première concerne les mécanismes coercitifs mis en place par les pouvoirs publics pour emmener les individus à agir dans un sens voulu à travers des outils comme la loi.

La seconde est relative à l'influence tacite exercée sur la modification des comportements par l'édiction de la norme (Foucault, 1994)¹⁴⁷.

Dans le premier cas de figure où la conduite des comportements est encadrée par les lois, leur violation entraîne des punitions d'ordre juridique. Alors que dans le second, la non-conformité à la norme entraîne des sanctions sociales.

Toute attitude ne répondant pas à cette logique est qualifiée d'anormale. Les normes constituent à cet effet, un code de bonne conduite qui régit la vie en société. Elles participent de ce fait, non seulement à une intégration de l'individu dans le tissu social mais aussi à sa stigmatisation.

La norme est implicite, à la différence de la contrainte imposée dans le cadre du pouvoir autoritaire, Michel Foucault fait allusion à un exercice du pouvoir fondé sur des outils d'orientation qui agissent sur le corps des individus et qui permettent de gouverner les conduites

¹⁴⁵ Michel Foucault f, *Sécurité, Territoire, Population*, Paris, Le Seuil, 2004, 438 p., (« Hautes Etudes »).

¹⁴⁶ Michel Foucault g, « Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps », in *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, Paris, Gallimard, 1994, p. 228-236.

¹⁴⁷ Michel Foucault h, « Dialogue sur le pouvoir, texte N°221 », in *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 - 1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 464-477.

à distance. Cette nouvelle forme d'exercice du pouvoir est subtile, elle a pour effet de disposer des choses plutôt que de les imposer (Foucault, 1994)¹⁴⁸.

La norme, en instituant un standard de bien-être, participe également à la construction de stéréotypes et instaure, de fait, une marginalisation des individus qui vivent sans en tenir compte.

Pour Michel Foucault, la norme qui est l'alternative de la règle juridique, dès le XXe siècle constitue également un outil de « gouvernement des vivants »¹⁴⁹. A la différence de la loi, la norme relève des sciences humaines et se fonde sur les sciences biomédicales (Foucault, 2004)¹⁵⁰. Elle traduit la volonté des gouvernants de contrôler la vie des administrés. En effet, dans le cadre du biopouvoir, la norme s'inscrit dans la dynamique d'une médecine sociale qui s'intéresse aux déterminants sociaux de la maladie, à l'environnement de l'individu. A partir d'une distinction entre le « normal » et le « pathologique » il s'agit, par le biais de procédés, d'influencer et d'exercer un contrôle sur les populations afin de conformer les comportements à la normalité (Canguilhem, 2013)¹⁵¹. Cette logique de transformation est rendue possible par la mise en place d'institutions médicales chargées de concevoir et de diffuser les principes de cette normalité pour la gestion de la vie des individus.

En effet, la norme à un pouvoir plus général et constitue le socle d'une catégorisation qui fonde l'ordre social, de fait elle participe au processus de rationalisation de la société, où le pouvoir médical joue un rôle essentiel. Cet ordre social institué par les politiques de santé par la diffusion d'un code de bonne conduite s'inscrit aussi dans la perspective de l'amélioration des conditions de vie des populations. Selon Michel Foucault, le bien-être des populations contribue dans une certaine mesure au renforcement du pouvoir de l'Etat. En effet, au XIXe siècle, les problèmes de santé publique se sont posés avec acuité et apparaissaient par conséquent comme des défis sur lesquels les gouvernants se devaient d'agir en vue de préserver leur légitimité. La gestion de ces maux sociaux faisait donc partie intégrante de la rationalité politique (Foucault,

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ Michel Foucault d, « Le gouvernement des vivants, texte N° 289 », in *Dits et écrits tome IV 1954-1988. 1980-1988*, Paris, Gallimard, 1994, p. 125-129.

¹⁵⁰ Michel Foucault e, *op. cit.*

¹⁵¹ Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, 12e, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 294 p., (« Quadrige »).

2004)¹⁵².

Ainsi, dans la dynamique des travaux de Michel Foucault sur la gouvernementalité, Didier Fassin (2003)¹⁵³ explique également que la santé publique par ses moyens d'actions, notamment la prévention, influence au-delà de la maladie et des problèmes sociaux, la conduite des corps. Le gouvernement des corps par le biais des normes laisse donc entrevoir un exercice de la contrainte par le mécanisme de responsabilisation individuelle dans le domaine de la santé puisque la finalité de la norme est d'influencer le comportement des individus en faveur de ce qui semble admis par tous. Ainsi, au-delà de la réponse à la mise risque, la gouvernementalité vise à normaliser la vie des populations par des techniques intervenant dans le cadre social. Il s'agit, bien évidemment du processus par lequel les politiques et les techniciens de la santé formalisent d'abord et vulgarisent ensuite les « bonnes pratiques » afin d'uniformiser les connaissances du public-cible sur un sujet.

Dans le cas de la communication de prévention, l'injonction vise à promouvoir des attitudes à intérioriser par la population. Le caractère intrusif des politiques de prévention participe ainsi à la construction d'un référentiel en matière de santé et à l'exercice d'une contrainte sur les corps. Puisque, la coercition n'est pas possible dans le cas des maladies chroniques, la mise en œuvre de ces campagnes dont l'objectif est la régulation consiste en la sensibilisation des populations sur les facteurs de risques afin de modifier de façon individuelle et collective les perceptions, les attitudes et les pratiques des publics-cibles dans la dynamique de la promotion de la santé. Ces messages qui diffusent une ligne de conduite visent la responsabilisation individuelle face aux dangers qui semblent menacer la santé des communautés.

Dans tous les pays, notamment les pays à faibles revenus comme la Côte d'Ivoire où la prise en charge thérapeutique de ces pathologies a des répercussions énormes sur le système de santé (plateau technique insuffisant, coût onéreux du traitement), la prévention demeure la seule alternative pour faire face au problème que constituent les maladies chroniques. Les différentes actions menées par l'Etat dans la lutte contre les maladies chroniques s'inscrivent dans l'optique de contrôler les comportements des individus, transformer les habitudes alimentaires en faveur d'attitudes dictées par les spécialistes de santé publique. Partant, au motif de la

¹⁵² Michel Foucault e, *op. cit.*, p. 323.

¹⁵³ Didier Fassin, *op. cit.*, p. 98.

prévention, plusieurs messages sont diffusés à travers différents canaux de communication. Le champ de la prévention apparaît alors comme un lieu d'expression de la gouvernementalité dans le contrôle des corps telle que développée par Michel Foucault. Les discours des politiques en matière de santé publique, notamment dans le domaine de la prévention, visent ainsi l'assujettissement des corps aux normes qu'elle édicte au motif de l'amélioration du bien-être. Partant, la communication de prévention représente alors un des moyens par excellence de l'action des pouvoirs publics dans la soumission des corps, le contrôle social voire le renforcement de leur légitimité.

1.3 L'instrumentation de l'action publique

Dans l'exercice du pouvoir, selon Michel Foucault, les pratiques peuvent représenter l'unité d'observation dans une certaine mesure. L'action publique peut être donc appréhendée par le biais des techniques et des instruments utilisés par les gouvernants en vue d'exercer le pouvoir sur les populations. Ainsi, dans le concept de la gouvernementalité, l'analyse de la pluralité des relations de pouvoirs va être prolongée par la notion foucauldienne de « dispositif »¹⁵⁴.

1.3.1 La notion foucauldienne du dispositif

Pour Michel Foucault, la gouvernementalité est la politique exercée sur les vivants par la mise en place de mesures visant à réguler efficacement la vie des individus. La biopolitique constituante de la gouvernementalité renvoie à l'ensemble des stratégies de l'action publique visant à intervenir sur les populations à travers des « dispositifs » (Foucault, 2004)¹⁵⁵.

L'analyse de Michel Foucault porte également sur les mécanismes et les constituants du pouvoir qu'ils soient explicite ou non. A cet effet, l'auteur aborde de façon formelle la notion de dispositif dans « la volonté de savoir » (Foucault, 1994a)¹⁵⁶. Il y consacre par conséquent la majeure partie de ses réflexions, le terme dispositif y apparaît cent vingt-sept (127) fois. Dans cet ouvrage où il est question de « dispositif de sexualité », le philosophe met en exergue le lien entre la sexualité et le pouvoir. Pour lui au-delà de la répression et de l'interdit les dispositifs de sexualité sont animés par une volonté politique stratégique et constituent de ce fait la

¹⁵⁴ Michel Foucault, *op. cit.*

¹⁵⁵ Michel Foucault a, *op. cit.*

¹⁵⁶ Michel Foucault, *op. cit.*

formalisation d'une technologie politique visant à exercer le pouvoir sur le corps humain et biopolitique sur la population. Les dispositifs de sexualité sont des dispositifs de pouvoir qui ont pour objet le corps humain. L'auteur y évoque par ailleurs une variété de dispositifs. On peut citer, entre autres, les dispositifs « architecturaux », « discursifs », de « surveillance », ... Bref, là où il y a rapport de pouvoir des dispositifs existent (Foucault, 1994)¹⁵⁷. Il y a donc autant de dispositifs que de relations de pouvoir, leurs objectifs sont d'encadrer, soumettre et contrôler de façon globale et individuelle chaque corps par la puissance publique. Ainsi, le dispositif foucauldien fait référence à :

« ...Un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions... bref : du dit aussi bien que du non-dit [...] Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments [...], c'est justement la nature du lien qui peut exister entre ces éléments hétérogènes [...]. Le dispositif a une fonction stratégique dominante...et appelle à une reprise, à un réajustement » (Foucault, 1994, p.299 b)¹⁵⁸.

Selon les termes de cette définition, le dispositif comporte trois caractéristiques.

La première est relative au caractère composite du dispositif. En plus des discours qui sont le résultat de plusieurs savoirs, le dispositif concerne aussi bien les pratiques que les acteurs. Au-delà de la diffusion des normes dans le cadre de la prévention, cette perception du dispositif permet d'appréhender également, d'une part, le jeu des acteurs qui interviennent dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies et, d'autre part, la réaction des publics.

Dans le premier cas de figure, la notion de réseau évoquée par Michel Foucault trouve ici tout son sens, puisqu'il y a une collaboration entre des spécialistes de différents domaines qui acceptent de travailler de façon consensuelle sur une question.

Dans le second cas, la notion de dispositif permet d'analyser les effets de leur inanité et, partant, le refus de changement évoqué par l'auteur dans le cadre des « résistances » face aux dispositifs (Foucault, 2004)¹⁵⁹.

La deuxième particularité du dispositif, est qu'il comporte une dimension tacite. Dans le

¹⁵⁷ *Ibidem*.

¹⁵⁸ Michel Foucault k, « Le jeu de Michel Foucault, texte n°206 », in *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 - 1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 298-329, p. 299.

¹⁵⁹ Michel Foucault, *op. cit.*

domaine des campagnes de sensibilisation, on peut évoquer ici la symbolique qui entoure la transmission d'un message. A l'exemple de la mise en scène des professionnels de la santé dans le cadre de la communication de prévention, lorsque l'individu qui délivre le message est habillé en blouse blanche. Ou encore toutes les tractations qui président aux choix de l'orientation stratégique des dispositifs.

La troisième spécificité est que le dispositif est dynamique. Il n'est pas figé ou un élément accompli. Il fait l'objet de réorientation en fonction des rapports de force. Ainsi, les fonctions du dispositif sont évolutives et aménagées par rapport aux effets qu'ils produisent ou de la réaction des publics. Les dispositifs sont donc le résultat de stratégies. Puisqu'ils répondent à des impératifs évolutifs, les tactiques qui en découlent sont également en constante transformation. Les dispositifs font aussi référence aux stratégies élaborées par les autorités politiques en vue d'exercer le pouvoir.

La rationalité politique s'exerce donc par des techniques et des instruments. Pour Pierre Lascoumes, l'instrumentation de l'action publique peut être assimilée à un mécanisme visant à réguler les relations entre l'Etat et les gouvernés (Lascoumes, 2004)¹⁶⁰. Ce dispositif d'organisation des rapports sociaux est le reflet du choix des politiques. En effet, dans l'exercice du pouvoir, selon les orientations stratégiques, les autorités publiques vont développer des procédés pour la gestion de tous les domaines de la vie des individus notamment en matière de santé. Chaque dispositif est donc l'expression matérielle d'une gouvernementalité, un ensemble d'outils visant à exercer le pouvoir.

Le dispositif renvoie aux éléments d'une stratégie élaborée pour un domaine particulier à l'exemple de celui de la prévention dans le cadre de notre mémoire. Puisque, dans la perspective foucauldienne, le dispositif ne se résume donc pas au discours sur les normes ou lois mais concerne aussi les différentes actions réalisées pour la gestion d'une question. Par rapport à notre étude, il s'agit, aussi bien des interventions de l'Etat en vue de réguler la vie des individus impliquant des supports de communication (affiches de prévention) que d'actions (campagnes de sensibilisations) ou des cadres réglementaires (politique de santé et axes stratégiques) déployés dans la prévention.

En ce qui concerne le caractère évolutif des dispositifs en matière de santé publique, plusieurs

¹⁶⁰ Pierre Lascoumes, « La Gouvernementalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir », *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 2004, p. 6.

approches ont été développées par les experts. Passant de stratégies à visée curatives à une approche préventive avec la mise en avant de la responsabilité individuelle dans les campagnes de prévention. Cette transformation de la santé publique a donné lieu à une multiplicité d'intervenants, avec la mise à contribution de spécialistes de domaines autres que celui des sciences biomédicales. Il s'agit, des spécialistes de la sociologie, de l'anthropologie, de la communication... mais aussi des acteurs de la société civile (ONG) dont les recommandations orientent quelques fois l'élaboration des stratégies préventives dans le cas de maladies comme le SIDA.

La prévention en tant que biopouvoir s'exerce sur la vie et les corps par le biais de dispositifs. Le pouvoir subtil de ces dispositifs dans le domaine de la santé publique, notamment celui de la prévention a pour objet les corps et le quotidien des individus. Ces dispositifs visent à produire des effets par la diffusion de normes. Ainsi, la logique de normalité qui est soutenue par l'opérationnalité de la prévention biopouvoir est rendue possible grâce à la mise en œuvre de dispositifs qui permettent à la prévention d'être effective. Ici, l'objectif est d'influencer et de réguler les conduites. Il s'agit, de l'encadrement du comportement des individus qui est assuré par la vulgarisation de normes et de valeurs.

Cette conception Foucauldienne qui confère au dispositif tout son caractère essentiel et l'exercice d'un contrôle avéré, puisque sans le dispositif, la prévention ne peut se faire, constitue un cadre pertinent d'analyse pour notre mémoire. En effet, elle permet d'appréhender l'action publique dans le cadre de la communication de prévention, non pas seulement sous un angle répressif, mais aussi à travers une approche flexible, tacite, cherchant à prescrire, proscrire voire annexer les comportements des individus en faveur d'une dite normalité. La notion de dispositif nous permettra d'appréhender en quoi est ce que les campagnes de prévention notamment les conditions de production, leur déroulement et les mécanismes de décisions constituent un enjeu de pouvoir et de régulation.

1.4 Les résistances face au dispositif

Analyser les relations de pouvoir dans la perspective de la gouvernementalité, c'est également porter le regard sur les interactions des acteurs. C'est-à-dire sur les réactions des individus par rapport à l'exercice du pouvoir. En effet, la gestion de la prévention biopouvoir sous-tend l'élaboration de stratégies constituées de discours, de normes, de règles et de pratiques destinées

à la population en vue de réguler la vie des individus dans la dynamique de l'amélioration de l'état de santé. Les campagnes de communication représentent alors les outils par lesquels la prévention est mise en œuvre.

A cet effet, la pratique de la prévention engendre un réseau complexe d'interactions. En dépit de la recherche de consensus visée par les stratégies de prévention dans le cadre de l'amélioration du bien-être social, il peut arriver que les populations ne fassent pas bon accueil aux messages. La réception et l'appropriation des messages dépendent de plusieurs facteurs, entre autres, les perceptions des individus, mais aussi la capacité de ces derniers à faire échouer les dispositifs info-communicationnels dans le cadre de la « résistance »¹⁶¹ au changement telle que développée par Michel Foucault.

1.4.1 La notion de résistance

La notion de résistance est abordée par Michel Foucault dans son ouvrage sur l'histoire de la sexualité (Foucault, 2004)¹⁶². L'auteur traite également la question des résistances dans le cadre de l'analyse du pouvoir (Foucault, 1994)¹⁶³. Il appréhende à cet effet les tactiques de résistances comme la naissance d'un pouvoir et énumère plusieurs types de résistance. Pour lui :

« Il n'y a pas de relation de pouvoir, sans résistance, sans échappatoire ou fuite, sans retournement éventuel [...] Elles constituent l'une pour l'autre une sorte de limite permanente, de point de renversement possible. » (Foucault, 1994, p.242)¹⁶⁴

Pour Michel Foucault, la résistance est consubstantielle au pouvoir. Elle existe là où il y a relation, dispositif de pouvoir. L'une peut générer l'autre et cela peut se faire vice-versa. En effet, la résistance peut être à la base de la création de dispositif de pouvoir ou dans le cas contraire, le pouvoir peut générer des résistances. L'un constitue pour l'autre une limite et un motif de réinvention, voire de transformation.

La résistance est inhérente au pouvoir, il y a autant de pouvoir que de résistance. En effet, les relations de pouvoir et les résistances existent de façon concomitante et leurs caractéristiques

¹⁶¹ Michel Foucault, *op. cit.*

¹⁶² *Ibidem.*

¹⁶³ Michel Foucault m, « Le sujet et le pouvoir, texte N° 306 », Paris, Gallimard, 1994, p. 222-243.

¹⁶⁴ *Ibidem.*

sont semblables.

En raison du caractère dynamique des dispositifs de pouvoir, les résistances évoluent, elles sont aussi des « vis-à-vis » du pouvoir (Foucault, 1994, p.127)¹⁶⁵. Les résistances sont constitutives des relations de pouvoir, elles permettent par conséquent d'en appréhender les mécanismes. Dans la conception Foucauldienne, la résistance et ses différentes formes participent à la consolidation du pouvoir. Ainsi, loin de vouloir toujours remettre en cause les dispositifs de pouvoir, les résistances concourent dans une certaine mesure à assurer une perpétuation et une logique des stratégies politiques.

Pour Michel Foucault, les dispositifs de pouvoir sont destinés à soumettre les corps à la volonté de la puissance publique. Il s'agit, de remodeler les corps au moyen de tactiques et d'outils dans plusieurs domaines notamment dans celui de la gestion de la santé qui est un biopouvoir. Selon Michel Foucault (1994)¹⁶⁶, la dynamique de la communication entraîne des effets de pouvoirs puisqu'elle vise à faire circuler des informations qui sont largement tributaires de l'interprétation des institutions .

1.4.2 La résistance et ses effets dans les relations de pouvoir

Pour Michel Foucault (1994a)¹⁶⁷, il y a rapport de pouvoir à partir du moment où l'individu est contraint d'agir contre sa volonté. En l'absence de résistance, on ne peut pas parler de rapports de force parce que tout s'inscrirait dans une dialectique d'observance. C'est à partir du moment où l'individu lambda est empêché d'agir selon sa guise qu'il peut avoir recours à des stratégies permettant de se soustraire à cette obligation. Pour l'auteur, la résistance est d'emblée la première réaction de l'individu dans les rapports de force. Elle constitue à cet effet l'unité d'analyse de l'évolution des relations de pouvoir puisqu'elle influence ses procédés et son orientation.

La résistance est indissociable des relations de pouvoir et est présente dans le quotidien des individus. Michel Foucault distingue à cet effet trois points de résistance.

Le premier est relatif au fait que la résistance ne précède pas le pouvoir, elle apparaît avec le pouvoir. Le deuxième concerne les caractéristiques de la résistance qui doivent être semblables

¹⁶⁵ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 127.

¹⁶⁶ Michel Foucault m, *op. cit.*

¹⁶⁷ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 174.

au pouvoir. Quant au troisième point, il stipule que la résistance peut générer de nouvelles relations de pouvoir et vice versa. Il y a donc un parallélisme des formes entre résistance et pouvoir. L'un constitue pour l'autre soit une opposition soit un motif de renouvellement ou encore une ressource.

Dans la gouvernementalité, la notion de biopolitique renvoie aux modalités d'exercice du pouvoir politique sur les populations et le contrôle des corps. Dans ce processus, la résistance aux dispositifs s'opère dans et par les corps. Les résistances participent à une nouvelle configuration du pouvoir en perpétuel changement. Elles participent à la construction de groupes, à la déconstruction des « unités » et transforme l'individu de sorte à ce que ce dernier développe « des régions irréductibles » dans son corps (Foucault, 1994, p.127)¹⁶⁸. Partant, les actions de l'individu représentent cette résistance.

La résistance participe au changement des rapports de pouvoir. Elle peut être aussi utilisée par les individus afin de contourner le pouvoir. Pour Michel Foucault, la matérialisation de la résistance s'observe à travers les stratégies et les tactiques déployées par les individus. A cet effet, Michel de Certeau s'est employé à travers ses travaux à saisir les tactiques développées par les individus dans leur quotidien dans le cadre des relations de pouvoir. Il s'agit, des mécanismes mis en œuvre par les individus afin de se soustraire aux règles, échapper aux dispositifs (De Certeau, 1980)¹⁶⁹. Les tactiques constituent une réaction des populations au pouvoir disciplinaire. Les travaux de Michel de Certeau et de Jean-François Bayart se sont également intéressés aux méthodes qui président à l'élaboration des politiques sociales, puisqu'elles constituent dans une certaine mesure des garanties de leur optimisation (Bayart, 1985)¹⁷⁰. L'énonciation politique concerne la capacité d'appropriation et d'actualisation du politique afin de faire valoir, voire imposer sa position. Il s'agit, bien évidemment pour les autorités publiques de tenir compte du contexte et des forces en présence afin de proposer des stratégies capables de susciter et de fédérer l'adhésion des populations autour de la vision politique. Cette énonciation admet donc l'existence de formes de résistances.

¹⁶⁸ *Ibidem*, p. 127.

¹⁶⁹ Michel de Certeau, *L'invention du quotidien, Tome 1 : Arts de faire - Edition originale*, 10-18 édition, Paris, Union générale d'éditions, 1980, 375 p.

¹⁷⁰ Jean-François Bayart, « L'énonciation du politique », *Revue Française de Science politique*, vol. 35 / 3, 1985, p. 343-373.

Au surplus, dans la dynamique de la pensée foucauldienne de résistance, Gilles Deleuze évoque la notion de « lignes de fuite » (Deleuze, 1977)¹⁷¹. Les lignes de fuite renvoient au contournement du dispositif. Il s'agit, des caractéristiques propres aux dispositifs qui permettent à l'individu de développer la résistance et donc d'échapper au pouvoir. Pour l'auteur, les dispositifs de pouvoir sont composés eux-mêmes de lignes de fuites, c'est-à-dire d'insuffisances que les pouvoirs œuvrent à pallier en procédant à des aménagements et à des restructurations récurrentes. En effet, pour Gilles Deleuze tout comme Michel Foucault, la résistance est inhérente aux dispositifs de pouvoir. En dépit du fait que les dispositifs ont une force persuasive, ils possèdent également des caractères intrinsèques qui limitent leur efficacité et grâce auxquels les individus arrivent à les contourner. A partir de leur expérience les individus vont développer des tactiques qui leur permettront de détourner et/ou échapper aux instruments du pouvoir (Deleuze, 1977)¹⁷².

Les tactiques de détournement de Michel de Certeau sont développées par les individus dans le cadre de la résistance dans les rapports de pouvoir. Gilles Deleuze, quant à lui, décrit les lignes de fuite du dispositif, qui constituent des failles à partir desquelles des stratégies de résistance sont créées. Il évoque également la résistance issue de l'expérience des individus par rapport aux dispositifs afin d'échapper au pouvoir.

Une analyse du pouvoir en termes de pratiques dans la perspective de la gouvernementalité implique également une analyse des formes de résistances sans lesquelles ce pouvoir ne serait pas pensable. En effet, pour Michel Foucault (1994)¹⁷³, les effets des résistances dans les relations de pouvoir se manifeste par des insidieuses revendications, de fait, elles font naître des formes de résistances qui peuvent constituer des contrepoids des stratégies politiques qui ont un caractère exécutoire et obligatoire.

La notion Foucauldienne de résistance constitue pour nous un cadre pertinent d'analyse dans nos travaux. En effet, notre étude envisage d'analyser également les résistances présentes dans le cadre des campagnes de communication. Concrètement il s'agira d'appréhender quelles sont les réactions des populations vis-à-vis des discours institutionnels de prévention. A la lumière donc de la notion de résistance, nous voulons saisir les formes de résistances des individus et

¹⁷¹ Gilles Deleuze, « Les nouveaux philosophes », *revue bimestrielle Minuit*, mai 1977.

¹⁷² *Ibidem*.

¹⁷³ Michel Foucault m, *op. cit.*

partant, les attitudes de non appropriation des messages, d'une part. D'autre part, la notion de dispositif à travers « ses points de résistances » (Foucault, 1994, p.126), nous permettra d'analyser les caractéristiques intrinsèques des campagnes de communication qui limitent l'efficacité de la prévention.

Dans les lignes qui suivent, nous nous employons à exposer les travaux en Sciences de l'Information et de la Communication qui se sont inscrits dans le prolongement de la théorie de Michel Foucault sur la gouvernementalité afin d'inscrire notre réflexion dans une perspective info-communicationnelle.

2. Communication publique, prévention sanitaire et gouvernementalité

Depuis une quarantaine d'années, la production scientifique en information-communication a augmenté de façon considérable avec des approches et des thématiques variées (Miège, 2015)¹⁷⁴. On assiste alors à la publication de plusieurs travaux dans la discipline des SIC. Les champs d'investigation de la recherche en information-communication sont diversifiés et les enjeux sont majeurs et actuels. Au nombre de ces terrains de recherche, figure la gouvernementalité développée par Michel Foucault dans laquelle s'inscrit notre mémoire. En effet, nos travaux ont pour objet de porter la réflexion sur les campagnes de communication gouvernementales dans le cadre de la prévention des maladies chroniques. Nous appréhendons les campagnes de communication comme « une technologie politique » (Foucault, 1994, p818)¹⁷⁵ permettant aux pouvoirs publics d'acquérir et de renforcer leur légitimité dans l'exercice du pouvoir d'Etat.

Nous avons donc retenu les travaux en sciences de l'information et de la communication en lien avec nos différentes hypothèses, à savoir, la prégnance de la politique dans la communication de prévention ; les dispositifs info-communicationnels qui sont en décalage avec les objectifs de la prévention et les attitudes oppositionnelles d'une partie de la population qui amenuisent la portée des messages de prévention.

2.1 La dimension communicationnelle de l'action gouvernementale

Caroline Ollivier-Yaniv énumère cinq cadres dans lesquels la communication publique est mise à contribution. Il s'agit de : la mise à disposition des données publiques, la question des relations avec les publics, la dimension communicationnelle de l'action publique, l'image et la visibilité des institutions publiques et la communication des décisions politiques (Ollivier-Yaniv, 2013a)¹⁷⁶. La prévention s'inscrit ainsi dans la dimension communicationnelle de l'action publique. La dimension communicationnelle de l'action publique selon Caroline Ollivier-Yaniv fait référence aux actions engagées par l'Etat dans le but d'informer les publics ou de faire

¹⁷⁴ Bernard Miège, *Contribution aux avancées de la connaissance en information-communication*, Paris, Institut National de l'Audiovisuel, 2015, 240 p., (« Médias essais »).

¹⁷⁵ Michel Foucault b, *op. cit.*

¹⁷⁶ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*

changer les comportements. Selon l'auteure, dans le premier objectif, l'information concerne la publication des textes réglementaires et des lois dans le Journal Officiel ou la vulgarisation d'un nouveau service de l'Etat. Pour ce qui est du deuxième objectif, faire changer les comportements, il s'agit de la diffusion de recommandations afin de rendre le citoyen responsable en vue de l'amélioration de son bien-être et de la cohésion sociale.

Pour Bernard Miège (1989)¹⁷⁷, la communication publique est distincte de la communication politique, même si quelques fois des confusions sont établies entre ces deux types de communication en raison de leur objectif commun, à savoir, rechercher le consensus autour de l'action de l'Etat. Selon l'auteur, la dimension politique de la communication publique est occultée. Ainsi, au motif de l'intérêt général, la communication publique pourrait être perçue comme une communication « neutre » émanant des institutions publiques. Dans cette perspective, la communication publique devrait être en mesure de fournir des informations afin d'améliorer les connaissances et partant, la compréhension de l'action publique. Par ailleurs, elle devrait également tenir compte des préoccupations des populations et éclairer leurs décisions afin de les accompagner dans le processus de changement de comportement. A cet effet, dans la dynamique de la recherche de consensus autour des actions de communication publique, Caroline Ollivier-Yaniv évoque « l'effort d'explication » qui caractérise cette communication. Cet effort vise à fournir l'information « adéquate » aux populations afin de favoriser leur adhésion aux décisions gouvernementales et se fonde sur le fait que la vulgarisation et la compréhension d'une décision sont des gages de son appropriation par les publics (Ollivier-Yaniv, 2013)¹⁷⁸. En France, s'appuyant sur ce principe, l'auteure souligne que l'on est passé d'une « administration participative » dans les années 1970 à la notion de communication publique en 1990 avec la mise en scène du débat politique (Ollivier-Yaniv, 2000)¹⁷⁹. Dans le cadre de l'amélioration des rapports entre les institutions publiques et les citoyens, la dénomination est alors passée d'une « information de service » à une « information publique » inscrite dans le cadre de la Commission d'Accès aux documents Administratifs

¹⁷⁷ Bernard Miège, *La société conquise par la communication*, vol. 1, Presses universitaires de Grenoble, 1989.

¹⁷⁸ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*, p. 105.

¹⁷⁹ Caroline Ollivier-Yaniv, *L'Etat Communicant*, Paris, Presses Universitaires de France, 2000, 324 p., (« La politique éclatée »).

(CADA) (Ollivier-Yaniv, 2000)¹⁸⁰. Ce changement d'appellation constitue une des étapes dans l'évolution de la communication publique. Pour l'auteure, l'arrivée de la télévision favorisera également la multiplication des interventions des politiques, des Ministres et des gouvernants qui ont désormais investi le domaine de la communication publique.

Le développement de la communication publique est ainsi tributaire d'une double justification. Celle de « l'intérêt général » et de celle « l'évolution du débat politique » (Ollivier-Yaniv, 2013a)¹⁸¹. Pour l'auteure, le principe d'intérêt général vise à informer les usagers en vue de faire connaître les activités des administrations publiques pour une meilleure appropriation et implication par les usagers comme nous l'avons mentionné plus haut.

Caroline Ollivier-Yaniv souligne également que l'apparition de nouveaux moyens de communication et la matérialisation de la déconcentration de l'Etat français à travers la décentralisation de ses structures dès 1982 ont également concouru au développement de l'information de service et partant de la communication publique. Les nouvelles techniques de l'information et de la communication ont permis la modernisation des administrations publiques. Pour l'auteure, il s'agit, notamment, de l'utilisation du minitel dans le cadre de l'information de service dans les années 80 et la mise à contribution de l'outil internet à partir de 2000. Grâce à ces innovations technologiques, les dénominations d'e-administration ou encore d'administration électronique succèdent à l'information publique de 1978 (Ollivier-Yaniv, 2013)¹⁸². Aujourd'hui, cette dynamique de développement de la communication des institutions publiques est renforcée par l'open data et la mise à contribution du web. De fait, il y a eu une diffusion importante de l'information via les sites internet des institutions et une facilité d'accès à l'information en France (Ollivier-Yaniv, 2013a)¹⁸³.

Dans le cadre de la santé publique, la communication publique viserait à préserver, et à garantir le bien-être social des populations. Puisque les facteurs déterminants de la santé se sont élargis aux domaines sociaux, la communication de prévention est ainsi diffusée à l'endroit des populations dans leur entièreté, et partant, des populations vulnérables afin, semble-t-il, de réduire les inégalités en matière de santé. A cet effet, les campagnes sont organisées afin de

¹⁸⁰ *Ibidem.*

¹⁸¹ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*

¹⁸² *Ibidem.*

¹⁸³ *Ibidem.*

susciter le changement de comportement qualifié d'inapproprié et constituent désormais les outils les plus partagés des politiques de santé même, si leur efficacité reste un sujet à débat (Raude, 2013)¹⁸⁴. La communication de prévention est également utilisée dans la gestion des crises sanitaires. Les stratégies de prévention actuelles impliquent un volet communicationnel important. En effet, l'essence de la prévention, c'est qu'elle est conçue pour être vulgarisée puisqu'elle contribuerait à la maîtrise des risques de la société. La communication publique permet donc à la prévention d'être promue, c'est par son entremise que les discours de prévention parviennent aux publics.

Il semble exister un consensus autour du bien-être social, la question de la santé offre dans une certaine mesure, un cadre de légitimité à l'action publique afin d'agir et de gérer les problèmes sociaux pour le bien-être des populations en général (Romeyer, 2015)¹⁸⁵. En ce qui concerne les maladies chroniques, elles constituent des problèmes majeurs de santé publique dans tous les continents en raison du taux élevé de morbidité et des coûts prohibitifs de la prise en charge (OMS, 2006)¹⁸⁶. A cet effet, vu l'urgence de la situation, il est attendu des gouvernements plus d'implication dans la gestion des politiques de santé sur les pathologies. Cela crée par conséquent un cadre de recevabilité des discours des institutions publiques. Ainsi, en raison de la dimension sociale de la santé, la communication publique dans le cadre de la prévention peut être assimilée à un instrument « de gouvernement du social » (Ollivier-Yaniv, 2009)¹⁸⁷. Les campagnes de communication apparaissent alors comme l'un des moyens privilégiés de l'expression de la stratégie préventive des pouvoirs publics visant l'acceptation et l'appropriation des messages diffusés par les publics en réponse à la gestion des risques dans le souci de l'amélioration de la santé.

Analyser la communication publique comme le prolongement de l'action de l'Etat constitue

¹⁸⁴ Jocelyn Raude, *op. cit.*

¹⁸⁵ Hélène Romeyer, « Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé », *Questions de communication*, 2015, p. 41-61.

¹⁸⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Prévention des maladies chroniques un investissement vital*, Genève, OMS, 2006, 203 p.

¹⁸⁷ Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social », in *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite?*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2009, (« Communication, Médias et Sociétés »), p. 87-102.

pour nous un cadre adéquat pour notre étude, car cette dynamique nous permet de situer les campagnes de communication publique dans le cadre de la prévention comme partie intégrante de la dimension communicationnelle de l'action publique. Et, partant, d'appréhender les techniques de gouvernement qui sont déployées.

2.2 La communication publique sanitaire ou la communication de propagande ?

Caroline Ollivier-Yaniv définit la communication gouvernementale comme le processus par lequel les autorités publiques diffusent des messages par le biais de plusieurs moyens de communication de masse, notamment la télévision (Ollivier-Yaniv et Berthelot-Guiet)¹⁸⁸. Selon l'auteure, au motif de l'intérêt général et de la mission régaliennne d'information des citoyens, l'Etat Français, à partir des années soixante-dix, a mis en place un dispositif d'information marqué par un système de rationalisation et de centralisation en vue de contrôler et d'exercer un monopole dans l'espace audiovisuel (Ollivier-Yaniv, 2001)¹⁸⁹. Cela s'est traduit par la multiplication des interventions des pouvoirs publics au moyen de la télévision qui constitue la « représentation exclusive » d'un « Etat annonceur » (Ollivier-Yaniv, 2001)¹⁹⁰. Dans ce processus d'information du citoyen, la dynamique des messages s'inscrivait dans le registre de la publicité qui est un des moyens de propagande. Pour l'auteure, la communication publique a été instaurée dans la pratique gouvernementale en lieu et place de la propagande en raison du désaveu des populations vis-à-vis de ses méthodes de propagande. Même si le terme de propagande est à proscrire pour qualifier les actions de l'Etat, il apparaît à l'évidence que les effets induits par le déploiement de la communication gouvernementale, à savoir informer en vue de convaincre, valoriser et ou dissuader... bref, faire-faire ou faire-croire sont assimilables

¹⁸⁸ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, « "Tu t'es vu quand t'écoutes l'Etat ?". Réception des campagnes de communication gouvernementale. Appropriation et détournement linguistiques des messages », *Réseaux*, vol. 108 / 4, 2001, p. 155-178.

¹⁸⁹ Caroline Ollivier-Yaniv, « De « la voix de la France » à « l'État annonceur ». Genèse de la communication gouvernementale. Les années soixante-dix, ou l'alchimie des formes d'instrumentalisation de l'information par l'État français », *Communication. Information médias théories pratiques*, vol. 20 / 2, Editions Nota bene, 2001, p. 42-65.

¹⁹⁰ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

à ceux relevant de la propagande (Charaudeau, 2009)¹⁹¹. L'information publique devient alors un instrument de politique dont le but est la valorisation et la régularisation. Dans cette optique, le mode opératoire consiste en la mobilisation d'outils de communication afin d'investir les médias dans le but d'assurer plus de visibilité aux politiques, d'une part, et, d'autre part, de maîtriser les éventuelles tensions qui pourraient remettre en cause l'action publique. Au-delà de l'intérêt général, l'action gouvernementale obéit donc plus à la logique de l'affirmation de la légitimité des pouvoirs publics en œuvrant à la valorisation des actions et des décisions du gouvernement (Ollivier-Yaniv, 2003)¹⁹². Selon l'auteure, la communication gouvernementale travaille à la rationalisation des informations de façon à ne pas discréditer les actions des pouvoirs publics et fait plutôt l'apologie des institutions publiques dont l'engagement aux côtés des populations doit être perçu comme un gage de développement, d'amélioration du bien-être. C'est donc le présupposé caractère important, voire primordial, des stratégies des politiques qui fait l'objet d'une vaste opération de publicité.

Les politiques de santé publique sont également marquées par le même paradoxe. En effet, ces politiques de prévention se composent de recommandations à caractère exécutoire dont la dénomination qui a évolué au cours des années, indique l'ambition réelle de l'action gouvernementale et le registre dans lequel ces prescriptions s'inscrivent. Ainsi, en France on est passé de « propagande d'hygiène sociale » en 1930 à « l'éducation sanitaire et sociale » au cours de l'après-guerre pour aboutir à « l'éducation pour la santé » à partir de 1970 et à « l'éducation à la santé » dans les stratégies actuelles (Berlivet, 2013)¹⁹³.

A l'analyse de toutes ces transformations nominatives visant à indiquer l'objectif des stratégies de santé publique, il apparaît que dans le projet de soumission des corps par la voie de la médicalisation, les méthodes utilisées relèvent de la propagande comme le mentionne

¹⁹¹ Patrick Charaudeau, « Il n'y a pas de société sans discours propagandiste », in *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite?*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2009, (« Communication, Médias et Sociétés »), p. 19-47.

¹⁹² Caroline Ollivier-Yaniv, « Les communicants gouvernementaux au secret : croire et faire croire à la transparence politique », *Quaderni*, vol. 52 / 1, Persée - Portail des revues scientifiques en SHS, 2003, (« Secrets et pouvoirs: les faux-semblants de la transparence »), p. 105-115.

¹⁹³ Luc Berlivet, « Les ressorts de la "biopolitique" : "dispositifs de sécurité" et processus de "subjectivation" au prisme de l'histoire de la santé », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 60-4/4 bis / 4-5, 2013, p. 97-121, p. 105.

clairement l'appellation initiale des politiques de santé publique. A ce propos, Hélène Romeyer et Moktefi Amirouche (2013)¹⁹⁴ indiquent que les informations sanitaires diffusées dans le cadre de la prévention ont un caractère scientifique et publicitaire. En effet, si les recommandations proviennent des experts de la santé publique, qu'ils soient issus des communautés scientifiques nationales ou internationales, les messages par contre, semblent s'inscrire dans des logiques politiques et publicitaires dont l'objectif vise à contraindre et à influencer les attitudes, à adopter et/ou à proscrire des comportements.

Pour Michael Rinn et William Sherlaw (2019)¹⁹⁵, la communication dans le cadre de la santé publique participe également à la construction « d'un dispositif de propagande » en vue de diffuser de nouvelles règles de prise en charge de la santé qui s'inscrivent dans l'établissement d'un ordre social. En effet, les auteurs mentionnent le fait que les pratiques langagières et les discours de la communication dans le domaine de la santé publique mettent à contribution des images, des pratiques sociales et des institutions étatiques dont le but est d'établir une réalité sociale avec sa vérité, ses conditions de validité et ses termes de connaissance. La communication encadre au-delà des comportements tout l'univers de l'individu et détermine par conséquent la vie en société. Dès lors, la communication de prévention apparaît comme un instrument de promotion, voire de propagande et constitue le moyen pour l'établissement et la construction d'une « société parfaite » soumise aux injonctions des pouvoirs publics (Ollivier-Yaniv et Rinn, 2009)¹⁹⁶. Nous avons choisi de mobiliser cette optique des travaux en SIC afin d'appréhender le registre dans lequel s'inscrit les campagnes de prévention en Côte d'Ivoire dans la perspective de la gouvernementalité.

2.3 La communication publique comme composante de la communication politique

Le caractère impartial des actions de communication publique est mis en brèche par certaines études. En effet, si certains auteurs avancent le fait que la communication publique peut être séparée des questions politiques, plusieurs travaux en SIC ne partagent pas cette position. Pour nous, la communication publique doit être perçue, non pas comme un moyen destiné à réguler les comportements, mais, plutôt, comme un outil au service de la puissance publique (Oliveira,

¹⁹⁴ Hélène Romeyer et Amirouche Moktefi, *op. cit.*

¹⁹⁵ Michael Rinn et William Sherlaw, « Santé publique et communication », *MEI info-com*, 2019, p. 7-11, p. 8.

¹⁹⁶ Caroline Ollivier-Yaniv et Michael Rinn, *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite?*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 2009, 232 p., (« Communication, Médias et Sociétés »).

2012)¹⁹⁷. Cette interdépendance entre la communication publique et la politique se manifeste à plusieurs niveaux. Elle se perçoit aussi bien au niveau de la qualité et du mode de désignation des acteurs en charge de l'animation de la communication publique qu'au niveau des pratiques et des stratégies de communication en santé publique.

2.3.1 Au niveau des acteurs de la communication publique

Le souci de mise en visibilité des Ministres en charge de la santé et des élus locaux à travers la communication et le lien qu'ils entretiennent avec les acteurs de la communication ministérielle ou des collectivités locales remettent en cause l'indépendance des techniciens de la communication. A cet effet, Caroline Ollivier-Yaniv (2019)¹⁹⁸ souligne l'absence et/ ou la limitation de la marge de manœuvre de ces chargés de communication. L'auteure évoque par conséquent, la proximité des responsables de la communication avec les politiques, ce qui fait que l'exercice de leur fonction est largement tributaire des décisions politiques. Quel que soit l'échelon de décentralisation de l'Etat, les actions du responsable en charge de la communication dépendent du représentant politique. La plupart du temps, la communication publique, qu'il s'agisse du domaine de la santé ou non, se déroule sous la supervision d'une personnalité politique (Ministre, élu, autorité locale). Ceci a pour effet que ses orientations stratégiques obéissent plus à un intérêt politique que social.

A côté de l'influence des politiques sur les actions de communication publique, il y a également le fait que les responsables de la communication sont pour l'essentiel des politiques. En effet, il est question ici du mode de leur désignation qui s'inscrit dans une logique politique. Dans certains cas, les chargés de communication sont issus d'une nomination politique. Le temps d'exercice de ces agents de l'administration est également soumis au changement électoral (Ollivier-Yaniv, 2019)¹⁹⁹. La communication publique est donc dans une certaine mesure « conditionnée par la notion de mandat » (Bessières, 2009)²⁰⁰. En règle générale, c'est le

¹⁹⁷ Jean-Philippe De Oliveira, *op. cit.*

¹⁹⁸ Caroline Ollivier-Yaniv, « La communication gouvernementale, un ordre en négociation », *Revue française d'administration publique*, vol. 171 / 3, École nationale d'administration, 2019, p. 669-680.

¹⁹⁹ *Ibidem.*

²⁰⁰ Dominique Bessières, « La définition de la communication publique : des enjeux disciplinaires aux changements de paradigmes organisationnels », *Communication & Organisation*, Presses universitaires de Bordeaux, 2009, p. 14-28, p. 20.

responsable politique qui désigne ses collaborateurs qu'il juge capable d'atteindre les objectifs définis. Le pouvoir discrétionnaire dont dispose cette autorité politique, et, partant, l'harmonie de ses relations avec le responsable de communication sont des gages aussi bien pour la bonne conduite de la mission et des activités du communicateur, que pour sa reconduite à son poste. Dans son article sur les communicants gouvernementaux, Caroline Ollivier-Yaniv analyse la supposée indépendance des responsables de communication des institutions publiques avec les enjeux des politiques (Ollivier-Yaniv, 2019)²⁰¹. A partir de la définition du secret comme forme sociale, l'auteure souligne l'écart entre les activités des acteurs de la communication gouvernementale qui doivent s'inscrire dans la perspective de l'intérêt général et la réalité des faits. Ainsi, en ce qui concerne les conditions d'élaboration et de mise en œuvre des stratégies de communication, selon son analyse, il n'y a pas de « transparence » dans le rôle des responsables de communication, encore moins dans les activités qu'ils mènent pour le compte des organismes qu'ils représentent, comme c'est le cas des professionnels de la communication du service d'information du premier Ministre qui participent aux réunions du cabinet du Ministre. La lisière entre leur fonction de communicateur et de politique est difficilement perceptible. A travers leurs activités, les communicants semblent faire la promotion et la valorisation des activités du gouvernement, bien plus, ils œuvrent à la rationalisation des informations en direction des publics et à la gestion des éventuelles protestations.

2.3.2 Au niveau des pratiques et des stratégies de communication publique

Pour Dominique Bessières, la communication fait partie intégrante des organisations publiques, qu'elles soient nationales ou internationales. A ce titre, plusieurs missions lui sont assignées, notamment en matière d'information ou d'éducation. Toutefois, en raison des enjeux sociaux du moment, la communication publique est déployée en vue de servir l'intérêt des autorités publiques (Bessières, 2009)²⁰². Elle est utilisée à des fins politiques. Par conséquent, elle sert de support à la promotion de leurs activités afin de convaincre le plus grand nombre sur l'utilité et la nécessité de leur mandat.

La communication publique en tant que communication des institutions publiques locales ou nationales revêt plusieurs caractéristiques. Tout est fonction de l'objectif et de la sphère dans

²⁰¹ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²⁰² Dominique Bessières, *op. cit.*

laquelle elle opère. Dans le domaine du social, notamment celui de la santé, elle est ponctuée en majeure partie par des campagnes de sensibilisation dont le but est d'attirer l'opinion publique sur un problème de santé publique. Ces campagnes qui, pour la plupart, sont à visée préventive, même si leur mise en œuvre combine des savoirs scientifiques, entre autres, experts en épidémiologie, portent la marque avérée des choix politiques de l'Etat. En effet, ce sont les pouvoirs publics qui vont consigner et traduire les recommandations des spécialistes en santé publique en stratégies en fonction de leur orientation politique. Les modalités opératoires des prescriptions de santé publique dépendent essentiellement d'une décision politique dans une certaine mesure. La communication publique de prévention apparaît alors comme une communication politique puisqu'elle résulte de l'arbitrage de la puissance publique.

La dimension politique de la communication publique est également mise en exergue par Caroline Ollivier-Yaniv (2010)²⁰³. En effet, l'auteure indique que le discours politique se construit sur le principe de l'appartenance de la communication à « l'action politique ». Cette précision indique clairement que la communication participe à l'élaboration des discours et des politiques publiques. Pour l'auteure, la communication publique fait partie du discours politique et constitue un dispositif de gouvernement, puisqu'elle renvoie à un réseau de stratégies visant à exercer un contrôle sur la société et à encadrer la conduite des individus. L'auteure indique également que, dans des domaines comme celui de la santé, la communication est utilisée comme un outil classique des politiques publiques de prévention dont l'objectif est d'influencer le comportement des individus (Ollivier-Yaniv, 2019)²⁰⁴. La communication publique apparaît ainsi comme un moyen de diffusion de normes à visées disciplinaires, d'une part, et, d'autre part, constitue un support de légitimité et le prolongement de l'action publique.

La communication publique peut être également au service de la communication politique en raison des motifs idéologiques qui la sous-tendent, à savoir, le fait que l'action gouvernementale se déploie en vue de la recherche d'une légitimité (Ollivier-Yaniv, 2013a)²⁰⁵. Les axes stratégiques des campagnes de communication sont le fait du Ministre et de ses collaborateurs. Dans le processus d'éducation pour la santé, les campagnes de communication dans le cadre de la prévention mettent l'accent sur les comportements individuels, sans tenir compte de la

²⁰³ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*, p. 93-94.

²⁰⁴ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²⁰⁵ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*

responsabilité des dirigeants politiques, des professionnels de la santé et des industries. Tout se déroule comme si la maîtrise des facteurs de risques dépendait uniquement du comportement de la population. En effet, des travaux ont montré que dans le cadre de la prévention des risques à l'exemple de la sécurité routière, l'action des constructeurs automobiles, notamment la fabrication de véhicules « sûrs », d'une part, et, d'autre part, le rôle de l'Etat dans l'entretien des infrastructures routières, sont des facteurs importants pour résoudre la question des accidents de la route (Gilbert, 2008)²⁰⁶. La responsabilité individuelle ne peut donc pas, à elle seule, suffire pour régler les problèmes de santé publique.

La dimension politique de l'action communicationnelle de l'Etat dans le cadre de la prévention est également perceptible en raison du caractère symbolique des politiques de santé publique. En effet, il existe des écarts entre les discours des autorités et la réalité du terrain (Fassin, 2000)²⁰⁷. L'analyse des plans d'actions, et partant, des différents indicateurs de résultats, implique des investissements économiques nécessaires pour atteindre les objectifs de santé publique. Cependant, entre les promesses des politiques et les réels besoins de la communication de prévention, on peut s'interroger sur la véritable intention de la puissance publique. Il apparaît à l'évidence que les moyens mis à la disposition des responsables de la communication semblent insuffisants face au chantier de la prévention. Ainsi, les discours relèvent plus de « politiques symboliques » que de véritables stratégies opératoires.

A côté des engagements politiques non tenus, figure aussi le caractère universel de la prévention avec l'édiction de normes internationales qui sont la plupart du temps le fait de l'OMS et applicables dans tous les pays en dépit de la divergence des cultures. Même si l'OMS conseille aux gouvernements d'adapter ses résolutions au contexte local, dans la pratique, au niveau des pays en voie de développement, ces politiques importées sont en décalage avec les spécificités socio-culturelles. La communication de prévention ne peut pas atteindre ses objectifs puisque la population ne se reconnaît pas dans les normes diffusées. La dimension politique internationale est priorisée au détriment des spécificités locales.

Au surplus, la réponse insuffisante des systèmes sanitaires constitue également un paradoxe de la communication de prévention. Pour organiser une campagne de sensibilisation, la réponse du système sanitaire doit être capable d'assurer la continuité des actions des campagnes, à

²⁰⁶ Claude Gilbert, *op. cit.*

²⁰⁷ Didier Fassin, *op. cit.*

l'exemple de l'organisation des campagnes sur l'importance de la vaccination contre la Covid19 dans les pays en voie de développement alors que le système sanitaire ne dispose pas de réserve suffisante pour couvrir les besoins. Tout ceci fait que la communication de prévention a une dimension plus figurative qu'opérante.

Le motif de l'intérêt général mis en avant dans le cadre de la légitimité des actions de communication publique dans le domaine de la communication de prévention est à nuancer. De notre point de vue, la lisière entre communication publique et communication politique existe que de façon théorique. Dans la pratique, comme nous l'avons montré plus haut, la première citée participe dans une large mesure au déploiement de la seconde, d'une part, et, d'autre part, elle sert de tremplin pour les politiques à la recherche de cadre d'expression et de support de légitimité. La communication publique ne peut donc prétendre à l'impartialité, puisqu'en raison des enjeux divers du monde contemporain, elle est investie par des politiques qui en sont les concepteurs et les promoteurs. En effet, les stratégies de communication dépendent des politiques et obéissent plus à des logiques de pouvoirs qu'à des visées sociales informatives. Ainsi, la mise en avant des stratégies politiques et la visibilité des dirigeants semblent primer sur les besoins en information de santé, voire sur le bien-être de la population.

La communication publique comme composante de la communication politique est une perspective pertinente pour notre mémoire. Elle nous permet de saisir la dimension politique des campagnes de prévention, et, partant la pratique de la gouvernementalité.

2.3.3 Les campagnes de communication comme dispositif de biopouvoir

Les nombreuses crises sanitaires ont eu pour effet de déstabiliser l'équilibre social des sociétés et parallèlement de mettre en avant le rôle des gouvernants dans la gestion des problèmes sociaux. On assiste à une multiplication des interventions des politiques dans le domaine de la santé, qui semble représenter un gage de légitimité pour ces derniers (Oliveira, 2012)²⁰⁸. La santé publique a désormais intégré les discours des politiques et constitue un cadre de recevabilité des politiques en quête de consensus dans l'exercice du pouvoir. Ainsi, Caroline Ollivier-Yaniv, dans la continuité des travaux de Michel Foucault, indique que le concept du biopouvoir peut servir de cadre de compréhension pour saisir le rôle des campagnes de

²⁰⁸ Jean-Philippe De Oliveira, *op. cit.*

communication dans la régulation des conduites (Ollivier-Yaniv, 2009)²⁰⁹. En effet, pour l'auteure, les campagnes de communication peuvent être assimilées à des instruments de rationalisation élaborés et mis en œuvre par les pouvoirs publics dans le cadre de l'exercice de la biopolitique afin de gouverner le comportement des individus. Pour Michel Foucault, la gouvernementalité englobe l'ensemble des instruments conçus et mise en œuvre par les gouvernants afin de normaliser la population. Dans cette perspective le biopouvoir qui une technique de gouvernement destinée à la conduite des corps, constitue une de ses composantes. Dans le domaine de la santé, elle fait référence aux campagnes de communication qui constituent donc des condensés de gouvernementalité représentant la forme expressive de l'instrumentation de l'action publique (Lascoumes et Simard, 2011)²¹⁰. Dans ce processus, l'épidémiologie, composante de santé publique, participe à la conception des normes et constitue un support de construction des discours politiques en matière de prévention. La santé publique concourt ainsi à la création de standards sociaux. A la différence de la clinique qui s'occupe de l'état de santé individuel et qui résulte d'observations empiriques, la santé publique, elle, s'intéresse à l'amélioration de la santé sous un angle général, celui de la population dans sa globalité. Ainsi, à partir d'approches approximatives, elle décrit l'origine sociale des maladies et définit une charte de bonne conduite centrée dans la plupart du temps sur l'incrimination du comportement des personnes. Elle édicte par conséquent des règles qui visent à soumettre les corps permettant, de ce fait, la formalisation de l'instrumentation de l'action publique à travers l'organisation de campagnes de sensibilisation destinées à la diffusion de ses prescriptions. Dans cette perspective, les campagnes de prévention tirent leur légitimité des fonctions régaliennes de l'Etat qui consistent à assurer la sécurité et la santé des populations. En ce qui concerne le contenu de ces campagnes de prévention, Caroline Ollivier-Yaniv explique également que leurs thématiques renvoient à celles de l'exercice du biopouvoir sur la vie tel que développé par Michel Foucault (Ollivier-Yaniv, 2009)²¹¹. Cette politique exercée sur le corps est réalisée par le biais de la politisation des questions relatives à l'amélioration du bien-être social comme les pathologies chroniques, l'hygiène publique ou la

²⁰⁹ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²¹⁰ Pierre Lascoumes et Louis Simard, « L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction », *Revue française de science politique*, vol. 61 / 1, Paris, Presses de Sciences Po, 2011, p. 5-22.

²¹¹ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*, p. 93.

sécurité routière. Ainsi, dans la gestion des problèmes de santé publique, les campagnes de communication sont des opérateurs matériels du biopouvoir et, partant, peuvent être également assimilées à une « technologie de pouvoir » (Foucault, 1994, p818)²¹². Ce biopouvoir soumet les corps et sollicite aussi la participation des individus dans la dynamique de l'amélioration de leur état de santé. A cet effet, Caroline Ollivier-Yaniv identifie trois modalités d'exercice des campagnes de communication en tant qu'instrument de biopouvoir. L'auteure appréhende entre autres les campagnes comme « substitut », « complément » et « composante » d'une stratégie de coercition (Ollivier-Yaniv, 2009)²¹³.

2.3.3.1 Campagnes de communication et moyen de coercition

En ce qui concerne l'hypothèse selon lequel les campagnes constituent des instruments destinés à induire une pression sur les comportements, Caroline Ollivier-Yaniv (2009) indique que les mécanismes de prévention opèrent dans la sphère « du privé », là où l'Etat n'a pas de moyens d'action. A titre d'exemple, dans le cas ivoirien, on peut évoquer les campagnes de sensibilisation sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif du nourrisson, organisées par le Programme National de Nutrition (PNN) ([Figure 1](#)).

Figure 1: Le lait maternel dans l'alimentation du nourrisson



Ces campagnes qui se tiennent de façon institutionnelle chaque année au mois de septembre, visent à réglementer le comportement des mères dans l'alimentation de leurs bébés, d'une part. D'autre part, ces campagnes semblent remettre en cause l'attitude des parents qui n'obéissent

²¹² Michel Foucault b, *op. cit.*

²¹³ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*, p. 94.

pas à cette recommandation, puisque, selon les messages, le renforcement du système immunitaire de l'enfant et, partant, sa bonne santé, dépendrait dans une large mesure de l'adoption de ce mode de nutrition. Cette pression subtile exercée au moyen des campagnes vise également à imputer la responsabilité de la survie du nouveau-né au seul fait des parents et surtout de la mère, qui peut se sentir culpabilisée. Alors que plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. Il s'agit, notamment, de la couverture sanitaire et de la capacité de prise en charge des affections de l'enfant qui résultent des aptitudes des professionnels de santé, du niveau du plateau technique et des investissements réalisés par les politiques dans le domaine de la santé. Ici, les campagnes de prévention, dispositif de gouvernement, agissent de façon certaine sur les conduites des publics cibles.

2.3.3.2 Campagnes de sensibilisation et tactiques punitives

Pour Caroline Ollivier-Yaniv (2009), la communication peut être aussi appréhendée comme un outil d'appoint aux méthodes répressives des institutions disciplinaires telles que la police et la gendarmerie. A partir des modes opératoires de la prévention en France et en Grande Bretagne

Figure 2: Le corps du fumeur -PNLTA



« biographie du fumeur »qui présente un corps déformé en tout point et présentant de multiples

sur la sécurité routière, l'auteure met en exergue la manière dont la communication persuasive a été mise à contribution dans l'objectif de faire appel à la responsabilité individuelle et collective. Dans cette perspective et comme illustration, nous pouvons citer l'exemple des campagnes de lutte contre le tabac en France et en Côte d'Ivoire. En Côte d'Ivoire, à travers la diffusion de l'affiche sur la

Figure 3: Les dangers du tabagisme



pathologies mortelles (Figure 2) et les messages tels que « vous êtes à deux doigts de faire une crise cardiaque », « le tabac détruit » (Figure 3), « le tabac, un poison dans notre vie », le « tabac, l'ami du cancer », le « sixième doigt tue les fumeurs et les non-fumeurs », les campagnes relient la consommation du tabac à une mort prématurée et certaine. Ces campagnes contre le tabac s'inscrivent dans une communication de risques qui se fonde sur la peur et la sanction afin de susciter le changement de comportement de façon personnelle et globale, puisque la santé de la communauté est également menacée par le tabac. En même temps qu'elles incriminent les attitudes du fumeur en cas de refus d'abandon du tabac, les campagnes de sensibilisation engagent les proches du fumeur à l'effet de se constituer en police civile afin de le sanctionner et l'obliger à s'approprier les normes de prévention dans l'optique de préserver également leur santé.

2.3.3.3 Campagnes de prévention et mécanisme de répression

Dans ce cas de figure, les campagnes de communication sont parties intégrantes d'un dispositif de répression. Pour Ollivier-Yaniv (2009), elles consistent à rassurer la population, susciter l'adhésion et impliquer les publics dans la lutte contre un phénomène. Cela passe par la diffusion de message contenant un rappel sur les dispositifs de sécurité déployés par l'Etat pour protéger la population et un appel à l'action des populations dans la prévention des actes en fournissant des informations jugées utiles. En Côte d'Ivoire, l'opération dénommée « Epervier1 »²¹⁴ de lutte contre la criminalité juvénile s'inscrit dans cette dynamique et peut être citée comme exemple. Ainsi, à l'initiative du Ministère de la sécurité, une vaste opération de démantèlement des enfants « microbes », c'est-à-dire des enfants se livrant à des actes de vandalismes graves (agressions, meurtres), a été lancée à partir du mois de mai de l'année 2016. Elle est basée sur une campagne de communication visant à amener les populations à dénoncer tout suspect ou toute zone stratégique à un numéro vert créé à cet effet. La première initiative a permis l'arrestation de plus de deux cent quarante-huit (248) présumés délinquants, tous mineurs. Cette opération a également abouti à la destruction de plusieurs dizaines de fumeurs

²¹⁴ L'opération "épervier" était la première d'une série, actuellement la Côte d'Ivoire est à sa septième opération épervier puisque le phénomène d'enfants microbes perdure.

illégaux qui étaient dédiés à la consommation de drogues illicites (DGPN, 2017)²¹⁵ et qui constituaient des zones de regroupement et des endroits stratégiques pour ces enfants « microbes ». Ces campagnes de communication en tant que partie intégrante du dispositif de coercition qui sont organisées conjointement avec les forces de l'ordre nécessitent la participation des populations et obéissent à une logique de sécurité nationale.

Pour nous, en matière de prévention, les campagnes de sensibilisation constituent les formes expressives de la stratégie politique. Il est question de la matérialisation de l'action publique par le biais de ces dispositifs de biopouvoir qui participent ainsi au prolongement des stratégies disciplinaires de la puissance publique. Dans cette perspective, ces dispositifs visent à sanctionner et à assujettir les comportements des individus et ce, de façon subtile, dans les rapports de pouvoirs avec les administrés en amenant ces derniers à intérioriser les normes et à passer à l'action. Envisager les campagnes de communication comme dispositif de biopouvoir, nous permet d'appréhender la diffusion des normes de santé publique comme articulation majeure et élément constitutif de ces instruments de pouvoir.

2.3.4 L'autocontrainte et le gouvernement des conduites

Dans le cadre de la communication publique, les autorités mettent en place des instruments dans la gestion politique des gouvernés (Ollivier-Yaniv, 2018)²¹⁶. Ainsi, les campagnes de communication, quel que soit le registre dans lequel elles s'inscrivent, induisent une autodiscipline et une autorégulation des individus. Ces campagnes participent à la création d'un ordre social par le biais des normes puisqu'elles définissent la normalité. Dans ce processus, la diffusion des normes visant à encadrer la conduite des individus est de mise. A partir de ces normes qui déterminent les attitudes relevant du registre de normalité ou non, l'individu est amené à opérer des choix dans son souci de rester en bonne santé. A ce propos, Georges Canguilhem écrivait que la maladie survient lorsqu'il y a des infractions à la norme (Canguilhem, 1996)²¹⁷. La santé semble dépendre de l'aptitude de l'organisme, de l'individu à établir et à intégrer de nouvelles normes pour faire face à une situation donnée.

²¹⁵ Bureau d'études statistiques, « Rapport d'activités de la Direction Générale de la Police Nationale et des commissariats », 2017.

²¹⁶ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*, p. 6.

²¹⁷ Georges Canguilhem, *op. cit.*

Selon l'auteur, l'état de bonne santé et sa préservation dépendent par conséquent, de l'adaptation de l'individu à son environnement et à ses exigences. Les campagnes de communication visent ainsi à agir et à contrôler le comportement des individus qui, en raison du souci de normalité admis par la collectivité, sont obligés de se conformer aux règles. Cependant, ces campagnes créent par la même occasion une stigmatisation. En effet, cela peut se traduire par la mise à l'écart des individus qui ne respectent pas les règles ou encore par la culpabilité ressentie par les individus malades parce que n'ayant pas respecté les normes. Les normes apparaissent ainsi comme des contraintes qui gouvernent la vie des individus.

Ces normes induisent également un autocontrôle de l'individu qui est contraint de veiller sur sa conduite en vue d'entretenir son état de santé en se conformant aux valeurs diffusées et qualifiées de rationnelles parce que bénéficiant de la légitimité scientifique de l'épidémiologie. L'intégration et l'incorporation des normes constituent une certaine forme de contrainte qui modifie le quotidien des individus.

Les campagnes de communication contribuent ainsi à une réorganisation sociale fondée sur la responsabilité individuelle comme déterminant essentiel de santé. Elles constituent de fait un instrument de « gouvernement du social » (Ollivier-Yaniv, 2009)²¹⁸. Dans le cadre de la prévention, les individus sont contraints de s'approprier les nouveaux modes de comportements, à l'exemple de manger un repas équilibré, se faire dépister du cancer, manger moins gras, pas trop sucré... bref, intégrer toute une panoplie de recommandations dans leur quotidien.

La multiplication de la diffusion des normes et leur intériorisation croissante par les populations constituent des formes de contraintes sociales avérées et participent ainsi au renforcement et au développement d'autocontraintes agissant aussi bien sur le code de bonne conduite des sociétés que sur les corps des individus (Ollivier-Yaniv et Berthelot-Guiet, 2001)²¹⁹. Ainsi, les campagnes de prévention organisées dans le domaine de la santé ont pour lieu de prédilection les corps et participent ainsi à une redéfinition des facteurs qui influencent la santé, désormais centrés sur les attitudes individuelles. Cette orientation des politiques de santé publique contribue de ce fait à la réduction de la « liberté individuelle » (Berlivet, 2013)²²⁰. Les

²¹⁸ Caroline Ollivier-Yaniv et Michael Rinn, *op. cit.*

²¹⁹ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²²⁰ Luc Berlivet, *op. cit.*, p. 105.

campagnes de santé publique occultent la responsabilité des politiques en mettant en avant la responsabilité de l'individu. Ainsi, l'autocontrainte se manifeste également par le fait qu'en raison de l'approche par la victimisation promue par les politiques de santé, les individus acceptent leur statut de victimes prêtes à assumer la responsabilité pour leur état de santé (Rinn et Sherlaw, 2019)²²¹. Alors que certains déterminants sociaux de la santé tels que l'accès aux soins et la paupérisation ne sont pas le fait de l'individu.

Les campagnes de communication de prévention visent à faire la promotion de comportements de santé « adéquats » afin de réduire les facteurs de risques des maladies et par conséquent, améliorer la santé des populations. Ces comportements prescrits sont alors qualifiés de normes par les spécialistes de la santé publique et les pouvoirs publics. Cependant, chaque société possède ces « normes » en matière de prise en charge de la santé qui peuvent être contraires à celles de la santé publique. Il y a donc un rapport de force entre ce qui doit être perçu comme « normal » et ce qui est réellement partagé par les populations locales. Ce rapport de force entre les normes de santé publique et celles des individus a été mis en avant par Thomas Depecker et al (2013)²²². En effet, les auteurs retracent l'histoire de la construction des normes dans le domaine de l'alimentation et montrent comment ces normes ont été conçues standardisées et diffusées par les différents acteurs que sont les professionnels de santé, les spécialistes de l'alimentation et les autorités publiques au fil du temps. Par ailleurs, à travers des enquêtes, ils tentent d'appréhender les pratiques alimentaires des individus par rapport aux prescriptions, et partant, mettent en lumière la dynamique qui fait suite à la diffusion des recommandations. Pour les auteurs, elle s'inscrit dans une logique soit de réappropriation dans le cas de l'alimentation familiale des enfants, soit de coïncidence pour les entreprises agroalimentaires ou encore dans un cadre de contradiction en ce qui concerne les adolescents. Les raisons qui sous-tendent ces relations conflictuelles avec les normes chez les entreprises obéissent à des intérêts économiques et sont relatifs à l'âge, au genre et à l'origine sociale chez les adolescents. En effet, les adolescents issus de couches sociales moyennes et supérieures sont plus aptes à diffuser et à s'approprier les normes du programme national de nutrition à l'instar de leurs

²²¹ Michael Rinn et William Sherlaw, *op. cit.*

²²² Thomas Depecker, Anne Lhuissier et Aurélie Maurice, *La juste mesure: une sociologie historique des normes alimentaires*, Rennes Tours, Presses universitaires de Rennes Presses universitaires François-Rabelais, 2013, 398 p., (« Tables des hommes »).

parents. A l'opposé les jeunes provenant des couches sociales populaires ne sont pas disposés à relayer, voire à mettre en œuvre les recommandations alimentaires puisqu'elles sont contraires à celles de leurs parents. L'appropriation des messages chez les adolescents est également traversée par des influences d'ordre individuel ou collectif. Il s'agit notamment des préférences alimentaires personnelles ou des préférences partagées par les pairs entre autres, les repas de type « fast-food ».

Ainsi, en Côte d'Ivoire, les valeurs partagées par certaines populations locales en matière d'alimentation correspondent à une circulation de normes locales qui découle du volet culturel et qui peut être contraire aux messages relatifs à l'alimentation équilibrée. Il s'agit entre autres de la préférence des populations pour une alimentation riche en matières grasses ou du rapport positif avec l'embonpoint que nous verrons dans le chapitre 4 de la deuxième partie de notre mémoire.

2.4 Les formes de résistances face aux dispositifs info-communicationnels

En ce qui concerne les actions de sensibilisation, l'analyse des dispositifs mis en œuvre dans les campagnes de communication qui constituent des outils incontournables dans les politiques de santé publique fait ressortir des caractéristiques propres qui rendent ces campagnes contreproductives, permettant ainsi aux populations de soit développer des attitudes, de déni, de détournement, de rejet ou de suspicion vis-à-vis des discours des dispositifs info-communicationnels.

A partir des travaux en SIC, nous proposons de traiter certaines insuffisances des campagnes de communication, d'une part, et, d'autre part, les réactions des populations à l'égard des dispositifs.

2.4.1 Les insuffisances des dispositifs info-communicationnels

Les insuffisances renvoient aux caractères intrinsèques du dispositif qui permettent aux populations de développer des résistances. Ainsi dans l'analyse des dispositifs de pouvoir, Michel Foucault assimile les résistances à leur « irréductible vis-à-vis » (Foucault, 1994)²²³. L'auteur appréhende les dispositifs comme ce qui assujettit, mais aussi ce qui permet

²²³ Michel Foucault, *op. cit.*, p. 127.

d'échapper au pouvoir. Les insuffisances de ces instruments communicationnels de l'action publique peuvent être perçues au niveau de la compréhension des messages et des axes la communication de prévention.

2.4.1.1 Au niveau de la compréhension des messages

L'une des premières insuffisances des dispositifs info-communicationnels est relative aux caractéristiques de l'information. A cet effet, Caroline Ollivier-Yaniv (2015)²²⁴, mentionne les difficultés à produire un discours unifié validé par les savoirs scientifiques et administratifs, capable de susciter le changement de comportements. A côté de ce défi, il y a la diffusion d'un message unique en direction de publics hétérogènes qui peut constituer des obstacles à la mise en application ou non des recommandations par les individus, puisqu'il peut arriver que ces derniers ne se sentent pas concernés par les messages.

Les insuffisances des dispositifs info-communicationnels peut résulter également d'autres facteurs. Il s'agit, notamment, du taux d'analphabétisme considérable des populations qui pourrait constituer une entrave à l'appropriation des messages chez les populations moins instruites (Ollivier-Yaniv, 2018). En effet, les populations issues de l'immigration et des pays en voie de développement, avec des taux d'illettrisme élevé, peuvent constituer des franges exclues des messages délivrés essentiellement en langue française.

A côté de fait, Joëlle Kivits et al (2014)²²⁵, indiquent que la disparité de la couverture médiatique peut également constituer une faille des dispositifs info-communicationnels. En effet, si ce sont les mêmes supports de communication qui sont utilisés dans le cadre de la prévention sur une maladie, leur diffusion par contre n'est pas similaire. Elle peut être accentuée dans les milieux urbains au détriment des zones rurales.

Au surplus, la dimension collective occultée par la plupart des campagnes de sensibilisation qui se focalisent sur la responsabilité individuelle peut également constituer un critère d'inefficacité des campagnes.

2.4.1.2 Au niveau des axes la communication de prévention

En ce qui concerne les insuffisances des dispositifs info-communicationnels et, partant,

²²⁴ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²²⁵ Joëlle Kivits [et al.], *op. cit.*

l'intégration des normes diffusées, plusieurs facteurs ont été énumérés pas des travaux. On peut citer, entre autres, à l'instar de Matthieu Grossetête (2011)²²⁶, la non prise en compte de catégories sociales défavorisées dans le cadre des discours de prévention, comme dans le cas des campagnes sur la sécurité routière. Dans son article, Matthieu Grossetête mentionne le fait que les conditions de production des campagnes de communication sont traversées par des enjeux politiques, sociaux et économiques. Ainsi, en raison des logiques du marketing, certains publics n'apparaissent pas dans les films sur la prévention routière. Il s'agit, notamment, de jeunes hommes issus de couches sociales défavorisées dont le risque de décéder d'un accident de la route est élevé. Ce sont plutôt les catégories favorisées qui apparaissent dans les films de prévention alors que la probabilité qu'ils meurent d'un accident de la route est faible. En effet, l'étude relève que le taux de mortalité des usagers appartenant aux classes favorisées a baissé sur la période étudiée par rapport à celui des usagers issus des couches sociales défavorisées (Grossetête, 2011)²²⁷. Pour l'auteur, le fait de se montrer prévoyant constitue pour les individus les plus nantis une norme naturellement acquise par éducation (Comby et Grossetête, 2012)²²⁸. Ainsi, ces derniers sont plus aptes à s'appropriier et à intégrer les messages de prévention, puisqu'ils se reconnaissent dans les différents spots diffusés. Ceci n'est pas le cas chez les individus des classes populaires en raison de bien des facteurs, notamment certaines difficultés sociales quotidiennes comme l'accès aux services sociaux de base ou l'insuffisance du pouvoir d'achat. L'étude indique donc que l'interprétation de la norme de prévoyance dépend de l'appartenance à une catégorie sociale. Ainsi, la non prise en compte des inégalités sociales dans les spots de prévention constitue une insuffisance des dispositifs info-communicationnels, institutionnels et pose le problème de la portée des messages. A cet effet, Michael Rinn et William Sherlaw (2019) indiquent que les campagnes de communication s'adressent aux personnes issues de milieux favorisés qui sont déjà « convaincues ».

Ces caractéristiques des dispositifs constituent, à n'en point douter, des justifications au phénomène de résistance développé par les populations exclues, notamment les populations

²²⁶ Matthieu Grossetête, « Les classes sociales dans la communication publique. Les campagnes télévisuelles de prévention des accidents de la circulation (1999-2005) », *Questions de communication*, Presses universitaires de Nancy, 2011, p. 269-290.

²²⁷ *Ibidem*, p. 288.

²²⁸ Jean-Baptiste Comby et Matthieu Grossetête, *op. cit.*, p. 264.

défavorisées qui ne se sentent pas concernées par les messages. Face à la précarité des conditions de vie des populations défavorisées, l'appropriation des messages de prévention relève d'une utopie. Cette situation existe dans bien d'autres domaines comme celui de l'alimentation. A cet effet, Faustine Régnier (2018)²²⁹, à la suite d'une étude menée sur un corpus de cinquante (50) entretiens semi-directifs réalisés avec des individus issus de milieu modeste, souligne les dissemblances dans la perception et l'appropriation des applications numériques de contrôle de l'alimentation. L'auteure mentionne le fait qu'il existe un écart d'utilisation de ces technologies entre une partie de cette catégorie de population et les deux autres appartenant à la même couche sociale. Il s'agit, des individus en phase d'ascension et une autre fraction de ladite population. Toutefois, cette appropriation relative est en deçà de celle constatée chez les couches sociales favorisées qui intègrent parfaitement ces applications dans leur quotidien avec une certaine aisance. Au nombre des causes identifiées, l'auteure mentionne l'illettrisme des populations en migration, l'insuffisance de revenu et de temps matériel, d'une part. D'autre part, il en ressort également la méconnaissance d'utilisation de ces nouveaux outils numériques, les difficultés d'expression sur les médias socio-numériques et la présence d'un code alimentaire propre aux individus. Tout ceci fait que l'utilisation de ces outils est perçue comme une contrainte matérielle et alimentaire chez cette catégorie des milieux modestes, à l'opposé des individus des couches populaires possédant un meilleur statut social où l'intégration de ces outils ne pose pas de problème. Mieux, elle participe à leur émancipation. Au nombre des insuffisances des dispositifs, figurent également d'autres facteurs. Il s'agit, notamment, de la subordination de la communication aux impératifs administratifs, politiques, et biomédicaux (Ollivier-Yaniv, 2015)²³⁰.

Dans un premier temps, cela peut survenir dans le cas où ces campagnes doivent se dérouler dans un laps de temps relativement court dans le cadre d'une communication en cas de crise sanitaire ponctuée par une sollicitation accrue des journalistes.

Dans un second temps, dans l'optique de montrer à ses administrés leur souci pour l'intérêt général ou la priorité accordée aux questions sociales, l'Etat peut procéder à une diffusion abusive de slogans sur le changement de comportements. Cependant, une campagne médiatique

²²⁹ Faustine Régnier, « « Goût de liberté » et self-quantification », *Réseaux*, vol. 208-209 / 2-3, mai 2018, p. 95-120.

²³⁰ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

trop accentuée peut présenter une certaine incohérence ou atteindre un niveau de « saturation » et entraîner un effet de « brouillage » des messages (Ollivier-Yaniv et Berthelot-Guiet, 2001)²³¹.

Tous les éléments que nous venons d'évoquer à propos des insuffisances des dispositifs info-communicationnels peuvent amener les populations à ignorer ou à rejeter les messages.

2.4.2 Les réactions face aux discours info-communicationnels de prévention

Face aux discours émanant des dispositifs info-communicationnels, le processus d'appropriation des recommandations se fait à travers différentes étapes. Cela passe par l'écoute, l'adhésion pour aboutir à l'intégration de la norme dans le quotidien et le relais de cette norme par l'individu. La résistance face aux dispositifs peut se manifester soit par le déni soit par le détournement ou encore la suspicion.

2.4.2.1 Le déni et le rejet

Coralie Pereira da Silva appréhende les réactions des publics féminins face aux discours institutionnels sur le dépistage des cancers, les mécanismes d'appropriation des messages diffusés sur le cancer du sein et du col de l'utérus par l'Institut national du cancer (Da Silva, 2018)²³². Selon l'auteure, chez les publics étudiés, il ressort des réactions correspondant soit à la négociation soit à l'opposition vis-à-vis des discours émanant des dispositifs info-communicationnels. Ces attitudes qui s'observent tant au niveau des discours de la prévention qu'au niveau des pratiques s'inscrivent dans le cadre des attitudes de résistance face aux dispositifs de pouvoir telles celles développées par Michel Foucault dans la résistance face aux instruments du pouvoir. Ces stratégies divergent d'un individu à l'autre passant du rejet, à la remise en cause et/ou à la non-décision. Les facteurs qui sous-tendent ces attitudes de non appropriation des normes de dépistage à intégrer dans le quotidien des publics féminins désignés sous la dénomination de « catégorie non-participante » sont relatifs au statut social. Pour les femmes provenant des couches sociales défavorisées, le niveau d'instruction constitue un frein à la bonne compréhension des messages. Ainsi, l'intégration de certains gestes de prévention notamment l'autopalpation des seins est remise en cause en raison de la donne

²³¹ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

²³² Coralie Pereira Da Silva, « Prescrire, dire et faire », *Politiques de communication*, N° 11, 2018, p. 15-41.

culturelle. En ce qui concerne les femmes issues des couches sociales favorisées, l'étude a montré que le niveau d'appropriation est plus élevé et est tributaire d'un niveau de connaissance suffisant sur la maladie.

A propos des résistances observées dans le cas du dépistage du cancer, Joëlle Kivits et al. mentionnent des stratégies d'évitement et des tactiques de plusieurs ordres chez les individus (Kivits et al, 2014)²³³. Pour les auteurs, plusieurs facteurs influencent l'appropriation des messages. Ce sont, entre autres, l'expérience de l'individu, son vécu (son rapport avec la maladie) et ses conceptions sociales de la santé d'une part, et, d'autre part, des éléments tels que l'âge, les aspirations individuelles ainsi que la situation professionnelle et familiale. En ce qui concerne les résistances, les individus peuvent soit manifester un désintérêt soit rejeter carrément les messages. En effet, l'étude révèle qu'en raison d'une attitude résignée face à la présumée fatalité de la maladie dans le cas du cancer, les personnes ayant pris part à l'étude affirment ne pas tenir compte des consignes ou remettent en cause les messages de sensibilisation. A cela, s'ajoute l'incapacité de lire une affiche ou de saisir le message d'un téléfilm sur la prévention qui amène les participants à ignorer les messages. Il y a donc un refus ou un déni lorsque ces derniers mettent de côté les supports de communication invitant à participer au dépistage. Toujours, selon les auteures, il semble aussi exister, un manque de confiance à l'égard de certains acteurs de la prévention. Spécifiquement dans le cas des ONG, comme dans « l'affaire Crozemarie » qui a discrédité dans une certaine mesure les associations communautaires de lutte contre le cancer et qui amène une partie des participants à rejeter tous les messages venant des associations. Enfin, Joëlle Kivits et al (2014)²³⁴ mentionnent des stratégies relatives à la « ruse » et aux « tactiques » telles celles développées par Michel de Certeau. Ces résistances s'expriment également sous formes d'évitement. Ainsi, les publics étudiés décident de mettre à la poubelle tous les prospectus de la sensibilisation sur le cancer.

2.4.2.2 Le détournement et la réappropriation

Les résistances face aux dispositifs ont été également observées par Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv (2001)²³⁵ qui se sont interrogées sur les attitudes de certains publics

²³³ Joëlle Kivits[et al.], *op. cit.*

²³⁴ *Ibidem.*

²³⁵ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

par rapport à la diffusion de prescriptions visant à influencer le changement de comportements. Dans leur étude, les auteures montrent la manière dont les individus se réapproprient les messages des campagnes gouvernementales. Ainsi, les résistances face aux messages publicitaires de prévention se manifestent par une forme de détournement sociolinguistique correspondant à l'ironie ou à de l'indifférence vis-à-vis des messages ou encore au rejet des conseils. A cela, s'ajoute des attitudes de non reconnaissance de l'Etat dans sa légitimité à communiquer de façon « publicitaire » sur des questions sociales. En effet, en cherchant à saisir les implantations linguistiques des messages de la communication gouvernementale sur la diffusion des normes encadrant la conduite au motif de l'amélioration du bien-être, les auteures se sont rendu compte que les personnes interrogées en font un autre usage correspondant à la modification des messages qui peut aller jusqu'à la transformation du message de sorte à ce qu'il ait une signification opposée au message initial. A cet effet, Joëlle Kivits et al (2014)²³⁶ indiquent également que certains individus de la population enquêtée dans l'étude sur « l'appropriation de l'information médiatique au sujet de la prévention et du dépistage des cancers », choisissent dans les mécanismes de la prévention certains éléments qu'ils détournent des objectifs initiaux. Cela se traduit par des comparaisons ironiques entre le contenu des affiches et d'autres affiches de publicité.

Au surplus, les nombreux scandales sanitaires du XXe siècle, notamment l'affaire de l'amiante, la nocivité du médiateur, ont eu pour effet de susciter la multiplication des débats sur la thématique de la santé dans l'espace public et la remise en cause de l'aptitude de la puissance publique à se saisir réellement des questions sociales afin d'aider véritablement les populations à améliorer et à préserver leur santé. Les attitudes de défiance des citoyens vis-à-vis de la capacité des pouvoirs publics à résoudre les crises sanitaires représentent également des formes de résistances qui ont conduit à la transformation de l'action de l'Etat en matière de gestion voire, de communication sanitaire (Ollivier-Yaniv, 2015)²³⁷.

2.4.2.3 La suspicion et la défiance

Les résistances vis-à-vis des discours des dispositifs info-communicationnels perdurent au XXIe siècle et jusqu'aujourd'hui dans les sociétés européennes et africaines. Les tactiques des

²³⁶ Joëlle Kivits [et al.], *op. cit.*

²³⁷ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

populations peuvent également se manifester sous la forme de suspicion voire de défiance. En effet, la confiance est à l'intersection de la construction des relations humaines, et ce, dans toutes les étapes de la vie de l'individu, en passant de la période de l'enfance à celle de l'âge adulte. En l'absence de la confiance rien ne peut-être (Wolton, 2021)²³⁸. La confiance est donc le socle de tout processus de changement, de fait, elle est un gage du succès de toute politique de communication qui vise à amener les individus à adopter de nouveaux comportements. La communication a donc besoin nécessairement de la confiance si elle veut atteindre ses objectifs, c'est-à-dire informer ou convaincre. Cependant, les nombreuses controverses dans le domaine de la santé ont eu pour effet d'augmenter le fossé entre ces deux notions, la crise sanitaire engendrée par la Covid19 est un exemple probant. En effet, depuis la déclaration de la pandémie en 2019, dans tous les pays, on observe à quel point les gouvernants peinent à faire appliquer les recommandations de santé publique. La covid19 a causé une crise d'information sanitaire qui a induit par ailleurs « une crise de confiance communicationnelle » (Idelson, 2021, p.266)²³⁹ avec la difficulté pour le citoyen de démêler les « nœuds » entre les bonnes et les fausses informations et, partant, de faire le « bon choix ».

La défiance face aux discours institutionnels de santé publique peut également se manifester par la remise en cause de la crédibilité aussi bien de la communauté scientifique que des politiques, voire même des médias qui relaient les discours institutionnels de prévention, comme dans le cas de la vaccination contre la COVID 19 (Paganelli et al ; 2021)²⁴⁰.

La situation du manque de confiance avéré vis-à-vis des discours info-communicationnels peut être la conséquence d'un problème aussi bien médical, politique que social.

Au niveau médical, les « tâtonnements » des sciences biomédicales, d'une part, et, d'autre part, de la santé publique ont eu pour effet d'engendrer une crise de l'information. En effet, il est encore présent dans la mémoire collective les nombreux scénarios développés par les scientifiques dans le but d'expliquer l'origine de la maladie et les effets secondaires de certains vaccins qui ont finalement été retirés dans certains pays comme la France. A côté de cela, les

²³⁸ Dominique Wolton, « Avant-propos », *Hermès, La Revue*, vol. 88 / 2, décembre 2021, p. 11-16.

²³⁹ Bernard Idelson, « Méfiance et défiance vis-à-vis de l'autorité de santé : la Covid-19 dans l'espace médiatique réunionnais », *Hermès, La Revue*, vol. 88 / 2, décembre 2021, p. 264-267, p. 266.

²⁴⁰ Céline Paganelli, Adrian Staii et Viviane Clavier, « Figures de l'expertise sanitaire et confiance dans l'information de santé », *Hermès, La Revue*, vol. 88 / 2, décembre 2021, p. 247-253.

« fameuses mesures barrières » qui ont été au fil du temps remaniées (obligation du port du masque à l'extérieur, non obligation du port du masque à l'extérieur...) et la controverse suscitée par l'affaire que nous dénommons « Didier Raoult » sur la prescription ou non de la chloroquine associée à l'azithromycine dans la prise en charge thérapeutique et qui continue de faire des « vagues ». Au surplus, il y a les prescriptions de la santé publique au sujet des doses recommandées afin d'avoir une immunité contre la covid19 qui continuent de changer. On est ainsi passé d'une dose à deux doses, puis trois doses... A cet effet, Jocelyn Raude (2013)²⁴¹ évoque les postulats « probabilistes », donc incertains, de la santé publique qui laissent entrevoir la force des pouvoirs qui ont décidé d'imposer cette rationalité scientifique aux populations à travers des mécanismes de médicalisation.

Au niveau politique, la difficulté des autorités publiques à gérer la crise sanitaire s'est traduite par la recherche de boucs émissaires responsables de la situation sanitaire catastrophique. On se souvient encore du retrait des Etats-Unis d'Amérique de l'OMS en raison, semble-t-il, de l'incapacité de l'organisation à désigner la Chine comme responsable de la pandémie²⁴² et qui veut asseoir une certaine hégémonie économique.

Du côté des pays européens, devant la hausse des cas de contamination, la responsabilité des non vaccinés et des personnes qui ne respectent pas les mesures barrières est mise en cause.

En ce qui concerne le continent africain, l'incrimination des pays de l'Europe dans la propagation du virus est largement partagée par la classe politique qui a qualifié les premiers malades de « cas importés ». Toutes ces stratégies des autorités publiques semblent s'inscrire dans une logique qui visent à prouver aux populations leur engagement dans la lutte, d'une part, et, d'autre part, incriminer les comportements afin de favoriser l'adhésion aux normes et correspondent à un « lissage » des discours politiques (Oger et Ollivier-Yaniv, 2006)²⁴³.

Pour ce qui est du niveau social, les incertitudes scientifiques et les hésitations des politiques ont créé des « intoxications » informationnelles qui semblent parfois relever de l'absurde. A l'instar des thèses complotistes, il y a eu cette théorie du projet d'extermination des peuples

²⁴¹ Jocelyn Raude, *op. cit.*

²⁴² Le président Donald Trump avait suspendu sa participation financière de l'OMS et lancé la procédure de retrait des USA le 6 juillet 2020 : <https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087332>

²⁴³ Claire Oger et Caroline Ollivier-Yaniv, « Conjurer le désordre discursif. Les procédés de « lissage » dans la fabrication du discours institutionnel », *Mots*, juillet 2006, p. 63-77.

africains par les européens par le biais de la covid19 qui aurait été transmise directement à certaines populations grâce à des vaccins classiques comme celui de la fièvre jaune. Ou encore cet imbroglio né autour des dons de l'Union Européenne (l'initiative COVAX) aux pays africains de vaccins suspendus en Europe qui amènent les individus à rejeter systématiquement la vaccination qui consisterait à inoculer un poison et à réaliser des essais cliniques à ciel ouvert. En plus de cela, comme ce fut le cas à la Réunion (Idelson, 2021)²⁴⁴, en Afrique, les réseaux socio-numériques continuent de jouer un rôle d'amplificateur de la défiance face aux recommandations de santé publique avec la diffusion de vidéo montrant la dangerosité du vaccin et des masques chirurgicaux. L'exemple de la désinformation qui prévaut dans la gestion de la covid19 n'est pas un cas isolé. Ce fut également le cas dans l'épidémie de la maladie à virus Ebola en Guinée, où la rumeur a conduit la population à d'extrêmes violences vis-à-vis des équipes d'experts de l'OMS en mission dans le pays pour apporter leur aide dans la gestion de la maladie (Faye, 2015)²⁴⁵.

Les populations développent donc des stratégies de défense face aux discours des dispositifs institutionnels. Actuellement, l'ampleur de la méfiance face aux dispositifs sanitaires est telle que l'OMS qualifie « d'infodémie »²⁴⁶ cette situation de désinformation. L'institution a donc conçu un module de formation qu'il dispense aux acteurs de la santé afin de renforcer leur capacité en matière de gestion des préjugés liés aux pandémies, entre autres, la covid19, en rendant l'information accessible aux populations. La troisième session de ce module a eu lieu au mois de décembre 2021.

Les difficultés des gouvernants à gérer les crises sanitaires et les nombreuses conclusions des savoirs biomédicaux et de la santé publique qui ne cessent d'être modifiés amènent les populations à développer des réflexions dubitatives par rapport à l'efficacité des consignes édictées et diffusées par les dispositifs info-communicationnels.

Dans la diffusion des normes, certains éléments propres aux dispositifs induisent des effets de résistances. Qu'ils s'agissent des facteurs relatifs aux critères sociaux, aux barrières

²⁴⁴ Bernard Idelson, *op. cit.*

²⁴⁵ Sylvain Landry Faye, «L'« exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique », *Anthropologie et Santé*, novembre 2015.

²⁴⁶ Néologisme issue de la contraction du mot information et épidémie utilisé par l'OMS pour désigner l'expansion rapide de la rumeur et des fausses informations sur la covid19

linguistiques, au niveau d'instruction, ces éléments influencent le degré de compréhension et d'appropriation des messages. Ils participent ainsi à la construction d'attitudes de contournement, de détournement, d'évitement ou de méfiance chez les populations vis-à-vis des dispositifs info-communicationnels institutionnels.

Les campagnes de prévention des maladies chroniques constituent pour nous un cadre approprié de l'analyse des rapports de pouvoirs entre l'Etat et la population et permet d'appréhender les caractéristiques des dispositifs ainsi que les formes de défiances développées par la population. A cet effet, cette approche nous permettra de confronter nos hypothèses. Pour rappel, notre deuxième hypothèse considère que les dispositifs info-communicationnels sont en décalage avec les objectifs de la prévention et posent le problème de leur pertinence. La troisième hypothèse, avance le fait que certaines attitudes oppositionnelles amenuisent l'efficacité de la communication de prévention.

Conclusion du chapitre 2

La notion foucauldienne de gouvernementalité appréhende l'exercice du pouvoir à travers les interactions entre les autorités et la population. Dans ces rapports de force, les pouvoirs publics mettent en place des stratégies, des dispositifs visant à exercer un contrôle sur les conduites et les corps par la diffusion de normes. Toutefois, face aux injonctions des institutions publiques les individus peuvent développer des tactiques en vue de contourner ou détourner les dispositifs institutionnels. Dans cette perspective, nos travaux envisagent de saisir l'exercice de la gouvernementalité dans le cadre de la communication de prévention. A cet effet, dans le but d'appréhender comment la gouvernementalité a été abordée à partir d'une approche info-communicationnelle, nous avons choisi de mobiliser les travaux en SIC. Il s'agit entre autres, des études ayant mis en avant la dimension politique de la communication publique et la réception des messages par les publics. Nous appréhendons donc la communication publique dans le cadre de la communication de prévention comme une technique de gouvernement dont l'objectif est d'acquiescer et de garantir la légitimité des pouvoirs publics en vue de l'exercice du pouvoir d'Etat. En effet, dans le cadre de la santé publique, les orientations et les modalités opératoires de la communication dépendent dans une certaine mesure de « l'idéologie

politique »²⁴⁷ des pouvoirs publics.

Ce cadre de gestion politique de la santé par le biais des campagnes de prévention largement utilisé dans les études en SIC par Caroline Ollivier pourrait être mis à l'épreuve dans notre terrain. En effet, puisque nous appréhendons les campagnes de sensibilisation comme des instruments politiques en matière de gestion de la prévention, les conditions de production de ces campagnes, entre autres, les mécanismes de décisions et les modalités de mise en œuvre que nous nous emploierons à analyser dans le cadre de nos hypothèses peuvent, à la lumière de ces études en SIC, révéler les interactions de pouvoirs entre les gouvernants et les gouvernés ainsi que les forces en présence notamment les réalités locales qui peuvent constituer des freins à l'atteinte des objectifs des campagnes de prévention.

²⁴⁷ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

Conclusion de la première partie

L'objectif de notre première partie était de conceptualiser le sujet de notre mémoire. Dans cette optique, nous nous sommes employés tout d'abord à présenter les particularités sociologiques à partir des travaux de l'anthropologie orientée vers l'expérience afin de saisir les perceptions de la santé d'une partie de la population.

Après cette étape, à partir d'une démarche historique, nous avons retracé l'évolution de la notion de prévention, et, partant, de la communication de prévention. Nous avons également présenté les modalités qui président à la mise en scène dans l'espace public du risque et la construction d'un problème public dans le cadre de la prévention en matière de santé publique. Ensuite, nous avons également présenté le concept de gouvernementalité développé par Michel Foucault, spécifiquement, les notions, de mise en risque, de gouvernement des conduites, de l'instrumentation de l'action publique et de résistances dans le domaine de la prévention sanitaire. Enfin, après cette étape, nous avons exposé les travaux à partir desquels notre mémoire s'inscrit en tant que cadre d'analyse en sciences de l'information et de la communication.

L'action des pouvoirs publics par les moyens de la communication de prévention s'exerce aussi bien à un niveau macro que micro social. C'est-à-dire que ces actions participent aussi bien à la construction d'un ordre social qu'à la conduite des corps. Les travaux de Caroline Ollivier-Yaniv sur la dimension communicationnelle de l'action publique montrent les liens avérés entre la politique et les questions de la santé. Nous percevons aisément les interactions des politiques dans la gestion de la santé, et partant, la dimension politique de la gestion de la prévention. Ainsi, les défis de la communication de prévention se saisissent à travers ses discours, ses acteurs et ses effets. Tout cela semble s'opérer dans un cadre communicationnel qui constitue le support des actions de prévention. La communication s'avère donc incontournable dans toutes les activités de prévention. Elle vise ici à informer les populations sur les risques sanitaires et influence le comportement des individus. Nous pouvons dire avec Rinn et Sherlaw (2019)²⁴⁸ que la communication publique est le support des actions de santé publique. Toutefois, le choix des stratégies de communication dépend des pouvoirs publics qui sont maîtres d'œuvre et maîtres d'ouvrage de la communication de prévention. Ce sont ces derniers

²⁴⁸ Michael Rinn et William Sherlaw, *op. cit.*

qui en effet, conçoivent et mettent en œuvre la politique sanitaire. Les campagnes de communication publique, en tant qu'instruments de biopolitique, déploient à ce titre un ensemble de dispositifs de normalisation à destination de la population afin d'obtenir un comportement conforme aux recommandations institutionnelles (Ollivier-Yaniv et Rinn, 2009)²⁴⁹. Ainsi, les campagnes de communication constituent les formes matérielles de rationalisation des comportements et de gouvernement des corps à travers les institutions tels que développés par Michel Foucault dans ses travaux sur la gouvernementalité. Cependant, l'exercice du pouvoir sous-tend des rapports d'influence, puisque son objet vise à influencer des forces en présence, à imposer une manière de faire au motif de l'intérêt général, de l'amélioration du cadre social. Interroger la gouvernementalité, c'est non seulement analyser l'action de l'Etat dans l'exercice du pouvoir mais c'est aussi saisir les réactions des acteurs, analyser les rapports de force.

Pour conclure, nous considérons que la théorie de la gouvernementalité constitue le cadre de référence de notre étude, et partant, à partir des travaux en SIC réalisés dans cette perspective que nous avons mentionnés dans cette première partie, nous chercherons à en éprouver sa pertinence. Pour rappel, nous appréhendons les campagnes de communication de prévention comme une technique de gouvernement. C'est donc à la lumière de cet outil de biopouvoir que nous essayerons de confronter nos trois hypothèses que sont la politisation de la prévention dans la perspective d'exercice de la biopolitique, les dispositifs info-communicationnels qui sont en décalage avec les objectifs de la prévention et les attitudes oppositionnelles d'une partie de la population qui limitent la portée des messages de prévention.

Dans la partie qui suit, nous présentons notre terrain d'étude. Il s'agit, notamment, du système sanitaire, de la situation de la communication et de l'information publique et des campagnes de prévention sur les maladies chroniques en Côte d'Ivoire. Nous nous emploierons également à exposer certaines spécificités locales qui pour nous, peuvent influencer les actions de communication de prévention.

²⁴⁹ Caroline Ollivier-Yaniv et Michael Rinn, *op. cit.*

Deuxième partie : Présentation de notre terrain

Introduction de la deuxième partie

Dans cette partie de notre mémoire, nous nous employons à présenter le dispositif sanitaire ivoirien de prévention. Il s'agit pour nous, de montrer au lecteur que l'organisation de l'offre de santé institutionnelle en Côte d'Ivoire, et notamment de la communication de prévention repose essentiellement sur la médecine conventionnelle. A cet effet, nous parlerons de l'histoire de la prévention en Côte d'Ivoire, et partant, nous présentons un bilan des campagnes de sensibilisation de la période 2011 à 2019.

Nous évoquons par ailleurs, la médecine traditionnelle qui est issue du patrimoine culturel local, à laquelle une partie de la population a recours et qui propose aussi des prestations de prise en charge globale de la santé, notamment de prévention. Nous parlerons ensuite de la situation de l'information et de la communication publique dans le pays. Nous présentons également certaines spécificités de notre terrain d'étude, qui selon nous, pourraient influencer les actions de communication de prévention institutionnelle.

L'urgence de mettre en œuvre une communication de prévention efficace contre les maladies chroniques est, selon l'OMS d'une impérieuse nécessité en raison de l'incidence sur le système sanitaire des pays en voie de développement déjà affaiblis par le poids des maladies infectieuses. Ainsi, selon le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, les pathologies chroniques sont à l'origine de la majorité des décès dans le monde et concernent trente-six (36) millions de personnes par an (OMS, 2006)²⁵⁰. Parmi ces décès, 80% surviennent dans les pays en voie de développement (MSLS, 2010)²⁵¹. Les principales maladies en cause sont les maladies cardiovasculaires avec dix-sept (17) millions de décès soit 48%, les cancers avec sept millions six cent mille (7,6) décès soit 21%, les maladies respiratoires chroniques avec quatre millions deux cent mille (4,2) décès soit 12% et le diabète avec un million trois cent mille (1,3) décès soit 3% (MSLS, 2010)²⁵².

En Côte d'Ivoire, les maladies chroniques sont responsables de 31% des décès (MSHP,

²⁵⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *op. cit.*

²⁵¹ Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

²⁵² *Ibidem.*

2015)²⁵³. Il s'agit principalement, des pathologies cardio-vasculaires, des traumatismes, des cancers, des affections respiratoires chroniques, du diabète et des autres maladies non transmissibles.

Spécifiquement, les taux de prévalence sont estimés à 30,92 % pour l'hypertension artérielle (MSHP, 2017)²⁵⁴, 14,6 % pour le tabagisme (PNLTA, 2019)²⁵⁵, 8,5% et pour le diabète. Pour ce qui est du cancer, le nombre de nouveaux cas a été multiplié par cinq (5) , passant de deux mille quatre cent soixante-dix-neuf (2479) nouveaux cas en 2013 (N'da et al, 2013)²⁵⁶ à quatorze mille quatre cent quatre-vingt-quatre (14 484) nouveaux cas en 2018 (Globocan, 2018)²⁵⁷.Ce chiffre pourrait s'accroître et doubler pour atteindre vingt-deux mille huit cent cinquante-quatre (22 854) cas en 2030 selon l'OMS, si des actions de lutttes ne sont pas engagées (OMS, 2014)²⁵⁸.Même si l'incidence, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas de cancers qui surviennent chaque année est relativement bas par rapport au pays européens comme la France, la mortalité due aux cancers est plus élevée en Afrique et partant en Côte d'Ivoire par rapport au reste du monde (ALIAM, 2017)²⁵⁹. En effet, en 2018, comparativement à la France où le nombre de nouveaux cas était estimé à trois cent quatre-vingt-deux mille (382 000) cas avec une survie allant de cinq (5) à dix (10) ans selon le type de cancer (INCA, 2019)²⁶⁰, en Côte d'Ivoire sur quatorze mille quatre cent quatre-vingt-quatre (14 484) nouveaux cas, on a enregistré dix mille quatre cent cinq (10 405) décès (Globocan, 2018)²⁶¹. La durée moyenne de survie en Côte d'Ivoire après le diagnostic d'un cancer est de onze (11) mois en

²⁵³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Plan National de Développement Sanitaire 2016 - 2020 », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2015.

²⁵⁴ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Enquête sur la prévalence du diabète et de ses comorbidités et de ses caractéristiques en Côte d'Ivoire », 2017.

²⁵⁵ Programme national de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, et la toxicomanie et les autres addictions, « Termes de références: campagne de sensibilisation sur les dangers des addictions en période de fête », 2019.

²⁵⁶ N'da, Ayemou et Adoubi, *op. cit.*

²⁵⁷ International Agency for Research on Cancer, *op. cit.*

²⁵⁸ OMS, « Cancer: profil pays - Côte d'Ivoire », 2014.

²⁵⁹ Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer, « Les cancers en Afrique francophones », 2017.

²⁶⁰ Institut National du Cancer, « Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres / édition 2019 », 2019.

²⁶¹ International Agency for Research on Cancer, *op. cit.*

raison des dépistages tardifs dans 80% des cas (MSHP, 2009)²⁶². Pour les autorités sanitaires, devant cette situation préoccupante, la prévention constitue l'un des maillons essentiels de la lutte. Ainsi, dans les différents programmes de santé en charge des maladies chroniques que sont le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer, les campagnes de sensibilisation sont organisées à l'occasion des journées commémoratives de la santé. Ces campagnes de communication sur les maladies chroniques constituent actuellement le point de mire de la stratégie de prévention sanitaire. Elles visent à modifier les comportements afin de réduire les risques chez les populations. A cet effet, elles s'inscrivent dans la conduite des corps et la rationalisation des conduites telles celles développées par Michel Foucault dans le cadre du gouvernement des corps.

²⁶² Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Politique nationale de lutte contre le cancer », 2009.

Chapitre 3 : L'organisation du secteur sanitaire ivoirien

L'Etat de Côte d'Ivoire depuis son indépendance en 1960, a choisi principalement la médecine conventionnelle, même si depuis 2001 un programme de promotion de la médecine traditionnelle a été créé. Ainsi, l'offre de prestation sanitaire à titre préventif ou curatif repose seulement sur la médecine conventionnelle. En plus du fait que la médecine conventionnelle est priorisée au détriment de la médecine traditionnelle qui existait bien avant elle, il apparaît que la médecine traditionnelle est ignorée voire absente du dispositif de prévention, alors qu'elle propose également des prestations de prévention.

Avant d'aborder, les éventuelles différences entre ces deux médecines dans leur manière d'initier des actions de prévention, nous évoquerons certaines particularités locales qui pourraient influencer la communication institutionnelle de prévention.

1. Les spécificités culturelles, sociales et politiques locales

Au nombre des insuffisances des dispositifs communicationnels, figure, la non prise en compte des spécificités culturelles locales. A l'instar de toutes les sociétés, la société ivoirienne a des particularités qui peuvent constituer dans une certaine mesure des freins à l'atteinte des objectifs de santé publique, de la communication de prévention. Ici, ces spécificités concernent le volet culturel, social et politique.

1.1. Les particularités culturelles ayant une influence sur la communication de prévention

Les normes esthétiques varient d'une civilisation à une autre. Ainsi, certains travaux ont montré que l'embonpoint est un signe distinctif de richesse mais aussi un critère de beauté et de bonne santé dans certaines sociétés africaines et, notamment en Côte d'Ivoire (Fezeu et al, 2006)²⁶³. Cependant, selon la littérature scientifique biomédicale, l'obésité constitue un facteur de risque transversal des pathologies chroniques (diabète, HTA, maladies cardio-vasculaire et certains cancers).

Dans la société ivoirienne, le surpoids est volontairement recherché par les populations,

²⁶³ Léopold Fezeu, Etienne Minkoulou, Beverley Balkau, [et al.], « Association between socioeconomic status and adiposity in urban Cameroon », *International journal of epidemiology*, vol. 1 / 35, 2006, p. 105-111.

puisqu'il fait l'objet d'admiration. Selon les conceptions communautaires, l'individu qui présente un embonpoint appartient, soit à une famille aisée, soit à une très bonne situation socio-économique. A l'opposé des pays développés, en Afrique subsaharienne, la maigreur est perçue comme signe, soit de maladie, soit de souffrance physique et psychique, soit de pauvreté. Certaines croyances populaires vont jusqu'à associer la perte de poids à des maladies comme le SIDA. Dans ces conditions, les populations consomment des aliments riches en matières grasses et des produits, qu'ils soient pharmaceutiques ou traditionnels afin d'acquérir un surpoids.

« Mieux vaut faire envie que pitié, mieux vaut grossir que maigrir »²⁶⁴

Figure 4: La finale du concours Awoulaba 2021



Cette relation positive avec l'embonpoint est perpétuée et matérialisée à travers des concours locaux qui font la promotion et la valorisation de la beauté africaine, des femmes rondes telles que «Awoulaba »²⁶⁵ (Figure 4) en Côte d'Ivoire, Miss « Diongoma » au Sénégal, reine « Hanan » au Bénin, etc. Dans les régions du sud de la Côte d'Ivoire, il existe également des pratiques de gavage de la nouvelle maman. Pendant cette période qui s'étend sur au moins trois mois après

l'accouchement, la jeune mère est enfermée et gavée afin de favoriser l'acquisition d'un surpoids avant la cérémonie de présentation du bébé. Pendant cette cérémonie, ses rondeurs seront mises en évidence afin de montrer sa beauté et également le fait que le père du bébé prend soin de sa petite famille. Cette perception de la santé qui fait de l'embonpoint un signe extérieur de bonne santé, est aussi inculquée dans les mœurs depuis le bas âge avec la célébration du concours du « plus beau bébé » qui s'apparente dans la réalité au bébé le plus gros.

Dans le cadre de ces normes esthétiques, il y a également le phénomène des « influenceuses » web qui affichent des formes plus que généreuses dont la plus célèbre en Côte d'Ivoire compte

²⁶⁴ Dixit ivoirien pour expliquer la préférence pour les personnes rondes

²⁶⁵ Terme en ethnologie Akan de la Côte d'Ivoire qui signifie belle femme

plus de six millions d'abonnés et qui est un modèle pour la jeunesse. Dans ce contexte, tout se passe sans prise en compte de l'Indice de Masse Corporelle (IMC), qui est un indicateur de l'obésité. A cet effet, dans la lutte contre ce problème de santé publique, les autorités sanitaires déploient des dispositifs afin de changer la perception des individus sur l'embonpoint. Cependant, il apparaît que cette conception positive sur l'embonpoint continue d'être partagée au sein des populations.

1.2 Les Agoras, les « grins » ou les parlements, des espaces d'expression non investis par les acteurs institutionnels de la communication de prévention

La naissance de ces lieux s'inscrit dans la perspective d'un mouvement social d'opposition qui vise à critiquer ouvertement l'action du pouvoir en place. Ces espaces de revendications politiques et sociales vont servir de soutien à l'opposition entre 1980 et 1999. Tous les orateurs des agoras maîtrisent l'art de la rhétorique et savent se montrer convaincants avec des démonstrations et « preuve » à l'appui. Ce sont également des lieux de prédilection de certains praticiens de médecine traditionnelle à la recherche d'une clientèle (Toppé, 2010)²⁶⁶. Ces lieux constituent des lucarnes d'expression pour ces derniers qui interviennent pour faire l'éloge des exploits de la médecine traditionnelle. Cependant, les acteurs institutionnels de la prévention n'utilisent pas ces canaux de transmission pour diffuser des messages de sensibilisation afin d'augmenter les probabilités d'appropriation des recommandations chez la population.

Les agoras, les parlements ou les *grins* ont la même signification. Ils désignent des espaces de discussion et de sociabilité fréquentés par la population et qui existent dans les différentes villes du pays. Ce sont des espaces d'expression publique nés à partir de 1980, suite au malaise politique en Côte d'Ivoire engendré par le parti unique (PDCI - RDA)²⁶⁷, puisqu'il n'y avait pas de cadre d'expression pour confronter ou remettre en cause les orientations et les choix politiques d'alors (Kessé, 2009)²⁶⁸. Ces appellations sont issues du multipartisme dans les années 1990. Leur dénomination diffère d'un endroit à l'autre : « Sorbonne » au plateau, « sénat » à Bouaké ou encore le « Tout Puissant Congrès d'Abobo (TPCA) ».

²⁶⁶ Gilbert Toppé, *Communication politique et développement en Côte d'Ivoire*, Paris, Harmattan, 2010, 234 p.

²⁶⁷ Parti Démocratique de Côte d'Ivoire issu du Rassemblement Démocratique Africain

²⁶⁸ Adolphe Blé Kessé, *Les sorbonnes à Abidjan : archéologie de la reconstruction sociale du politique*, Thèse de doctorat en science politique, Université du Québec, 2009, 282 p.

Au départ, les questions abordées dans ces lieux étaient de l'ordre philosophico-religieux puisque le premier Président de la République était perçu comme un Dieu. L'un des précurseurs était Ernesto Kouadio dit « Philo » qui avait étudié la philosophie à l'Université de la Sorbonne à Paris, principal et unique orateur de la « Sorbonne du plateau ». Sans faux-fuyant, ce dernier se livrait à des raisonnements, des critiques du parti au pouvoir. Il fut donc arrêté plusieurs fois par les autorités politiques et relâché à cause de son apparence de « fou » (Kessé,2009)²⁶⁹.

En raison de la ferveur de la foule qui venait l'écouter aux heures de pause, plusieurs orateurs vont s'ajouter à Ernesto Kouadio. Ces sont entre autres, des leaders religieux (Musulmans, Chrétiens, Mystique), des praticiens de la médecine traditionnelle et autres intellectuels. Toutefois, les sujets politiques étaient au centre des débats. Ainsi, en raison de l'évolution de la situation politique des années qui vont suivre, notamment le retour au multipartisme en 1990, la contestation politique va emprunter les rues, la critique se fera plus ouvertement et ces endroits vont commencer à connaître un engouement.

Les actions de répressions (arrestations, emprisonnements et bastonnades des leaders) et des tentatives du pouvoir en place pour reprendre le contrôle de ces lieux contribueront à renforcer leur renommée et à les transformer en « un phénomène politique autonome » qui suscite l'intérêt et permet le rassemblement des individus (Kessé, 2009)²⁷⁰. Ainsi, à partir de 2002, après la rébellion armée que le pays a subie, ces espaces d'expression publique vont se muer et connaître des transformations notables et vont commencer à se constituer dans les quartiers. Le Rassemblement des Grins de Côte d'Ivoire (RGCI) dénombrait dix-huit mille cinq cent (18.500) grins en 2012²⁷¹, leur nombre est important. Tous les sujets sont passés en revue et font l'objet de débats. Les questions qui y sont abordées portent sur des thèmes économiques (le chômage des jeunes, les difficultés d'accès à l'emploi, la corruption, les difficultés pour l'Etat à juguler la crise économique), les questions politiques, l'actualité nationale et internationale et les questions de divers ordres, notamment la médecine traditionnelle. Pour les différents orateurs, ces échanges constituent leur contribution à la construction de la démocratie

²⁶⁹ *Ibidem*.

²⁷⁰ *Ibidem*.

²⁷¹ Sarah Vincourt et Souleymane Kouyaté, « Ce que “parler au grin” veut dire : sociabilité urbaine, politique de la rue et reproduction sociale en Côte d'Ivoire », *Politique africaine*, vol. 127 / 3, Paris, Karthala, 2012, p. 91-108.

en Côte d'Ivoire (Bahi, 2003)²⁷².

Les agoras sont devenues des lieux de discussion qui peuvent se constituer partout sur le territoire. Dans ces lieux, il y a des invités appelés « professeurs » qui prennent la parole à tour de rôle. Des séances de « Travaux Dirigés » ont également lieu. Il s'agit de séances pendant lesquelles l'information est partagée et à la suite desquelles une analyse commune est faite et chacun est invité à prendre la parole pour donner son opinion. A l'image de l'assemblée nationale chacun est convié à exprimer et à défendre son opinion. Le public des agoras est hétérogène. On y trouve des cadres supérieurs, des cadres moyens, des ouvriers, des chômeurs et des praticiens de la médecine traditionnelle (Toppé, 2010)²⁷³.

En période normale, on peut compter au moins sept cent trente (730) personnes qui fréquentent les lieux (Kessé, 2009)²⁷⁴. En temps de crise politique, ce nombre peut augmenter. Il existe une certaine sociabilité entre les agoras de même obédience politique, l'information échangée se fait en réseau de telle sorte que c'est le même point de vue qui est défendu. Dans leur fonctionnement, l'art de la parole persuasive constitue une des forces des agoras.

Les agoras ont une double influence, à savoir politique et informationnelle. Ils constituent à ce titre des lieux de « mobilisation sociale » (Vincourt et Kouyaté, 2012)²⁷⁵ et un maillon important dans la transmission des informations au sein des communautés par le mécanisme du « bouche-à-oreille ». Ainsi, en raison des différentes crises politiques, les agoras vont devenir des lieux de formation politique, d'information voire de relais d'information (Kessé, 2009)²⁷⁶. Les individus qui les fréquentent préfèrent s'y informer au lieu de se fier aux informations issues des médias écrits et audio-visuels (Kessé, 2009)²⁷⁷. Conscients de ce fait, les leaders de la jeunesse de l'opposition et les responsables de la rébellion avaient sillonné ces endroits afin d'amener les jeunes à se détourner des actes de violence et à œuvrer pour la cohésion sociale.

²⁷² Aghi Bahi, « La «Sorbonne» d'Abidjan: rêve de démocratie ou naissance d'un espace public? », *African Sociological Review/Revue Africaine de Sociologie*, vol. 7 / 1, 2003, p. 1-17.

²⁷³ Gilbert Toppé, *op. cit.*

²⁷⁴ Adolphe Blé Kessé, *op. cit.*

²⁷⁵ Sarah Vincourt et Souleymane Kouyaté, « Ce que "parler au grin" veut dire: sociabilité urbaine, politique de la rue et reproduction sociale en Côte d'Ivoire », *Politique africaine*, vol. 127 / 3, Paris, Karthala, 2012, p. 91-108.

²⁷⁶ Adolphe Blé Kessé, *op. cit.*

²⁷⁷ *Ibidem.*

Ces endroits sont aussi fréquentés par de prestigieux hommes politiques (Toppé, 2010)²⁷⁸. Il s'agit, entre autres, de l'ancien Président de la République, Laurent Gbagbo, du commandant Issiaka Ouattara dit "Wattaou", un des chefs de la rébellion armée de 2002 et du Ministre Charles Blé Goudé qui faisaient souvent des escales à la "Sorbonne", un des parlements les plus célèbres, situé au centre des affaires de la capitale économique, Abidjan, afin de, non seulement expliquer les décisions stratégiques d'ordre économique, social et politique qu'ils avaient prises mais aussi de convaincre les populations sur leur engagement à œuvrer pour l'amélioration du bien-être social des populations. Ainsi, les agoras représentent à côté des mass médias des lieux de partage et d'échanges de l'information dont l'influence sur une partie de la population est reconnue par les leaders politiques et la société civile. De fait, ils pourraient constituer des voies de diffusion des discours de prévention.

1.3 Un contexte politique mouvementé

Dans cette section, nous donnons un aperçu du contexte politique du pays afin de permettre au lecteur de comprendre l'environnement politique dans lequel se déroulent les campagnes de communication.

La situation socio-politique en Côte d'Ivoire est marquée par une insidieuse grogne sociale qui résulte de la non reconnaissance de la légitimité des différents pouvoirs en exercice par une partie de la population. Plusieurs événements sont à l'origine de cette situation.

L'année 1990, marque l'institution du multipartisme en Côte d'Ivoire suite à des soulèvements populaires se réclamant de l'opposition. En dépit de cette nouvelle donne politique, les principaux opposants regroupés au sein du front républicain ne pourront pas participer aux élections présidentielles de 1995, en raison de la modification du code électoral qui a empêché un des leurs (l'actuel président de Côte d'Ivoire, Alassane Ouattara) d'être candidat. Ces derniers contesteront par la suite, le résultat de ces élections et animeront des mouvements de contestation désignés sous le vocable de « boycott actif » pour dénoncer ces élections qu'ils avaient qualifié de mascarade électorale (Akindès, 2011)²⁷⁹.

Par ailleurs, on assistera à une détérioration du climat social caractérisé par l'inflation et la

²⁷⁸ Gilbert Toppé, *op. cit.*

²⁷⁹ Francis Augustin Akindès, *Côte d'Ivoire: la réinvention de soi dans la violence*, Dakar, Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique, 2011, 255 p., (« Série de livres du CODESRIA »).

cherté de la vie dues en partie aux déficits budgétaires causés par la chute des exportations des matières premières et des difficultés de l'Etat à rembourser sa dette extérieure (Akindès, 2000)²⁸⁰. C'est dans cette atmosphère de mécontentement d'une frange de la population qu'il y a eu le coup d'état de décembre 1999 qui a mis fin au mandat présidentiel de Henri Konan Bédié, successeur de Félix Houphouët Boigny, père fondateur et premier Président de la République de Côte d'Ivoire, décédé en 1993. Ce putsch qui a été applaudi par la classe politique des opposants et une partie de la population, venait de mettre fin à trente-huit (38) ans de pouvoir du parti unique, le Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI).

Arrivés au pouvoir, les putschistes avaient promis d'œuvrer à l'amélioration des conditions de vie. Cependant, la réalité fut tout autre et, partant, les résultats des élections de 2000 qui avaient donné pour vainqueur le chef de la junte au pouvoir (le général Guéi Robert) ont purement été rejetés par le candidat du Front Populaire Ivoirien (FPI), Laurent Gbagbo (Akindès, 2011)²⁸¹. A cet effet, ce dernier avait appelé ses partisans à prendre les rues avec ces propos qui ont engendré plusieurs contestations dans le pays et causé des blessés et des morts.

« ...Je demande à tous les militants de se dresser pour faire barrage à l'imposture. Que dans les quartiers les patriotes prennent la rue jusqu'à ce que le droit soit reconnu et que Guéi recule. A partir de cet instant, je déclare dissout le gouvernement de transition. Dès à présent, c'est moi le chef de l'Etat de Côte d'Ivoire. »²⁸²

A la suite de ces soulèvements populaires, Laurent Gbagbo a été finalement porté à la tête du pays, puisque le chef de la junte a été obligé de céder sous la pression de la rue. Il est également important de noter qu'à ces mêmes élections, il y a eu une modification de la constitution qui a exclu de la course à la présidence pour la deuxième fois le candidat du Rassemblement Des Républicains (RDR), Alassane Ouattara et le candidat du Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI), Henri Konan Bédié.

²⁸⁰ Francis Augustin Akindès, « Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire: La paupérisation en Côte d'Ivoire est-elle réversible ? », *Politique africaine*, vol. 78 / 2, 2000, p. 126-141.

²⁸¹ Francis Augustin Akindès, *op. cit.*

²⁸² Propos extrait du discours de Laurent Gbagbo, le 24 octobre 2000, prononcé après la proclamation des résultats par le Ministre de l'intérieur déclarant le général GUEI, vainqueur. Kotchi Katin Habib Essé, *Trente discours politiques de Laurent Gbagbo (d'octobre 2000 à décembre 2010)*, Corpus de thèse, Université Alassane Ouattara de Bouaké, 2018, 202 p.

Deux ans après l'accession du président Laurent Gbagbo à la magistrature suprême, la Côte d'Ivoire a subi une rébellion armée qui a eu pour conséquence la scission du pays en deux parties, une zone sous contrôle gouvernemental (CO), le sud, et une zone sous contrôle non gouvernemental (CNO), le nord. Le motif avancé par cette rébellion, avec à sa tête Soro Guillaume, qui occupera plus tard, soit à partir de 2004, les portefeuilles ministériels successifs de, Ministre de la communication, Ministre d'Etat, de la reconstruction et la réinsertion, Premier Ministre, Ministre de la défense, puis de Président de l'Assemblée Nationale, était de défendre la cause des ressortissants du nord qui, semble-t-il, faisaient l'objet d'une politique d'exclusion dans la nomination aux postes de responsabilité.

Après cet événement qui a ébranlé la vie politique de la Côte d'Ivoire, sous l'égide des Nations Unies et de l'Union Africaine, plusieurs négociations (dont les accords de Linas-Marcoussis sous la présidence du Ministre français Pierre Mazeaud du 15 au 26 janvier 2003) se sont tenues afin de trouver un dénouement à la crise.

Dans la foulée, en 2004, l'armée régulière, en vue de reprendre le contrôle de la zone sous Contrôle Non Gouvernemental (CNO), bombarde par « erreur » une position des forces onusiennes (France et USA) cantonnées dans la ville de Bouaké. Par répression, l'armée française abat au sol tous les hélicoptères de guerre des forces régulières ivoiriennes. Il s'ensuit des vagues de soulèvements populaires dirigés par la « galaxie patriotique » (avec à sa tête, le Ministre Charles Blé Goudé) induisant le sentiment « anti-français », voire anti-européens, et, exigeant, le départ de tous les ressortissants européens taxés de soutenir en sourdine Alassane Ouattara, originaire du nord qui avait été disqualifié de la course à la présidence en 1995 par le Parti Démocratique de Côte d'Ivoire²⁸³ et en 2000 par les auteurs du coup d'Etat.

Les différentes négociations aboutissent à un consensus et l'organisation des élections avec la participation de tous les belligérants en 2010. Le second tour de ces élections a été marqué par l'alliance entre le RDR²⁸⁴ et le PDCI-RDA²⁸⁵, rassemblés dans une coalition dénommée Rassemblement des Houphouëtistes pour la Démocratie et la Paix (RHDP), contre la Ligue des

²⁸³ Parti Démocratique de Côte d'Ivoire du Rassemblement Démocratique Africain (PDCI-RDA) avec pour président Henri Konan Bédié

²⁸⁴ Rassemblement Des Républicains avec pour président Alassane Ouattara

²⁸⁵ Parti Démocratique de Côte d'Ivoire du Rassemblement Démocratique Africain (PDCI-RDA) avec pour président Henri Konan Bédié

Mouvements pour le Progrès (LMP) avec pour principal parti politique, le Front Populaire Ivoirien (FPI), l'organisation politique du Président de la République en exercice, Laurent Gbagbo. A la suite de ce scrutin, chaque camp proclame sa victoire, dans cette confusion on assiste à une guerre civile en 2011 avec un bilan de trois milles (3000) morts²⁸⁶ et l'incarcération du Président Laurent Gbagbo à la Haye, au Tribunal Pénal International (TPI), poursuivi pour crime contre l'humanité. Le candidat Alassane Ouattara, soutenu par les forces militaires françaises, devient Président de la République de Côte d'Ivoire.

En 2020, après dix ans d'exercice, soit deux mandats, le Président Alassane Ouattara modifie également la constitution par décret (alors que les textes législatifs stipulent la consultation du peuple par référendum) afin de pouvoir briguer un troisième mandat puisque la constitution limitait l'exercice de la fonction présidentielle à deux mandats. On assiste à une énième contestation populaire de l'opposition constitué du Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI) qui s'était rallié au Rassemblement Démocratique des Républicains et avait soutenu la candidature d'Alassane Ouattara, dénommé « désobéissance civile », réclamant le départ du Président Alassane Ouattara qualifié de candidat anticonstitutionnel.

Entretemps, son allié d'hier, Soro Guillaume, ex chef rebelle qui a concouru à son accession à la présidence en 2011 et qui est également candidat aux élections d'octobre 2020, a été forcé à l'exil en juin 2020. Il est ensuite jugé par contumace et condamné à perpétuité. Un mandat d'arrêt international est émis à son encontre en décembre 2020.

Les élections de 2020 ont eu lieu malgré la grogne sociale et consacre la victoire du Président Alassane Ouattara.

Au demeurant, en février 2020, le Président Laurent Gbagbo et le Ministre Charles Blé Goudé sont acquittés par le Tribunal Pénal International (TPI) et le Président Laurent Gbagbo rentre en Côte d'Ivoire, le 17 juin 2021.

Nous avons essayé de retracer les différentes crises qui ont traversé le pays depuis une vingtaine d'années afin de donner un aperçu de la réalité sociopolitique en Côte d'Ivoire. En effet, depuis 1995 le pays est en proie à des soulèvements populaires en raison des résultats aux élections, qu'elles soient présidentielles, municipales ou législatives. L'instabilité de l'environnement sociopolitique s'est aggravée depuis la rébellion dont les crimes de guerre restent encore

²⁸⁶ Amnesty International, « Côte d'Ivoire : la situation en matière de droits humains demeure fragile », Amnesty International Ltd, Londres, 2018.

impunis²⁸⁷. Les forces rebelles militaires de 2002 ont été intégrées à l'armée régulière occupant dans la plupart des cas, les plus hauts grades au détriment des militaires de carrière. On assiste à une reconfiguration politique constante où les alliés d'hier deviennent les ennemis d'aujourd'hui et cela, vice et versa. La fibre identitaire a refait surface, plusieurs hauts dignitaires du pays sont taxés d'étrangers. La volonté d'instaurer une pensée politique unique est encore présente chez les différents régimes à la tête du pays. Les appartenances partisans politiques sont très prégnantes au sein des populations et il n'existe pas de société civile véritable (Akindès, 2000)²⁸⁸. Les quelques associations se réclamant de ce statut sont pour la plupart à la solde d'un parti politique. Leur engagement s'apparente à un nombrilisme politique et alimentaire (Toppé, 2010)²⁸⁹.

Bref, le climat social continue d'être marqué par une remise en cause quasi-récurrente de la légitimité des Présidents de la République depuis les élections d'octobre 1995 en passant par celles de, 2000, 2010, 2015 et 2020. C'est dans ce contexte de récrimination et de suspicion que se déroulent les campagnes de prévention.

Dans cette section, nous avons évoqué certaines réalités locales afin de permettre au lecteur d'appréhender non seulement l'environnement dans lequel se déroulent les campagnes de communication de prévention, mais aussi de comprendre que la communication publique, dans un contexte de défiance vis-à-vis du pouvoir en place, ne peut pas avoir les effets escomptés en raison du manque de légitimité associée à ce gouvernement.

²⁸⁷ Human Rights Watch, « Transformer les discours en réalité : l'heure de réclamer des comptes pour les crimes internationaux graves perpétrés en Côte d'Ivoire », HRW, 2013.

²⁸⁸ Francis Augustin Akindès, *op. cit.*

²⁸⁹ Gilbert Toppé, *op. cit.*

2. Le dispositif de prévention de santé publique en Côte d'Ivoire

Dans cette section, nous présentons le système sanitaire ivoirien. Pour nous, il s'agit de montrer d'une part, que les structures en charge de la communication de prévention, c'est-à-dire les programmes, sont directement rattachés au cabinet du Ministre de la santé, ce qui pourrait laisser entendre leur dépendance vis-à-vis du politique. D'autre part, nous voulons également mettre en évidence, certaines insuffisances de la stratégie sanitaire qui font que la communication de prévention n'est pas efficace et qui peuvent expliquer le dépistage tardif qui concerne 80% des cas pour le cancer (N'da et al, 2015)²⁹⁰.

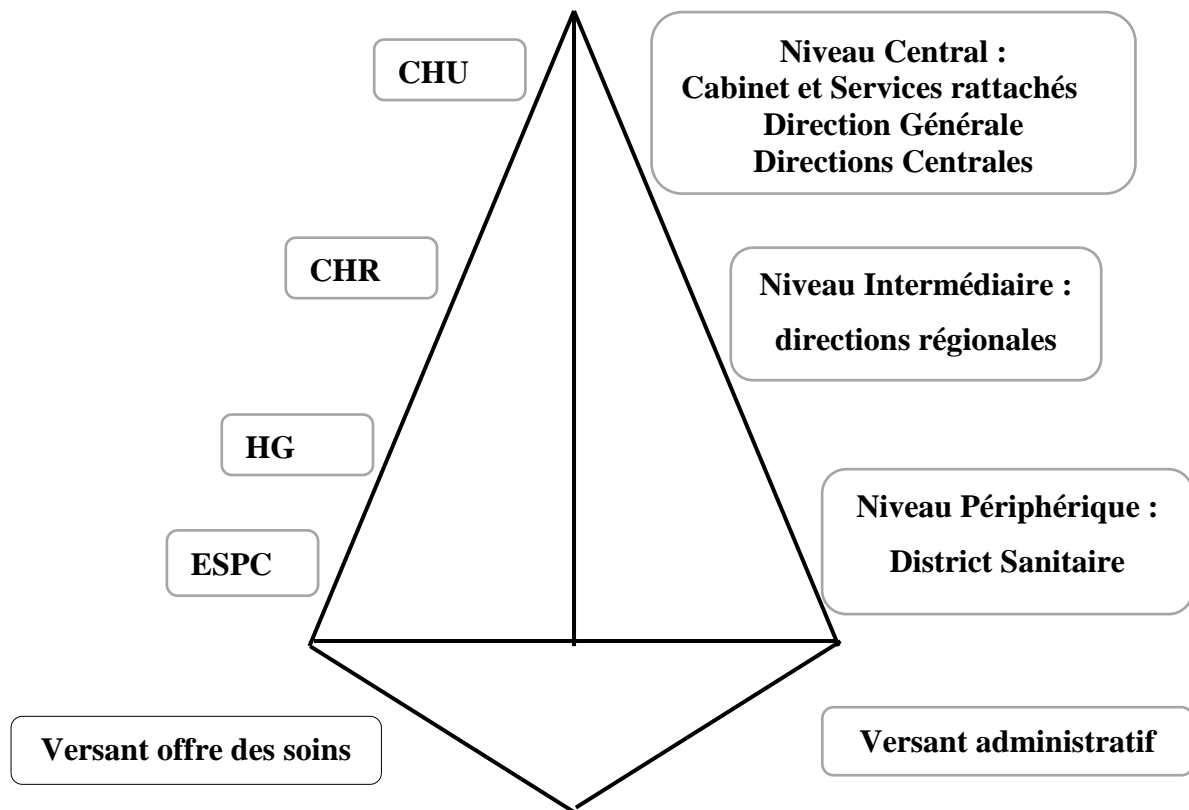
Le dispositif sanitaire de prévention est composé du secteur public, privé et communautaire. Le secteur public est composé des établissements sanitaires publics. Le secteur privé est constitué des cliniques privées. Le secteur communautaire regroupe les Organisations Non Gouvernementale qui œuvrent dans le domaine de la santé.

2.1 Le système sanitaire ivoirien

L'organisation du système sanitaire en Côte d'Ivoire est de type pyramidal avec deux versants (Figure 5). Le premier est administratif et le second concerne l'offre de soins. Au niveau de chaque versant, il y a plusieurs niveaux.

²⁹⁰ N'da, Ayemou et Adoubi, *op. cit.*

Figure 5: La pyramide sanitaire de Côte d'Ivoire



Légende :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHR : Centre Hospitalier Régional

HG : Hôpital Général

ESPC : Etablissements Sanitaires de Premier Contact

Source modifiée: Direction de l'Information de la Planification et de l'Evaluation (DIPE)²⁹¹

Le versant soins est composé des structures sanitaires qui sont classées en fonction du niveau du plateau technique et de l'offre de soins.

Le niveau primaire est le point d'entrée dans le système sanitaire. Il comprend des Etablissements Sanitaires de Premiers Contact (ESPC). Ce sont entre autres, les centres de santé

²⁹¹ Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation, « Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires », Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, Direction Générale de la Santé, 2010.

(urbains et ruraux) et les formations sanitaires urbaines.

Le niveau secondaire regroupe les structures hospitalières de recours pour la première référence. Il s'agit : des hôpitaux généraux (HG) qui sont des structures sanitaires d'au moins soixante (60) lits dont Paquet Minimum d'Activités (PMA) est constitué de consultations et d'hospitalisation en médecine générale, pédiatrie, gynécologie, obstétrique et d'autres spécialités²⁹² ; des Centres Hospitaliers régionaux (CHR) qui sont des établissements sanitaires avec une capacité d'au moins cent cinquante (150) lits assurant des activités de consultation et d'hospitalisation en réanimation et soins intensifs en médecine générale, spécialités médicales, chirurgie générale, spécialités chirurgicales, pédiatrie médicale et chirurgicale, gynécologie et obstétrique²⁹³ ; des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) qui sont des formations sanitaires constituées de plusieurs pôles de prise en charge d'une même maladie et ayant à cet effet un plateau technique adéquat²⁹⁴.

Le niveau tertiaire est constitué des établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence. Ce niveau comprend les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) qui sont des établissements sanitaires composés d'un plateau technique permettant d'assurer des consultations et des hospitalisations dans tous les domaines du médical et du chirurgical et qui participent également à la formation pratique et technique des professionnels de santé et à la recherche médicale²⁹⁵ ; le Service d'Assistance Médicale Urgente (SAMU), les Instituts, les centres et les laboratoires spécialisés.

Le versant administratif comprend les structures du Ministère de la santé qui sont chargées de l'élaboration, la supervision, la coordination, la mise en œuvre et du suivi-évaluation de la politique sanitaire²⁹⁶.

Le niveau central est composé du cabinet du Ministre, de directions, entre autres la Direction de Communication et des Relations Publiques (DCRP), de services rattachés au cabinet, d'une

²⁹² Présidence de la République de Côte d'Ivoire, « Décret N° 91 du 14 novembre 1991 portant classification des établissements sanitaires », 1991.

²⁹³ Ibidem.

²⁹⁴ Ibidem.

²⁹⁵ Ibidem.

²⁹⁶ Présidence de la République de Côte d'Ivoire, « Décret N° 2016-598 du 03 Août 2016 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique », 2016.

Direction Générale, de directions centrales et de services extérieurs²⁹⁷. Les programmes de santé en charge de la prévention des maladies sont reliés directement à la Direction Générale de la Santé (DGS) qui fait partie du cabinet du Ministre. Les directeurs coordonnateurs de ces programmes sont nommés sur proposition du Ministre de la santé, ils rendent compte au Directeur Général de la santé qui supervise, autorise et contrôle toutes leurs activités.

Le niveau intermédiaire regroupe les directions régionales, elles sont au nombre de vingt-et-une (21)²⁹⁸ (Figure 6), en charge de la coordination des activités des services de santé implantés dans leur ressort territorial.

Le niveau périphérique est animé par quatre-vingt-six (86) districts sanitaires qui constituent le niveau opérationnel du système²⁹⁹. A chaque district sont rattachées des structures sanitaires de premier niveau et un hôpital de référence pour la mise en œuvre des soins de santé primaires.

²⁹⁷ Ibidem.

²⁹⁸ Carte Sanitaire

²⁹⁹ Ibidem

Figure 6: La carte sanitaire de la Côte d'Ivoire



Légende :

— Limites des régions sanitaires

Source : Direction de l'Informatique et de l'Information Sanitaire (DIIS)³⁰⁰

Les régions sanitaires sont des aires géographiques qui comportent des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), des Hôpitaux Généraux (HG) et un Centre Hospitalier Régional (CHR).

Sur les vingt-une (21) régions sanitaires que compte la Côte d'Ivoire, uniquement deux (2) régions, à savoir, Abidjan 1 Grands ponts et Abidjan 2, qui sont situées au sud du pays, comportent des centres de diagnostic publics et privés de confirmation du cancer. En cas de suspicion de cancer l'individu est obligé de se rendre dans ces établissements afin de réaliser des examens de diagnostic. Il est important de noter que dans la plupart des cas, en raison des sollicitations excessives des centres de diagnostic publics, les appareils sont souvent en panne (comme nous l'ont mentionné nos interlocuteurs lors de nos entretiens), et les patients doivent se rendre dans les structures privées où les coûts pratiqués sont élevés. A côté de ce fait, la

³⁰⁰ Carte Sanitaire

plupart des campagnes de prévention des maladies chroniques se déroulent également dans les zones sanitaires précitées. Cette situation peut expliquer le dépistage tardif dans le cas du cancer. En effet, sur les vingt-deux millions six-cent soixante-onze mille trois cent trente-un (22 671 331) habitants que compte le pays, quatre millions trois cent quatre-vingt-quinze mille deux cent quarante-trois (4 395 243) personnes résident dans ces régions sanitaires³⁰¹. Ce sont donc approximativement dix-huit millions deux cent soixante-seize mille quatre-vingt-huit (18 276 088) individus, soit 80,91% de la population qui vivent dans des zones qui ne bénéficient pas de la même sensibilisation en matière de communication de prévention.

En ce qui concerne le financement de la santé selon les autorités sanitaires publiques, le budget alloué au secteur a connu une augmentation moyenne de 18% sur cinq (5) ans (PNDS, 2016 - 2020)³⁰². Passant ainsi de 106,8 milliards en 2011, à 245,5 milliards de FCFA en 2015. Cependant, 80,45% de ce budget a été consacré aux frais de fonctionnement, notamment les charges de personnel, au détriment des investissements qui ont bénéficié uniquement de 19,55%. Ainsi, les activités de communication de prévention ne bénéficient pas de financements conséquents.

Au-delà de ce fait, la proportion du budget de l'Etat dédié au secteur de la santé se stabilise en moyenne à 5% et reste faible selon les observations des autorités sanitaires³⁰³. Le pays est donc loin des engagements d'Abuja en 2001 (OMS, 2001)³⁰⁴, où les Etats Africains avaient pris la résolution de consacrer 15% de leur budget global au secteur de la santé afin de financer les activités de prévention, d'améliorer la qualité des services et la compétitivité du secteur.

Pour conclure, nous pouvons avancer le fait que la couverture sanitaire est disparate au niveau des régions eu égard à la démographie de la population. Ce sont les régions d'Abidjan au sud et celle du Gbèkè au centre qui disposent d'établissements sanitaires de niveau tertiaire (centre

³⁰¹www.ins.ci

³⁰² Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³⁰³ Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire, « Plan National de Développement sanitaire 1996-2005 », 1996. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, « Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 », 2008. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, « Plan National de Développement Sanitaire 2012 - 2015 », 2012. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³⁰⁴ World Health Organization, « African summit on Roll Back Malaria. Abuja, Nigeria », 2000.

hospitalier universitaire) avec un plateau technique permettant de prendre en charge les cas graves. Pour ce qui est des maladies chroniques, entre autres le cancer uniquement la région d'Abidjan est dotée d'établissements publics et privés de diagnostic. Il s'agit de : trois (3) unités de mammographie (Une (1) publique et deux (2) privées) ; six (6) laboratoires d'analyses (deux (2) publics et quatre (4) privés et quatre (4) laboratoire d'immunohistochimie³⁰⁵ (deux (2) publics et deux (2) privés). Les autres régions ne pas pourvus de cette catégorie d'établissements dits de troisième ou de dernier recours. Les patients sont donc obligés de se rendre dans ces centres afin de se faire prendre en charge. Les actions de communication de prévention des maladies chroniques en plus d'être sporadiques sont également concentrées dans la ville d'Abidjan au détriment des autres villes. Il n'y a donc pas d'unicité d'action sur le territoire.

En ce qui concerne le financement de la santé, les autres régions sanitaires ne bénéficient pas d'investissements conséquents au même titre que la région d'Abidjan. Tous ces éléments entraînent une fracture de la couverture sanitaire qui est plus accentuée dans les autres régions du pays au grand dam des populations. Cette situation qui pourrait décourager les populations candidates au dépistage, crée également des déperditions au niveau des patients dont certains préfèrent se tourner vers la médecine traditionnelle qui est une médecine de proximité.

A partir d'une approche chronologique liée à l'action publique, nous évoquons dans les lignes qui suivent, les raisons qui ont conduit les autorités sanitaires à intégrer l'approche préventive dans la stratégie sanitaire. En raison de l'absence d'archives sur l'histoire de l'intégration de la communication de prévention en Côte d'Ivoire, nous avons procédé à une reconstitution de l'information à partir de certains documents. Il s'agit entre autres des différents plans nationaux de développement sanitaire de 1996 à 2020³⁰⁶, d'une thèse en science de l'information et de la communication sous la direction du Professeur Bernard Miège (Kouassi, 1991)³⁰⁷, qui retrace

³⁰⁵ L'immunohistochimie est une analyse permettant non seulement de faire le diagnostic exact du type de cancer mais aussi de mettre en place un protocole thérapeutique adapté.

³⁰⁶ Ministère de la santé et de l'hygiène publique, *op. cit.*. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, *op. cit.*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*. Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³⁰⁷ Konan Canuth MBahia Kouassi, *Les campagnes de communication publique en Côte d'Ivoire*, Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication, Grenoble 3, 1991, 396 p.

les actions de communication publique initiées par les différents Ministères de 1982 à 1988, que nous avons consultée à la bibliothèque Yves de la Haye de l'Institut de la Communication et des Médias de Grenoble, des articles en sociologie, entre autres, celui sur le recours au système de santé publique (Traoré et Fofana, 2016)³⁰⁸ et de deux (2) documents qui font l'état des lieux des stratégies sanitaires (N'dri, 2008 et Akindès, 2001)³⁰⁹. Après la consultation de ces documents nous avons identifié Deux grandes périodes de la communication de prévention sanitaire.

2.2 Un système de santé centré essentiellement sur le curatif de 1960 à 1980

En Côte d'Ivoire, le système de santé a été hérité de la colonisation dont l'approche était essentiellement curative pour le maintien en bonne santé de la main d'œuvre ouvrière qui travaillait dans les plantations de café et de cacao.

Après l'indépendance en 1960, l'Etat a continué à doter le pays d'infrastructures sanitaires et d'unités de formation et de recherche en santé. En ce qui concerne les maladies chroniques dont il est question ici, cinq (5) structures spécialisées ont été créées à cet effet. Il s'agit, notamment, de :

- L'Institut National de la Santé Publique (INSP) en 1970 ;
- Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) en 1970 ;
- L'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA) en 1976 ;
- Registre du Cancer d'Abidjan (RCA) en 1994 ;
- Service d'Endocrinologie Diabétologie du CHU de Yopougon (SED) en 1998.

Le système de l'Etat « pourvoyeur » ou « Etat providence » était l'option politique choisie. Partant, l'Etat assurait le financement exclusif de la santé. Ici, la médecine dite préventive était réalisée en direction de la mère et de l'enfant dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) (N'dri, 2008)³¹⁰.

³⁰⁸ Kassoum Traoré et Memon Fofana, « Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : Une analyse à partir des données empiriques. », *Journal of Social Sciences Research*, vol. 10 / 2, 2016, p. 2039-2046.

³⁰⁹ Francis Augustin Akindès, *Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire*, Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, 2001, 65 p.. Yoman N'dri, « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? », Centre de Recherche et d'Action pour la Paix, 2008.

³¹⁰ Yoman N'dri, *op. cit.*

La politique de santé a connu une nouvelle orientation à la suite de la conférence d'Alma Alta en 1978 sur les soins de santé primaires qui avait instruit les gouvernements à l'effet de mettre en place des stratégies en vue d'aider les populations, quelles que soient leurs zones géographiques d'habitation et leur classe sociale, à bénéficier de soins (N'dri, 2008)³¹¹.

Jusqu'alors, c'était une médecine centralisée au niveau de la capitale (Abidjan) au détriment des villes de l'intérieur du pays.

En 1985, afin de mettre en œuvre la décentralisation des soins promue par Alma Ata, l'Etat a institué une politique de proximité de soins assurée par l'unité opérationnelle « le district » composé des centres de santé de premiers contacts et de l'hôpital général. Cette prévention secondaire implicite, pratiquée dans ces structures sanitaires décentralisées lors des consultations médicales, était animée par des professionnels de santé.

Cependant, on assiste à la fin de « l'Etat providence » en raison de la crise économique survenue en 1980 (Akindès, 2001)³¹². Au surplus, « l'initiative de Bamako » en 1987 sous l'égide de l'OMS dont les conclusions visaient à organiser les politiques de santé des pays de l'Afrique a institué la participation des populations au paiement des frais de santé. La conséquence immédiate des difficultés économiques et de l'initiative de Bamako fut la fin de la gratuité des soins ayant pour répercussion le faible recours des populations aux services de santé estimé à 20% et classé parmi les plus bas de la région ouest africaine (Traoré et Fofana, 2016)³¹³.

Les premières formes de campagnes de sensibilisation ont été menées dans le milieu sanitaire par le Service National d'Education Sanitaire (SNES) créé le 29 août 1979 et placé sous la tutelle de l'Institut National de la Santé Publique (Kouassi, 1991)³¹⁴. Le SNES avait trois (3) missions essentielles. D'abord, il s'agissait de l'application des grandes orientations de la politique d'éducation sanitaire élaborée par le Ministère de la santé et de la population. Ensuite, il était question de la mise à disposition de chaque Ministère ou organisme public ou privé des moyens éducatifs standardisés, tant sur le plan des méthodes que des supports visuels. Enfin, la participation à la réalisation des programmes éducatifs constituait la troisième composante de ses missions. Dans le cadre de l'exécution de ses attributions, le SNES avait élaboré trois

³¹¹ *Ibidem*.

³¹² Francis Augustin Akindès, *op. cit*.

³¹³ Kassoum Traoré et Memon Fofana, *op. cit*.

³¹⁴ Konan Canuth MBahia Kouassi, *op. cit*.

programmes. A savoir le Programme d'Education Sanitaire pour l'Emploi de l'Eau Potable (PESEEP), le Programme National d'Education Nutritionnelle (PNEN) et le Programme Elargi de Vaccination (PEV) (Kouassi, 1991)³¹⁵.

Le Programme d'Education Sanitaire pour l'Emploi de l'Eau Potable (PESEEP) avait pour cible les populations rurales. En plus d'assurer l'approvisionnement en eau potable des villages, il était chargé de la sensibilisation sur l'incidence des maladies liées à l'eau et l'incitation des populations villageoises à la consommation de l'eau provenant des infrastructures hydrauliques qu'elles se devaient d'entretenir. Au surplus, la sensibilisation portait également sur l'assainissement des villages par la construction de latrines et de douches. Ici, les actions de sensibilisation se faisaient par contact direct avec la population en raison de l'analphabétisme des populations rurales (Kouassi, 1991)³¹⁶.

Le Programme National d'Education Nutritionnelle (PNEN) avait pour objectif de réduire la prévalence de la malnutrition chez les enfants de 0 à 5 ans en sensibilisant les populations rurales et urbaines analphabètes sur l'importance de l'allaitement maternelle et la fréquentation des centres de santé afin de bénéficier des soins de santé primaires. En raison de l'analphabétisme des populations cibles, la prévention se faisait également par contact direct.

Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) avait pour mission de sensibiliser une frange de la population notamment les mères et les femmes enceintes sur l'importance de la vaccination dans la prévention des maladies. C'est au cours des consultations que les femmes étaient sensibilisées sur l'importance de la vaccination.

Les campagnes de communication du Service National d'Education Sanitaire (SNES) mettaient à contribution différentes catégories d'acteurs. Il s'agissait des politiques et des autorités administratives. Ce sont, entre autres, les préfets et les sous-préfets, les élus locaux, les responsables des associations politiques du parti unique dénommé le Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI), des autorités villageoises, des professionnels de santé et des agents de santé communautaires recrutés dans les villages. Les centres de santé étaient les lieux exclusifs d'affichage des supports de communication. Il s'agit, notamment, des Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), des Hôpitaux Généraux (HG), des dispensaires, des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), des maternités, des centres sociaux, des centres de santé ruraux

³¹⁵ *Ibidem.*

³¹⁶ *Ibidem.*

et de certaines cliniques privées.

Dans sa thèse sur les campagnes de communication dans le domaine sanitaire, Konan Canuth MBahia Kouassi indique que ces campagnes avaient pour objectif de faire prendre conscience aux populations que l'amélioration de leur état de santé ne dépendait pas du seul fait de l'Etat et qu'elles avaient un rôle important à jouer. Il s'agissait notamment de contribuer à l'hygiène des infrastructures hydrauliques des villages et de participer aux différentes campagnes de vaccination organisées à leur intention. En ce qui concerne les résultats obtenus par ces campagnes organisées par les pouvoirs publics, MBahia Kouassi ne se prononce pas sur la question. Toutefois, il indique que les différents services de communication ne réalisaient pas d'évaluation sur les résultats de ces campagnes et déplore par ailleurs, le manque de qualification scientifique en sciences de l'information et de la communication, marketing sociale et relations publiques chez les acteurs des campagnes (concepteurs et animateurs). Pour lui, la satisfaction de cette exigence de formation pourrait constituer un gage de succès des différentes campagnes.

Vu les recommandations de cette thèse, il semble que cette approche de communication de prévention par contact direct n'a pas bien fonctionné, puisque, les taux d'incidence des maladies et de la mortalité avaient augmenté de façon considérable. Ainsi, les pouvoirs publics, sur recommandations des institutions internationales ont intégré de façon formelle et effective la communication de prévention dans la politique sanitaire.

2.3 L'intégration de l'approche préventive orientée vers les maladies chroniques dans la politique de santé à partir de 1980 à nos jours

A partir de 1987, avec la création du Comité National de lutte contre le SIDA (CNLS) mis en place par le gouvernement pour faire face à l'épidémie, l'on a assisté aux premières campagnes de communication avec affichage grand public au niveau des artères des grandes villes (Figure 7).

Figure 7: La lutte contre le SIDA



La diffusion de ces affiches correspondait à une communication persuasive fondée sur la diffusion de la peur afin de susciter le changement de comportement chez les individus. Cependant, cette stratégie n'ayant pas obtenu les effets escomptés, les campagnes qui ont suivi ont abordées la sensibilisation sur un autre angle, celui d'améliorer les connaissances des populations sur le VIH-SIDA et notamment sur les moyens de prévention.

Par ailleurs, à compter de 1990, face aux injonctions des institutions de Breton Wood (Fond monétaire International (FMI) et de la Banque Mondiale (BM)) avec les différents plans d'ajustements structurels et les insuffisances du système sanitaire, l'Etat de Côte d'Ivoire va adopter un Programme de Valorisation des Ressources Humaines (PVRH) pour la période 1991 à 1994. L'objectif de ce plan était d'optimiser la gestion des ressources humaines en faveur de la prise en compte des besoins essentiels des populations les plus vulnérables notamment, en

matière d'emploi, de santé et d'éducation de base (Akindès, 1991)³¹⁷. L'un des points majeurs de la stratégie de santé du PVRH était axé sur la disponibilité des médicaments et des vaccins dans les structures sanitaires. Ici, la sensibilisation avait pour objet d'inciter les populations à la fréquentation des centres de santé et à la vaccination.

En raison du pic observé à partir des années 2000 au niveau du taux de prévalence de la surcharge pondérale (indicateur majeur des maladies chroniques liées à l'alimentation) dans les pays en voie de développement, il y avait lieu d'organiser la lutte en Côte d'Ivoire. A cet effet, un document de politique du Programme National de Lutte contre le Diabète (PNLD) a été élaboré en 1998 (PNLMM, 2008)³¹⁸. Ce document faisait suite aux prescriptions de l'OMS, aux conclusions du bilan de mise en œuvre du Plan National de Développement Sanitaire de 1995 et aux recommandations des assises de la santé en Côte d'Ivoire dénommées « Journées bilan de la santé » en 1997 qui avaient souligné l'urgence de créer des programmes de santé. La création de ce Programme National de Lutte contre le Diabète (PNLD) sera ensuite formalisée en 2001 par l'arrêté ministériel N° 387 du 17 Décembre 2001. A cet effet, c'est aussi à l'occasion des assises de la santé de 1997 que la notion de « facteurs de risques » va faire l'objet d'un groupe de réflexion à part entière (PNLMM, 2008)³¹⁹.

Au demeurant, suite à l'enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles STEPS de 2005 sous la houlette de l'OMS (STEPS/MNT, 2005)³²⁰ qui mentionnait le risque élevé pour la population âgée de 15 à 64 ans de développer une maladie chronique, faisant craindre une situation dramatique si aucune action n'était engagée, le PNLD³²¹ va se muer en Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) par l'arrêté N° 173 MSHP/CAB du 21 juin 2007. D'autres pathologies, telles que l'hypertension artérielle (HTA), l'obésité, les dyslipidémies et les dysthyroïdies seront ajoutées à son champ d'action. Depuis 2015, selon les autorités sanitaires³²², pour une meilleure organisation de la prévention, le PNLMM devient Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et Programme National de Prévention des maladies Non Transmissibles (PNLMM/PNLMNT).

³¹⁷ Francis Augustin Akindès, *op. cit.*

³¹⁸ Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), « Plan stratégique », 2008.

³¹⁹ *Ibidem.*

³²⁰ Direction de coordination du programme STEPS/MNT, *op. cit.*

³²¹ Programme National de Lutte contre le Diabète

³²² Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

Le Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 choisi également les maladies non transmissibles comme problème prioritaire de santé publique (MSHP, 2010)³²³.

Des études ayant montré que la modification du mode de vie a une répercussion significative dans la prévention des maladies telles que le diabète, les différentes campagnes de communication feront à cet effet, la promotion des comportements jugés « sains » dans la lutte contre les maladies chroniques liées à l'alimentation. Ainsi, depuis 1997, La Journée Mondiale du Diabète instituée par la Fédération Internationale de lutte contre le Diabète et l'OMS en 1991 est célébrée en Côte d'Ivoire, avec, à la clé, une déclaration gouvernementale qui vise, semble-t-il, à impliquer tous les maillons de la société dans la lutte et à tirer la sonnette d'alarme sur l'impérieuse nécessité de mobiliser tous les efforts pour endiguer ce « fléau » (MSLS, 2010)³²⁴. Si en France, l'intégration de l'approche préventive dans les politiques de santé publique est venue d'une initiative nationale, à la suite du rapport 2003 de l'Inspection Générale de la santé (IGAS) (Marsollier, 2007)³²⁵, en Côte d'Ivoire, elle a été le fait des institutions internationales, notamment de l'OMS. En effet, c'est à partir des recommandations de cette institution et de l'enquête sur les facteurs de risque qui s'est tenue sous son égide que la prévention des maladies chroniques a été effective. A cet effet, en plus du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), plusieurs programmes ont été créés. Ce sont entre autres, le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA), le Programme National de Nutrition (PNN), le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA). A la différence du paludisme et du VIH/SIDA où les campagnes de sensibilisations sont suivies par des actions concrètes, notamment la distribution de moustiquaires imprégnées et de préservatifs de façon récurrente au cours de l'année dans les centres de santé ruraux et urbains, les campagnes de communication sur les maladies chroniques qui se tiennent en général lors de la commémoration des journées thématiques de la santé instituées par l'OMS, ne sont pas soutenues par des actions sur le long terme afin d'augmenter les probabilités de changement de comportements. En effet, dans le cadre de la prévention, les quelques dépistages se tiennent uniquement une ou deux fois dans

³²³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³²⁴ Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³²⁵ Christophe Marsollier, *op. cit.* Selon ce rapport, les politiques de santé publique française étaient axées sur la médecine curative au détriment de la prévention depuis 1945.

l'année de façon parcellaire sur l'étendue du territoire national.

Le Ministre en charge de la santé et son cabinet représentent l'unité décisionnelle avec une gestion centralisée de la politique de santé. Toutefois, on assiste à partir de l'année 2001 à une forme de déconcentration des activités de prévention avec la création de plusieurs programmes de santé, structures techniques chargées de lutter contre les maladies chroniques. Face à cette nouvelle donne dans la lutte contre les maladies chroniques, nous pouvons nous interroger sur les modalités d'exercice de la gouvernamentalité qui étaient jusque-là caractérisées par une concentration du pouvoir. Concrètement, il s'agit, de saisir le type de rapports de pouvoir entre les structures et la tutelle afin de savoir s'il est question d'un pseudo ou d'une véritable délégation de pouvoir. L'analyse des mécanismes de prises de décision dans le cadre de l'organisation des campagnes de communication, telle que nous l'envisageons dans notre première hypothèse nous permettra de répondre à cette interrogation.

Le système de santé en Côte d'Ivoire est également animé par la médecine traditionnelle, qui propose également des solutions préventives. Ainsi, dans la section suivante, nous présentons les caractéristiques de cette médecine, notamment les acteurs, la source de leur légitimité et leur pratique en matière de prévention.

3. La médecine traditionnelle

La médecine traditionnelle est issue du patrimoine socioculturel des communautés. En Côte d'Ivoire, à l'image des pays en voie de développement, 80% de la population en générale et particulièrement celle vivant dans les zones rurales ont recours à la médecine traditionnelle en première intention dans la prise en charge de leur santé (PNPMT, 2014)³²⁶. Elle constitue à cet effet un itinéraire de prise en charge de la sante pour certaines populations locales.

3.1 Le bouleversement de la prise en charge locale de la santé induit par l'instauration de la médecine conventionnelle

Dans ces paragraphes, nous voulons montrer que l'introduction de la médecine conventionnelle

³²⁶ Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, « Plan stratégique national de promotion de la médecine traditionnelle 2007-2011 », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2014.

dans le pays s'est faite au détriment de la médecine traditionnelle qui constituait le seul itinéraire thérapeutique des populations. Elle a induit « un phénomène » de résistance chez les populations qui ont voulu perpétuer une « médecine » en laquelle elles se reconnaissent.

Ainsi, cette instauration s'inscrit-elle dans un rapport de force qui visait à soumettre les corps à de nouveaux procédés de prise en charge de la santé, qui rejetait en bloc le système de prise en charge local.

La stratégie sanitaire pendant l'époque coloniale en Côte d'Ivoire s'inscrivait dans le cadre de la subordination politique des peuples et l'exploitation économique de la colonie (Coulibaly, 2018)³²⁷. La création des centres urbains à la périphérie des pôles administratifs et économiques a eu pour effet de favoriser une surpopulation dans ces agglomérations qui étaient destinées à héberger les ouvriers. Ces conditions ont par conséquent créé une promiscuité, élément principal qui a déclenché les épidémies. Face à cette situation, Albert Sarraut, alors Ministre français des colonies, a conçu un vaste programme sanitaire dont l'objectif était de protéger les colons européens et réduire la mortalité au niveau des races colonisées. Selon les modalités pratiques de cette politique sanitaire qui a été mise en œuvre par Edouard Daladier (Ministre de la santé de la république française), il s'agissait de fournir une assistance médicale curative individuelle aux colons, d'une part, et, d'autre part, de réaliser des actions préventives de masse à l'intention des populations indigènes (Loucou, 2016)³²⁸. On assistait alors à la mise en place d'une médecine dite conventionnelle aux pratiques diamétralement opposées à la médecine traditionnelle à laquelle les africains continuaient d'avoir recours, vu que le programme sanitaire ne prenait pas en compte la prise en charge de leur santé individuelle. Ici, l'enjeu politique de l'administration coloniale était le maintien d'une main d'œuvre capable de mettre en valeur la colonie afin d'avoir des performances économiques. Toujours dans cette dynamique et dans le but d'imposer la médecine dite conventionnelle que l'administration coloniale qualifiait de « supérieure », elle a développé du mépris envers les procédés thérapeutiques locaux et favorisé une perception négative des noirs qui étaient perçus comme différents des blancs et présentés comme des êtres maladifs et porteurs d'affections tropicales

³²⁷ Navigué Félicien Coulibaly, « Approche historique et socioculturelle de la maladie et des thérapies en Côte d'Ivoire de l'époque précoloniale à nos jours », *Folo Folo*, 2018, p. 26-60.

³²⁸ Jean-Noël Loucou, « La Côte d'Ivoire coloniale 1893-1960 », *éditions FHB*, 2016, (« Les éditions du CERAP »), p. 156.

(Loucou, 2016)³²⁹. Ce sentiment anti-noir promu par la gouvernance des colons a rendu impossible la collaboration directe entre les Européens et les Africains. Les premiers cités n'osaient pas approcher les seconds pour éviter toute contamination. Cette discrimination a été accentuée à la suite de la survenue d'autres épidémies telles que la fièvre jaune, la grippe espagnole, la peste, la variole qui ont fait plus de victimes chez les colons. Ce fut le début d'un rapport de pouvoir exercé sur les individus et les corps, car en dépit de tout, les africains restaient attachés à leurs perceptions sociales de la santé et continuaient d'avoir recours aux pratiques ancestrales dans leur thérapeutique (Coulibaly, 2018)³³⁰.

En raison de la situation délétère d'antan, due à l'urgence sanitaire, l'administration coloniale a mis en place, de façon formelle, un service de santé colonial à part entière en 1893 et une Assistance Médicale Indigène (AMI) destinés aux populations colonisées (Loucou, 2016)³³¹. L'intégration de cette nouvelle organisation médicale dans la société ivoirienne s'est faite avec ses corollaires de nouveaux acteurs blancs (médecins, infirmiers, auxiliaires, agents vaccinateurs) et de nouvelles perceptions de la maladie. Ces perceptions de la santé étaient différentes de la vision du monde des populations et leur rapport aux puissances visibles et invisibles.

Par ailleurs, les autorités sanitaires organisèrent plusieurs campagnes de dénigrement des pratiques de la médecine traditionnelle, destinées à faire la promotion des mesures prophylactiques biomédicales et marquées par l'organisation d'une multitude de séances de vaccination entre 1925 et 1939. Ces campagnes visaient également à discréditer de façon automatique les procédés de la médecine traditionnelle, ses perceptions de la santé, et à diaboliser les cultes locaux et les modalités de compréhension et de prise en charge traditionnelle (M'Boukou, 2007)³³². A cet effet, il y eut l'apparition de nouveaux concepts relativement aux déterminants sociaux, aux pratiques, à l'exemple du médicament, et à la notion d'agent causal de la maladie (microbes, virus) dans l'explication de la maladie (M'Boukou, 2007)³³³. Ce fut le bouleversement de tout le système sanitaire traditionnel avec pour

³²⁹ *Ibidem*.

³³⁰ Navigué Félicien Coulibaly, *op. cit.*

³³¹ Jean-Noël Loucou, *op. cit.*

³³² Serges M'Boukou, « A la croisée des recours thérapeutiques : trajectoires du soin en Afrique, N°4, 2007 », 2007, (« Soins et éducation »), p. 15.

³³³ *Ibidem*.

conséquence un nouveau rapport au monde où est désormais occultée l'action des génies et des esprits.

A côté des agents de santé formés par les colons, il existait également une autre catégorie d'agents de santé qui opéraient dans la sphère physique et psychique, les missionnaires catholiques de la Société des Missions Africaines (SMA). L'action de ces missionnaires a constitué aussi un moyen qui a contribué à mettre en brèche toute la doctrine de la conception animiste selon laquelle la maladie provenait de la sorcellerie et des puissances maléfiques (Bouron, 2012)³³⁴. Ainsi, ces évangélistes ont profité de l'impuissance des guérisseurs traditionnels face aux épidémies pour essayer de fédérer les populations indigènes autour du système de santé biomédical, puisqu'ils réalisaient des soins de premier secours aux populations locales (Bouron, 2012)³³⁵.

Dans ce processus de médicalisation de la société ivoirienne, le pouvoir des acteurs de la médecine traditionnelle que sont les marabouts, les féticheurs et les guérisseurs était remis en cause. Cependant, dans certaines situations, la médecine des « blancs » qui prenait uniquement en compte les symptômes et qui était promue par les pères missionnaires et les agents de santé des colonisateurs présentait des limites. Notamment en matière de prise en charge de certaines maladies qui touchent le physique et l'intégrité sociale et qui, selon les perceptions des populations locales sont le fait des puissances invisibles. Dans ces cas précis, seule la médecine traditionnelle, qui a une dimension biologique et métaphysique, était compétente dans la résolution des troubles individuels et collectifs occasionnés par la maladie. Ces limites médicales ont par la suite occasionné des contestations des pratiques de la biomédecine. Au demeurant, il est également important de noter qu'en plus de ces controverses sur la médecine conventionnelle, la vague de christianisme qu'a connue la Côte d'Ivoire au XIX^{ème} siècle a donné naissance à un autre type de prise en charge thérapeutique alliant religion et phytothérapie animé par des prophètes-guérisseurs (Coulibaly, 2018)³³⁶. Au cours de l'histoire, on note que, quels que soient les mécanismes utilisés par les colons, quelle que soit leur qualité (administrateurs ou missionnaires) visant à intégrer la médecine dite conventionnelle dans les

³³⁴ Jean-Marie Bouron, « Le paradigme médical en milieu catholique : offre sanitaire missionnaire et demande de santé en Haute-Volta (actuel Burkina Faso) », vol. 1 / 21, 2012, (« Histoire et missions chrétiennes »), p. 103-136.

³³⁵ *Ibidem*.

³³⁶ Navigué Félicien Coulibaly, *op. cit.*

sociétés traditionnelles et à discréditer la médecine locale, on a assisté alors, à des formes de résistances chez les colonisés qui leur ont permis de perpétuer leurs us et coutumes en matière de prise en charge de la santé.

Les perceptions de la santé, et partant les pratiques de prise en charge chez certains ivoiriens sont entretenues par un système de valeurs diffusé par la médecine traditionnelle.

3.2 L'organisation de la médecine traditionnelle

Les conceptions de la santé des populations en Côte d'Ivoire ont été étudiées par des recherches en socio-anthropologie³³⁷. Dans leurs écrits, les auteurs inscrivent les conceptions de la santé chez les ivoiriens dans les conclusions des courants rationaliste, cognitif et interprétatif de la maladie. Ainsi, dans les sociétés africaines en général et singulièrement en Côte d'Ivoire, la santé peut être appréhendée au niveau individuel et collectif.

Le volet individuel de la santé comprend la dimension physique et psychique. La dimension physique renvoie à la « qualité supérieure » de la vie, à l'absence de souffrance (Harris, 1998)³³⁸. Elle est perceptible par des signes de « bonne apparence » et de bonne mine. C'est aussi l'aptitude à la réalisation de tous mouvements « debout », « marche », « course », « danse », « travail », bref, la « mobilité spatiale » et la capacité de procréer (Harris, 1998)³³⁹. La dimension psychique de la santé, quant à elle, se conçoit à travers l'absence de soucis, l'équilibre intérieur qui se matérialise par la joie, la danse dans les fêtes. Le volet collectif de la santé concerne la cohésion sociale, la paix et la prospérité de la communauté. Ce volet se perçoit à travers la célébration des fêtes intra et intercommunautaires.

Dans la conception africaine, la santé provient exclusivement de Dieu. Toutefois, le maintien et la perpétuation de la santé dépend du monde visible et invisible. Le monde visible fait référence à l'individu, aux ennemis, au soleil, à la poussière, à la pluie et à l'alimentation. Le monde invisible est constitué de Dieu, des ancêtres, des sorciers et des génies. Cependant, le volet mystique prime, ce qui fait que, toute maladie ou mort est attribuée dans une certaine

³³⁷ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*. Yao Léopold Yao, « Socioanthropologie de l'enjeu institutionnel de l'intégration de la médecine traditionnelle africaine au système de santé en Afrique. le cas de la Côte d'Ivoire », *Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô*, 2004, p. 112-125.

³³⁸ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

³³⁹ *Ibidem.*

mesure à l'action des sorciers qui ont accès à la vie de l'individu dès que la protection des ancêtres cesse. En plus de l'action maléfique des mauvais esprits, la survenue de la maladie provient également de la violation des interdits, notamment le non-respect des coutumes par l'individu. Ainsi, une étude réalisée auprès des groupes ethniques par Harris Memel-Foté (1998)³⁴⁰, révèle que la majorité de la population considère le monde invisible et la naturothérapie préventive et curative dispensée par les tradipraticiens comme garant de l'état de bien-être.

La médecine traditionnelle fait donc référence à la somme de tous les procédés, les connaissances et les rites compréhensibles ou non que les tradipraticiens utilisent pour assurer la prise en charge physique, psychologique ou sociale de l'individu ou de la communauté à partir de leur expérience ou des savoirs écrits ou oraux hérités de leurs prédécesseurs (OMS, 2002)³⁴¹. Son domaine d'application concerne aussi bien le préventif, le diagnostic que le curatif.

Le secteur de la médecine traditionnelle est ainsi composé du volet communautaire et du volet institutionnel.

3.2.1 Au niveau communautaire

Le secteur de la médecine traditionnelle est animé essentiellement par les tradipraticiens. Le tradipraticien est un individu reconnu au sein de la communauté où il exerce et qui est en mesure de réaliser un diagnostic des pathologies, administrer des soins et faire une prescription de plantes thérapeutiques (PNPMT, 2007)³⁴². L'enrôlement des tradipraticiens par le programme national de promotion de la médecine traditionnelle a débuté à partir de l'année 1996 et ils sont répartis dans les différentes régions du pays. Actuellement, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle enregistre plus de huit mille cinq cent (8500) tradipraticiens. Il est bon de rappeler que tous les tradipraticiens ne sont pas répertoriés au

³⁴⁰ *Ibidem*.

³⁴¹ World Health Organisation, « Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva », 2002.

³⁴² Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, « Document cadre de politique nationale en matière de médecine traditionnelle et de pharmacopée africaine », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2007.

programme national de promotion de la médecine traditionnelle (MSHP, 2015)³⁴³. De 1986 à 2006, le PNPM a identifié plusieurs associations de médecine traditionnelle. Il s'agit, entre autres, de :

- L'Association des guérisseurs (AGUECI) ;
- L'Association Ivoirienne de Médecine Naturelle et Traditionnelle (ASSIMENAT).
- La Maison Ivoirienne de la Culture Africaine (MICA) ;
- L'union des Tradipraticiens de santé Professionnel de Côte d'Ivoire (UTRAPCI) ;
- L'association pour la Promotion de la Médecine Traditionnelle en Côte d'Ivoire (PROMETRACI) ;
- Le Groupe des Initiateurs pour le Développement de la Médecine Africaine (GIDMA) ;
- L'Association des Guérisseurs et Comianfouets³⁴⁴ de Côte d'Ivoire (AGUECOCI).

3.2.1.1 Les tradipraticiens

Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, classe les tradipraticiens en deux (2) grands groupes en fonction de leur mode d'exercice. Ce sont les non spiritualistes et les spiritualistes (PNPMT, 2014)³⁴⁵.

Les tradipraticiens non spiritualistes sont des praticiens qui utilisent uniquement les plantes et autres dérivés dans la prise en charge de leurs patients. Il y a les herboristes, les « médicodroguistes », les « matrones³⁴⁶ », les naturothérapeutes, les chiropracteurs et les rebouteux.

- Les herboristes sont des individus qui connaissent les propriétés des plantes médicinales et qui par conséquent vendent les matières premières végétales aux tradipraticiens à des fins thérapeutiques. Ils ne dispensent pas de soins.
- Les médicodroguistes sont des herboristes qui en plus de leurs connaissances acquises en pharmacopée traditionnelle conditionnent et vendent des matières premières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques.

³⁴³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

³⁴⁴ Thème désignant les féticheurs en langues Akan (groupe ethnique vivant au sud et au centre de la Côte d'Ivoire)

³⁴⁵ Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, « Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2014.

³⁴⁶ Les accoucheuses traditionnelles

- Les matrones correspondent aux sages-femmes. Ce sont des femmes âgées qui aident la mère pendant le travail. Elles prodiguent à une femme et à son nouveau-né, pendant et après l'accouchement, des soins de santé.
- Les naturothérapeutes sont des personnes qui mettent à contribution des méthodes basées sur des substances naturelles (les vertus de l'eau, de la diététique) et du jeûne comme moyens thérapeutiques.
- Les chiropracteurs sont des individus qui exercent principalement avec la main nue ou armée d'outils, des massages ou des modifications sur le corps afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leur fonction.
- Les rebouteux ou rebouteurs sont des individus bien connus dans la communauté pour leur habileté à remettre en place les nerfs « froissés » et les tendons endommagés, à dénouer les muscles, soigner les foulures et les articulations démisées voire les fractures.

Les tradipraticiens spiritualistes sont des tradipraticiens qui en plus d'utiliser les plantes et autres dérivés exercent avec une dimension surnaturelle. Il existe les psychothérapeutes, les phytothérapeutes, les devins, les occultistes, les exorcistes, les féticheurs ou féticheuses et les prophètes-guérisseurs.

- Les psychothérapeutes. Les soins des psychothérapeutes sont délivrés exclusivement pour les troubles mentaux afin de rétablir l'équilibre spirituel grâce aux plantes médicinales et aux pouvoirs de dimension surnaturelle ou magique.
- Les phytothérapeutes. Sur la base des connaissances acquises au sein de la famille, ils utilisent les vertus des plantes médicinales pour traiter les malades.
- Les devins sont des tradipraticiens pourvus d'une aptitude leur permettant d'interpréter les rêves et les songes, de percevoir les secrets et de prédire l'avenir grâce aux oracles, aux signes astrologiques, aux cartes, au sable et aux cauris³⁴⁷.
- Les occultistes utilisent des procédés magiques dans la prise en charge thérapeutique.
- Les exorcistes sont des individus qui possèdent le don de désenvoûter des personnes possédées par des esprits mauvais.
- Les féticheurs (euses) ou « comians » (Figure 8) sont des individus dotés des aptitudes

³⁴⁷ Le cauri est un genre de coquillage qui était utilisé comme monnaie et ornement en Asie et en Afrique dans la préhistoire. Il continue d'être utilisé aujourd'hui comme un bijou et comme un élément de divination par des praticiens de médecine traditionnelle spiritualiste.

des phythérapeutes et des occultistes. Ils combinent les savoirs sur les plantes et des pouvoirs surnaturels pour prendre en charge les patients et assurer le bien-être des villages et des communautés.

Figure 8: Les féticheurs (euses)



Photo prise par Brigitte AKA lors de la célébration de la fête de l'Abissa³⁴⁸, le 25/10/2021
Grand-Bassam (Côte d'Ivoire)

- Les prophètes-guérisseurs sont issus des religions monothéismes importées de l'Europe qui ont été introduites en Côte d'Ivoire à partir du XIXe siècle (Coulibaly, 2018)³⁴⁹. Cette forme de prise en charge s'apparente à une réappropriation du christianisme. En raison de la perception de la santé dans les sociétés traditionnelles selon laquelle l'individu croit en l'existence d'un monde invisible constitué de puissances qui déterminent le destin et notamment la santé, cette dimension métaphysique a donc engendré chez certaines populations une sorte de syncrétisme religieux qui est un mélange de médecine traditionnelle et de christianisme (Bouron, 2012³⁵⁰). Le syncrétisme s'apparente donc à une forme d'acculturation, d'intégration du christianisme aux pratiques traditionnelles, ancestrales. Le prophétisme fut introduit en

³⁴⁸ Abissa, cérémonie de réjouissance du peuple N'Zima (groupe ethnique du sud de la Côte d'Ivoire) marquant la fin l'année et célébrant le début d'une nouvelle année. L'Abissa se tient du 30 octobre au 05 novembre de chaque année.

³⁴⁹ Navigué Félicien Coulibaly, *op. cit.*

³⁵⁰ Jean-Marie Bouron, *op. cit.*

Côte d'Ivoire au XXe siècle par William Wade Harris de nationalité libérienne, ex-catéchiste de l'église méthodiste et opposant politique au système de noblesse afro-américaine qui était au pouvoir dans son pays (Coulibaly, 2018)³⁵¹. William Wade a influencé le christianisme, si bien qu'une religion issue de son courant et dénommée l'église Harriste est présente en Côte d'Ivoire, elle compte un bon nombre de fidèles. Après William Wade Harris, il y a eu des prophètes-guérisseurs fondateurs d'églises africaines qui alliaient christianisme et pratiques mystiques africaines. Les plus célèbres furent Albert Atcho, Josué Ejro, Boto Adai, Bagoué Hononyo, Koudou Jeannot et Zrédi, pour ne citer que ceux-ci. Dans cette philosophie la maladie résulte de facteurs exogènes, notamment l'action maléfique des mauvais esprits et d'éléments endogènes à l'individu, notamment le péché (adultère, mensonges, vol...) (Augé et Piaux, 1975)³⁵².

La classification des métiers de tradipraticiens qui précède se fonde sur les procédés de prise en charge et les affections traitées par les praticiens de médecine traditionnelle. En-dehors des prophètes-guérisseurs, les autres dénominations ont été proposées par le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle.

3.2.1.2 La pharmacopée traditionnelle

La pharmacopée fait référence aux traitements traditionnels utilisés par les tradipraticiens (Akpagana et Bouchet, 1995)³⁵³. Elle englobe également la capacité du praticien à concevoir un remède. Ce dernier développe l'aptitude à la réalisation de médicaments à partir des sources orales transmises par ses pairs ou ses aînés et dans l'expérience acquise lors de l'exercice de son activité. Plusieurs types de remèdes sont mobilisés par les tradipraticiens qui interviennent à trois différents niveaux selon leurs spécificités. Selon l'OMS (2003)³⁵⁴, la flore tropicale africaine compte environ six mille trois cent soixante-dix-sept (6377) espèces de plantes dont quatre mille (4000) sont des plantes médicinales. En Côte d'Ivoire, selon les résultats d'une

³⁵¹ Navigué Félicien Coulibaly, *op. cit.*

³⁵² Marc Augé et Colette Piaux, *Prophétisme et thérapeutique, Albert Atcho et la communauté de Bregbo*, Paris, Hermann, 1975, 324 p., (« Savoir »).

³⁵³ Koffi Akpagana et Philippe Bouchet, « La disparition des espèces végétales et la pharmacopée traditionnelle en Afrique tropicale », *Pharmacopée et MT africaine*, 1995, p. 63-66.

³⁵⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Médecine Traditionnelle, notre culture, notre avenir. Observatoire de la santé », 2003.

étude réalisée par le Professeur Aké Assi (1979)³⁵⁵, ethnobotaniste, il existe près de quatre mille sept cent (4700) espèces végétales dont trois cent cinquante (350) à quatre cent (400) espèces sont médicinales. Plusieurs d'entre elles ont fait la preuve de leur efficacité sur des générations dans le traitement de certaines maladies prioritaires comme le paludisme et l'ulcère de Buruli (PNPMT, 2014)³⁵⁶.

Les remèdes des tradipraticiens sont la plupart du temps des décoctions constituées de plantes, de drogues végétales, animales et minérales (PNPMT, 2014)³⁵⁷. Le traitement proposé est composé dans la plupart des cas de produits de synthèses composés de végétaux racines (écorces, plantes, fruits), de minéraux (cendre végétale, kaolin, eau), d'animaux (œufs de tortue, caméléons, scorpions, écailles de pangolin, poils de biche) et de dérivés industriels (talc, poudre, parfums...). Les drogues végétales proviennent de matières premières issues des ressources naturelles des milieux de vie des tradipraticiens et/ou de leur localité. En l'absence d'un laboratoire destiné à la production des médicaments, chaque tradipraticien conçoit lui-même ses médicaments à partir de ses propres procédés.

Plusieurs composés entrent dans la préparation des remèdes en fonction du diagnostic établi par les tradipraticiens. En raison de l'absence de laboratoires dédiés à la fabrication des produits, leur conditionnement varie d'un praticien à l'autre (Figure 9).

³⁵⁵ Edmond Adjanooun et Assi Laurent Aké, « Contribution au recensement des plantes médicinales de la Côte d'Ivoire- Abidjan centre National de floristique de l'Université Nationale de Côte d'Ivoire Tome 1 », 1979.

³⁵⁶ Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, *op. cit.*

³⁵⁷ Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, *op. cit.*

Figure 9: Les Médicaments Traditionnels Améliorés



Photo prise par Brigitte AKA, MTA³⁵⁸, le 24/04/2020, siège du PNPMT³⁵⁹ à Abidjan

3.2.1.3 L'origine du pouvoir des tradipraticiens et les sources de leur légitimité auprès de la population

Ici, il s'agit d'évoquer la transmission du pouvoir, et les raisons qui sous-tendent la notoriété des tradipraticiens.

3.2.1.4 L'origine du pouvoir

A la différence de la médecine conventionnelle où les conditions d'exercice sont conditionnées par l'obtention d'un diplôme, la transmission du pouvoir dans la médecine traditionnelle se fait par la transcendance, l'hérédité et la formation (Harris, 1998)³⁶⁰.

La transcendance fait référence aux pouvoirs qui sont transmis par des facteurs exogènes. Il s'agit, de l'action du monde invisible : génies, ancêtres, dieux (Harris, 1998)³⁶¹. La transmission de dimension surnaturelle s'opère par la désignation d'un individu de façon « arbitraire » au sein de la communauté et ensuite le transfert du savoir par révélation. Ce transfert de pouvoir se fait soit par intuition soit par le biais le rêve. A l'exemple du cas cité par Harris Memel-Fotê

³⁵⁸ Médicament Traditionnel Amélioré (MTA) est la nouvelle dénomination des remèdes traditionnels, elle a été introduit par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) en 2014.

³⁵⁹ Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

³⁶⁰ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

³⁶¹ *Ibidem.*

(1998), Assamoi Yao originaire de la ville d'Agboville³⁶², marié et père de quatre enfants ayant lui-même deux oncles « sarépié³⁶³ » : Survivant de jumeaux, la divination avait prédit qu'il survivra et qu'il exercera le métier de féticheur. Il a été investi dans sa fonction au champ par le génie de la rivière « Ochukwa Logbo d'Araguié ». L'hérédité concerne la transmission du savoir de génération en génération d'une part, et, d'autre part, des aptitudes innées en raison de prédispositions génétiques qui expliquent le fait qu'on peut être guérisseur de père en fils. A l'instar de Boka Yapi Moutcho originaire d'Agboville qui a appris la science de la médecine traditionnelle auprès de ses parents qui étaient eux même guérisseurs et qui après leur mort vinrent en rêve pour lui transmettre officiellement le pouvoir de guérison (Harris, 1998)³⁶⁴.

La formation s'exerce selon une modalité objective et une autre subjective. Celui qui a le savoir le transmet de façon objective à un autre individu dans un cadre mystique ou non. L'apprenant va enrichir sa pratique à partir de son expérience. L'initiation a lieu dans un environnement ésotérique et l'apprentissage se déroule dans un cadre exotérique (Harris, 1998)³⁶⁵. Dans le premier cas la transmission s'opère soit dans une dimension mystique soit dans le cadre de l'initiation. Dans la dimension mystique, l'individu est assujéti aux génies et/ou aux fétiches qui transmettent leurs savoirs à l'élu. A l'image de dame Djongba Edichi Marthe, épouse Aka qui ne forme que ceux qui sont choisis par les génies après qu'elle se soit assurée de ce fait par la consultation des esprits (Harris, 1998)³⁶⁶.

Pour ce qui est de l'initiation c'est le cas des guérisseurs « senoufos »³⁶⁷ de Waraniéré dans la ville de Korhogo où la confrérie recrute des jeunes gens capables de porter des malades. La formation se déroule pendant la saison sèche. Elle comprend une phase théorique et une phase pratique. Si dans la première, le jeune homme apprend à connaître les plantes et leurs indications, dans la deuxième qui se poursuit au village, après s'être exercé sur trois ou quatre cas graves, il doit pouvoir guérir au moins un des cas. Une fois cet examen réussi il est déclaré apte à s'installer en tant que guérisseur.

La formation par apprentissage est composée de trois modalités. Premièrement, la transmission

³⁶² Ville du Sud-est de la Côte d'Ivoire

³⁶³ Sarépié signifie féticheur en langue Abbey (groupe ethnique vivant dans la région sud-est de la Côte d'Ivoire)

³⁶⁴ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

³⁶⁵ *Ibidem.*

³⁶⁶ *Ibidem.*

³⁶⁷ Groupe ethnique du nord de la Côte d'Ivoire

du pouvoir se réalise soit par le biais d'une transcendance et des effets de l'apprentissage grâce à un parent ou des sources extra-lignagères et s'exerce après dans un cadre public. Deuxièmement, le savoir peut-être transmis de façon lignagère ou de façon libérale. C'est le cas de la majorité des tradipraticiens non spiritualistes. Troisièmement, il peut arriver qu'à la suite de la guérison d'un parent malade par un guérisseur n'appartenant pas à la lignée, un membre de la famille peut acquérir ce savoir étranger et le transmettre ensuite.

L'origine des pouvoirs des prophètes-guérisseurs provient des puissances ancestrales. Ils affirment être investis d'un mandat divin révélé lors de songes ou par intuition lors d'un évènement (Dakouri, 2004)³⁶⁸.

Les savoirs des praticiens de médecine traditionnelle proviennent de sources hétérogènes, leurs domaines de compétences couvrent en général toutes les maladies et leurs méthodes de prise en charge sont variées.

3.2.1.5 Les sources de la légitimité et la notoriété des tradipraticiens

Les raisons qui sous-tendent la légitimité des tradipraticiens sont d'ordre culturel, économique, social mais résultent aussi des défaillances du système conventionnel de santé.

Au niveau culturel, les procédés de la médecine traditionnelle appartiennent au patrimoine des populations, ce qui fait que les individus se reconnaissent en cette médecine, puisqu'elle correspond à leur perception sociale de la santé. Comme nous l'avons évoqué plus haut, la médecine traditionnelle était le seul itinéraire thérapeutique des populations avant l'introduction de la médecine conventionnelle en Côte d'Ivoire.

Au niveau économique, on peut évoquer le coût relativement acceptable des prestations comparé aux tarifs pratiqués dans les structures de santé.

En ce qui concerne les faiblesses du système de santé, il s'agit, entre autres, de la disparité de la couverture sanitaire. Ici, il est question de l'insuffisance des ressources humaines de santé dont le ratio est en deçà des normes de l'OMS, à savoir 1 médecin pour 9.000 habitants en lieu et place de 1 médecin pour 2000 habitants ; la vétusté du plateau technique et l'encadrement insuffisant de certaines collectivités (PNDS, 2005 -2020)³⁶⁹.

³⁶⁸ Gadou Dakouri, « Les prophétismes en pays Dida et la logique du marché (Côte d'Ivoire) », *Journal des anthropologues*, 2004, p. 147-170.

³⁶⁹ PNDS 1996-2005, PNDS 2009-2013, PNDS 2012-2015, PNDS 2016-2020

Au niveau social, l'OMS qualifie la médecine traditionnelle de médecine de proximité puisqu'elle est proche des populations (OMS, 2003)³⁷⁰. En effet, les tradipraticiens exercent leur activité au sein des communautés. Cela a pour effet de faciliter l'accessibilité et l'acceptabilité de cette médecine. Le tradipraticien n'est pas inconnu des populations, ce dernier partage leur quotidien, leur joie, leur peine, il appartient au tissu communautaire de la société dans laquelle il vit. Les méthodes de consultation comprennent outre la divination (transe, clochette pour appeler les génies...), l'interprétation (caurimancie, nécromancie, lachitonmancie, technique utilisant un vêtement du malade, les fils de fer dans un van, l'hydromancie...) et une approche positive (l'interrogation du malade et de son entourage et l'examen du malade). La prise en charge du patient comprend la préparation du médicament et l'application du remède. Selon Harris Memel-Fotê (1998)³⁷¹, la dimension de la médecine traditionnelle est plus sociale et communautaire que la médecine conventionnelle. Ainsi, lors de la consultation, le praticien interroge aussi bien le souffrant que son groupe et sa famille dans la réalisation du diagnostic. Cette dimension sociale comporte une variante individuelle et collective. Au niveau individuel, dans la consultation traditionnelle, au-delà du diagnostic, le praticien prend en compte la résolution des difficultés sociales que rencontre son patient au quotidien. Qu'il s'agisse de problèmes d'ordre familial (choix du conjoint, éducation des enfants, palabres conjugaux...), professionnel (chômage, insertion professionnelle, réussite à un concours, promotion professionnelle...), financier (règlement des dettes, acquisition de biens...) et de ses appréhensions (ses peurs, son ressenti, ses rêves...). Bref, tout ce qui peut concourir à éclairer le diagnostic du praticien. Ce diagnostic concerne aussi bien la manifestation de la maladie, que tous les faits qui entourent le vécu individuel et collectif de l'individu. C'est l'être humain dans toute sa composante et son environnement extérieur qui fait l'objet d'une prise en charge. A cet effet, au cours de la consultation, par l'entremise de questions, le praticien adopte une attitude d'écoute active et d'empathie lorsque son patient lui relate ses faits de vie.

La prise en charge comporte aussi une variante collective. En effet, l'entretien ne se limite pas au seul patient, il concerne également les proches de ce dernier. Il s'agit, entre autres, de l'histoire familiale et des relations que ce dernier entretient avec son environnement. Le praticien

³⁷⁰ Organisation Mondiale de la Santé, *op. cit.*

³⁷¹ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

accompagne donc le patient dans la recherche de l'équilibre psychique, physique, social et mystique. Cette relation de proximité avec le malade est d'autant plus accentuée dans le cas des maladies chroniques où la persistance de la pathologie et la contrainte liée à la prise de médicaments à long terme peuvent conduire le souffrant à des épisodes de détresse psychologique.

Chez les prophètes-guérisseurs, l'interrogatoire s'apparente plus à une confession des mauvais actes commis par l'individu. La prescription est délivrée après des révélations, des prophéties et des rites de possessions tels que des trances dans certains cas. Dans d'autres cas, certains prophètes-guérisseurs ont recours aux pratiques interprétatives, notamment la nécromancie, la caurimancie, l'hydromancie, la chiromancie, la codonomancie, la géomancie, la palamomancie (Dakouri, 2004)³⁷². Ils procèdent à des séances de délivrance afin de chasser les mauvais esprits. Ces rites peuvent concerner le patient lui-même, son habitat de façon individuel et également sa communauté ou son village. Les séances de prophétisme sont la plupart du temps spectaculaires. En effet, il peut arriver que sous l'action des génies, le prophète-guérisseur désigne individuellement une personne et lui révèle les causes de son malheur ou de sa maladie au milieu de la foule de pèlerins qui fréquentent son sanctuaire. Albert Atcho, à partir de 1962, transfuge de la religion Harriste procédait à des guérisons par le biais d'une eau (Augé et Piau, 1975)³⁷³.

La notoriété des prophètes-guérisseurs et des tradipraticiens s'est bâtie entre autres sur la pléiade de témoignage de guérisons. Ainsi, on comptait mille deux cent cinq (1205) guérisons au cours du premier trimestre de 1965 chez le prophète - guérisseur Meledj Edjro de l'église méthodiste de Dabou (Lehmann, 2012)³⁷⁴. On dénombrait par ailleurs de façon hebdomadaire un minimum de cinq cent (500) à six cent (600) individus chez le prophète Koudou Jeannot et approximativement douze milles (12.000) pèlerins chez le prophète Zrédi au cours du mois d'août 1994 dans sa localité de Gbagrélilié (Dakouri, 2004)³⁷⁵. La renommée des prophètes-guérisseurs et des tradipraticiens n'est plus à démontrer en Côte d'Ivoire. Aujourd'hui encore, ils continuent de drainer des foules immenses, convaincues de leur puissance divine et leur

³⁷² Gadou Dakouri, *op. cit.*

³⁷³ Marc Augé et Colette Piau, *op. cit.*

³⁷⁴ Jean-Pierre Lehmann, *Prophètes-guérisseurs dans le sud de la Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan, 2012, 356 p.

³⁷⁵ Gadou Dakouri, *op. cit.*

habilité à trouver des solutions aux problèmes et maladies de tout genre et de tout ordre.

3.2.2 Au niveau institutionnel

Au niveau institutionnel, plusieurs actions ont été menées. Nous présentons ici les principales. A l'initiative de l'Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan, un programme de valorisation des substances naturelles a été mis en œuvre. Il a permis la création d'un Centre National de floristique (CNF), la réalisation d'un Jardin botanique ; le recensement des plantes hautement médicinales et la formation de certains chercheurs et d'enseignants du supérieur sur la médecine traditionnelle. Cette dynamique a été poursuivie en 1974, 2007 et en 2011 à travers la réalisation de travaux de recherche sur les plantes médicinales par des chercheurs de la même Université et des structures de santé (PNPMT, 2014)³⁷⁶. Il s'agit, entre autres, de trois évaluations de l'efficacité des recettes traditionnelles. La première, sur les isolats de *Plasmodium falciparum* (germes responsables du paludisme). La deuxième dans le traitement de l'accès palustre simple à Agnanfoutou dans le département d'Agribilékrou. La troisième contre l'ulcère de Buruli sur deux souches de *Mycobacterium ulcerans* isolées. Dans cette même période, il y a eu également le renforcement des capacités de quatre cent quatorze (414) tradipraticiens sur le corps humain et l'hygiène environnementale dans les régions du Moyen-Comoé, de l'Agneby, du Sud-Comoé et des Lagunes (PNPMT, 2014)³⁷⁷.

En ce qui concerne l'organisation de ce secteur, sous l'impulsion de l'OMS et de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé, plusieurs textes réglementaires ont été adoptés. La médecine traditionnelle a donc été admise de façon formelle comme appartenant au secteur privé du système de soins et se positionnant au niveau primaire de la pyramide sanitaire depuis 1996 (Kroa et al)³⁷⁸. Ainsi, Le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNMT) a été créé en 2001 (MSHP, 2001)³⁷⁹ en vue de promouvoir, d'encadrer et de coordonner les activités de ce secteur. Ce programme est issu de la Sous-Direction de la Médecine

³⁷⁶ Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, *op. cit.*

³⁷⁷ Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle, *op. cit.*

³⁷⁸ Ehoulé Kroa, Diaby, Niaré, [et al.], « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) », 17(1), 2014, (« Médecine Traditionnelle Africaine »), p. 21-27.

³⁷⁹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique, « Arrêté N° 409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle », 2001.

Traditionnelle (attachée à la direction des Etablissements et des Professions Sanitaires) qui avait été créé en 1995.

En ce qui concerne la dénomination des tradipraticiens, à la demande de l'Organisation Ouestr Africaine de la Santé depuis 2014, ils sont désormais appelés Praticiens de Médecine Traditionnelle (PMT). En 2015, Il y a eu l'adoption de la loi sur la réglementation de la médecine traditionnelle³⁸⁰ et le code d'éthique et de déontologie encadrant l'exercice de ladite profession en 2016 (PRCI, 2016)³⁸¹.

En dépit de ces actions institutionnelles, selon le Programme de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), il reste beaucoup à faire. Ces réformes sont plus superficielles qu'opérationnelles. En effet, sur le terrain, il n'existe aucune collaboration réelle entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle. Les recherches sur l'efficacité des plantes que nous avons mentionnées ne sont pas mises à contribution dans la prise en charge médicale des patients. A côté de ce fait, le secteur de la médecine traditionnelle est quelque peu désorganisé. Tous les praticiens de médecine traditionnelle ne se sont pas enregistrés au PNPMT³⁸². Il y a également le fait que la vente des produits traditionnels n'est pas structurée. Les produits végétaux frais ou secs et les produits de fabrication en provenance d'horizon divers sont déversés et exposés par les vendeurs à la sauvette, dans les coins de rues des villes et dans les cars inter-ville (Kadja, 2016)³⁸³. Au surplus, la Côte d'Ivoire ne dispose pas d'un laboratoire spécialisé permettant de contrôler et d'assurer une meilleure qualité des traitements traditionnels proposés.

Conclusion du chapitre 3

Dans ce chapitre, nous avons évoqué l'environnement des campagnes de prévention en Côte d'Ivoire qui est caractérisé par des particularités sociales, culturelles et politiques, susceptibles de réduire la portée des messages de prévention.

³⁸⁰ Assemblée Nationale, « Loi N° 2015-5360 du 20 juillet 2020 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles », 2020.

³⁸¹ Présidence de la République de Côte d'Ivoire, « Décret N° 2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles », 2016.

³⁸² Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)

³⁸³ Pascal Nambo Kadja, « Le marketing des vendeurs de médicaments dans les cars de transport inter-ville en Côte d'Ivoire. », *Communication en Question*, 2016, p. 103-119.

D'une part, il s'agit de la remise en cause récurrente de la légitimité des pouvoirs publics, de la circulation des normes locales en ce qui concerne le rapport positif avec l'embonpoint et de l'existence d'espace de mobilisation sociale qui constitue des espaces d'expression pour les praticiens de médecine traditionnelle et qui ne sont pas investis par les acteurs institutionnels de la prévention. D'autre part, le fait que le dispositif sanitaire institutionnel de prévention ivoirien repose essentiellement sur la médecine conventionnelle au détriment de la médecine traditionnelle qui représentait le seul système de prise en charge de la santé avant la colonisation, a induit, des attitudes de défiance chez les populations qui désirent assurer la perpétuation de leur patrimoine culturel.

L'organisation de la stratégie préventive institutionnelle, et partant des campagnes de communication dans le cas des maladies chroniques repose sur une réponse sanitaire basée uniquement sur la médecine conventionnelle. Cependant, l'inégalité de la couverture sanitaire en matière de prise en charge spécialisée de certaines pathologies comme le cancer, la concentration des campagnes dans la capitale économique au détriment des autres villes du pays, la primauté accordée aux recommandations des institutions internationales dans l'orientation des politiques de santé en lieu et place des réalités locales et la dépendance directe des structures en charge de la communication de prévention du cabinet du Ministre, peuvent constituer des freins à la communication de prévention.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, elle constitue une identité socio-culturelle des communautés. En effet, les animateurs de cette médecine, notamment les tradipraticiens font partie du tissu social de la société. Si dans la médecine conventionnelle, les procédés de la prévention se déroulent à l'occasion de la consultation, des campagnes ou dans le processus éducationnel, notamment à l'école, dans la médecine traditionnelle, les pratiques de prévention semblent concerner l'individu et son environnement dans toute leur composante. En effet, en fonction de leur pratique et des pouvoirs dont ils sont dotés, les praticiens de médecine traditionnelle prétendent intervenir à trois niveaux respectifs dans la prise en charge des populations. Selon ces derniers, la médecine traditionnelle couvrirait à cet effet, aussi bien le domaine physique, psychique, spirituel qu'environnemental. Elle interviendrait également dans la recherche de l'équilibre social (perte d'un emploi, divorce, stérilité...). Toujours aux dires de ces derniers, dans un premier temps, au niveau somatique eu égard aux propriétés médicinales des plantes et des substances naturelles, la médecine traditionnelle participerait à la guérison physique des personnes. Dans un deuxième temps, au niveau psychique, elle

règlerait les troubles mentaux par le biais des plantes, d'incantations ou par des pouvoirs magiques. Dans un troisième temps, au niveau spirituel, les procédés de la médecine traditionnelle, notamment, les rites spéciaux que sont la danse, les trances et les incantations, désenvouteraient et expulseraient les esprits mauvais.

Au-delà du cadre de la consultation, la cellule familiale constitue le socle de la médecine traditionnelle (Harris, 1998). En effet, chez une partie de la population, l'apprentissage des plantes se déroule dès l'enfance où l'individu est instruit par ses parents sur les propriétés des plantes, afin que ce dernier puisse s'en servir une fois à l'âge adulte dans le cadre de la préservation de la santé des siens ou de l'éloignement du malheur. Là où la médecine conventionnelle parle de limiter l'exposition de l'individu aux risques, dans la médecine traditionnelle, il est question de se mettre sous la protection d'une divinité ou de faire des sacrifices et des rites. Ainsi, nous avons en présence deux types de médecine. L'une repose sur les sciences biomédicales et des procédés qui semblent étrangers aux populations locales et l'autre, qui constitue une identité socio-culturelle des communautés. Cependant, les autorités sanitaires du pays ont fait un choix, celui d'ignorer la variante culturelle en organisant seulement la réponse sanitaire sur la médecine conventionnelle. Puisque, notre recherche concerne les campagnes institutionnelles de communication de prévention et qu'elles s'inscrivent dans le cadre de l'action publique, nous nous intéressons dans le paragraphe qui suit à la situation de l'information et de la communication publique en Côte d'Ivoire.

Chapitre 4 : La communication publique et l'information en Côte d'Ivoire

A défaut d'archives sur la communication publique et l'information en Côte d'Ivoire, nous avons procédé à partir de certains travaux, à une reconstitution de l'information, afin d'appréhender leur évolution. Ce sont entre autres, des travaux en sciences de l'information et de la communication qui traitent de la communication publique et notamment de la presse dans le pays (Adjué, 2016 ; Diabi, 2000 ; Gil-François, 1982 ; Kouassi, 1991 ; Loukou, 2012, 2013 ; Zion, 2012)³⁸⁴ et des ouvrages en histoire sur la Côte d'Ivoire coloniale (Loucou, 2012 ; Kipré, 1988 ; Ki-Zerbo, 1972 et)³⁸⁵. Après la consultation des documents, il en ressort qu'en Côte d'Ivoire, l'évolution de la communication publique et de l'information semble largement tributaire de l'histoire politique du pays.

1. La communication publique liée à la médecine conventionnelle

La communication publique peut être appréhendée à travers trois périodes. A savoir, l'époque précoloniale (avant 1893), l'époque coloniale (1893 à 1960) et l'époque post coloniale (de 1960 à nos jours). De l'époque coloniale jusqu'aux années 1990, la communication publique était uniquement descendante et verticale, elle était au service d'un pouvoir autoritaire et déployée à l'effet de faire la promotion des actions des pouvoirs publics. Les différences résidaient dans

³⁸⁴ Anonkpo Julien Adjué, « Histoire de la communication en Côte d'Ivoire : épreuve d'une épistémologie », *Communication en Question*, 2016, p. 62-83. Yahaya Diabi, « L'information et le pouvoir politique en Côte d'Ivoire entre 1960 et 1990 », *Hermès*, CNRS Editions, Paris (FRA), 2000, (« Fascicule thématique Amérique latine-Cultures et communication »), p. 245-255. Gil-François Euvrard, « La presse en Afrique occidentale française. Des origines aux indépendances », Ecole Normale Supérieure des Bibliothèques, 1982. Konan Canuth MBahia Kouassi, *op. cit.*. Alain François Loukou, « La diffusion de l'Internet en Côte d'Ivoire. Obstacles et implications », *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, Netcom Association, 2012, p. 307-328. Alain François Loukou, « Les mutations dans le secteur des télécommunications en Côte d'Ivoire et leurs implications », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, juillet 2013. Moussa Zio, *Les médias et la crise politique en Côte d'Ivoire*, Accra, Fondation pour les Médias en Afrique de l'Ouest, 2012, 83 p.

³⁸⁵ Joseph Ki-Zerbo, *Histoire de l'Afrique noire*, Paris, Hatier, 1972, 768 p. Pierre Aimé Rémy Kipré, *La Côte d'Ivoire coloniale (1890-1840) tome 2*, Abidjan, AMI/Bordas, 1988, 303 p. Jean-Noël Loucou, *La Côte d'Ivoire coloniale, 1893-1960*, Abidjan, Éditions de la Fondation Felix Houphouët-Boigny, 2012, 156 p.

les acteurs et dans les moyens de transmission. Au cours de la première période, les rois et leurs collaborateurs étaient les acteurs de cette communication, le tambour parleur et les crieurs publics constituaient les canaux de diffusion des messages. Dans la deuxième période, l'administration coloniale représentait l'autorité publique, les porte-paroles des communautés villageoises et la presse écrite étaient les moyens de relais de l'information à partir de 1845. C'est à compter de 2000, qu'en raison du droit à l'information que les différents ministères notamment celui de la santé, se sont dotés de service de communication afin d'informer les usagers sur l'offre de soins.

1.1 La communication publique à l'époque précoloniale : avant 1893

La communication à l'époque précoloniale se caractérise par les acteurs et les moyens de communication. L'exercice du pouvoir politique dans la société ivoirienne précoloniale était animé par les rois et leurs proches collaborateurs. Cette logique de communication privilégiait la relation autoritaire entre les rois qui sont émetteurs et leurs sujets qui doivent obéir aux instructions royales, en raison du caractère irréfutable du pouvoir royal et du respect de l'organisation de la hiérarchie sociale. En effet, à l'instar des sociétés traditionnelles, la société ivoirienne est fondée sur la perception selon laquelle le pouvoir provient de Dieu. Ainsi, à ces derniers, en l'occurrence les populations, était accordé uniquement le droit d'écouter (Adjué, 2016)³⁸⁶. Au niveau des acteurs, la communication dite publique dont il est question ici était la chasse gardée de spécialistes provenant d'une lignée et appartenant à des castes. Comme c'était le cas chez les peuples du sud de la Côte d'Ivoire, les Wallèbo de l'ancien royaume Baoulé de Sakassou, dans la région de Bouaké et du Kabadougou ancien royaume du nord-ouest de la Côte d'Ivoire avec pour chef-lieu Odiénné. Il y avait respectivement « l'Akoto », héraut et porte-canne royal et le « Dyéli », le griot³⁸⁷ (Adjué, 2016). Ces personnages, collaborateurs appartenant à la cour royale, avaient l'exclusivité de la transmission des messages aux peuples dans la sphère publique.

A côté de ce mode de communication qui consistait à informer les populations à travers la diffusion des nouvelles à haute voix dans les endroits stratégiques des villages afin de toucher le plus grand nombre, il y a également la communication publique non verbale.

³⁸⁶ Anonkpo Julien Adjué, *op. cit.*

³⁸⁷ Le crieur public.

Elle consiste pour les porte-parole des rois à exécuter des pas de danses ou des gestes afin de délivrer un message. Dans ce cas, seuls les initiés notamment les chefs de tribus avaient accès au sens et au contenu de l'information qu'ils se chargeaient de transmettre plus tard aux membres de leur clan. En raison des moyens utilisés, il était également question d'une « communication instrumentale » (Adjué, 2016)³⁸⁸. Elle était pratiquée par des initiés exclusivement dans l'espace public. Ces derniers sont issus de castes où la transmission du savoir se fait par apprentissage de génération en génération. Dans la société ivoirienne précoloniale, la communication publique était animée aussi par le langage du tambour. Cette communication était produite de façon globale en direction des populations. Ainsi, Georges Niangoran-Bouah indiquait à cet effet, que le tam-tam correspond à l'origine africaine de la presse puisqu'il permettait la diffusion de messages à grande échelle dans plusieurs directions (les tam-tams étaient audibles dans un rayon de trente kilomètres) (Niangoran-Bouah, 1981)³⁸⁹. Ce canal de transmission de l'information de grande portée était utilisé tant pour les questions politiques, économiques, sociales, sanitaires que sécuritaires. La dénomination de ce tam-tam parleur varie en fonction des peuples, appelé « Djidji Ayôkwè » chez le peuple Atchan ou « Attoungblan » Chez le peuple Bron.

1.2 La communication publique pendant l'époque coloniale : de 1893 à 1960

Les premiers colons à s'installer en Côte d'Ivoire au XVIIe siècle étaient des missionnaires. Ils se sont installés à Assinie en 1687 (Kipré, 1988)³⁹⁰. Les commerçants, deuxième groupe, arrivèrent en Côte d'Ivoire au XIXe siècle, ils créèrent à cet effet des comptoirs de commerce et des plantations de caféiers et de cacaoyers afin d'acheminer les matières premières nécessaires à la production des industries françaises (Kipré, 1988)³⁹¹. C'est le 10 mars 1893, soit après une quinzaine d'années qu'un décret créa officiellement la colonie et Arthur Verdier

³⁸⁸ Anonkpo Julien Adjué, *op. cit.*

³⁸⁹ Georges Niangoran-Bouah, *Introduction à la drummologie*, Abidjan, Georges Niangoran-Bouah, 1981, 199 p., (« Sankofa »). Professeur Georges Niangoran-Bouah (1935-2002), anthropologue et musicologue, père fondateur de la drummologie, science de la mémoire sonore africaine pour laquelle les tambours-parleurs sont des éléments de conservation et de transmission de la connaissance en Afrique.

³⁹⁰ Pierre Aimé Rémy Kipré, *op. cit.*

³⁹¹ *Ibidem.*

fut nommé le représentant de la France en Côte d'Ivoire (Kipré, 1988)³⁹².

A cette époque, en raison de la pluralité des ethnies (environ une soixantaine), la communication publique des colons était animée par des délégués auprès des communautés villageoises (Adjué, 2016)³⁹³. En effet, dans l'organisation coloniale, il y avait des représentants de chaque village qui avait pour attribution essentielle de communiquer les instructions des colons aux chefs des villages qui se chargeaient à leur tour d'informer leurs sujets. Ces représentants indigènes étaient chargés de transmettre et de traduire les instructions provenant des autorités coloniales auprès des populations villageoises.

A partir de 1895, la presse écrite est mise à contribution avec la création du Journal Officiel. C'est le journal officiel qui préfigure la matérialisation formelle de la diffusion des informations émanant des administrations coloniales en Côte d'Ivoire (Euvrard, 1982)³⁹⁴. Par ailleurs, on a également assisté à la création d'autres quotidiens de presse essentiellement animés par les colons. Ainsi, avant 1945, en raison de l'analphabétisme et du non-respect des droits fondamentaux sur la liberté de la presse promulgués par le décret du 29 juillet 1881, l'accès à l'information était une « denrée rare » pour les colonisés (Euvrard, 1982)³⁹⁵.

Cependant de 1945 à 1960, à la faveur des mouvements sociaux dus à la prolifération en Afrique, notamment en Côte d'Ivoire de partis politiques qui étaient des prolongements, voire des représentations de parti existant en France, on a assisté à une libéralisation de l'information qui était jusque-là sous le contrôle de l'administration coloniale (Ki-zerbo, 1972)³⁹⁶. Plusieurs événements, notamment les premières transmissions radio en 1949 et la création de plusieurs organes de presse écrite en 1947 vont amener les colonisateurs à communiquer davantage. Et cela, dans un contexte où les populations locales ont commencé à émettre des quotidiens qui constituaient pour eux des moyens de remise en cause du pouvoir colonial et de « mobilisation populaire » (Adjué, 2016).

Les objectifs sous-tendus des mouvements sociaux qui se résumaient dans une large mesure à la volonté des colonisés d'accéder à leur indépendance a fini par avoir gain de cause à partir de

³⁹² *Ibidem*.

³⁹³ Anonkpo Julien Adjué, *op. cit.*

³⁹⁴ Gil-François Euvrard, *op. cit.*

³⁹⁵ *Ibidem*.

³⁹⁶ Joseph Ki-Zerbo, *op. cit.*

décembre 1959 avec le départ du haut-commissaire Pierre Messmer de Dakar, mettant ainsi un terme à la colonisation de l'Afrique occidentale française (Kipré, 1988)³⁹⁷.

1.3 La communication publique postcoloniale de 1960 à nos jours

La Côte d'Ivoire a accédé à l'indépendance le 07 août 1960. Les moyens de communication de masse, notamment la presse écrite, la radio, la télévision, le cinéma et les panneaux d'affichage étaient utilisés par le gouvernement en vue d'informer les populations. Cependant, l'Etat avait le monopole de ces canaux de communication. En effet, après l'indépendance, le pays disposait d'une radiodiffusion nationale et internationale et d'une chaîne de télévision en 1963. Toutefois, pendant une trentaine d'années soit de 1960 à 1990, deux quotidiens et deux magazines gouvernementaux étaient chargés de relayer l'information (Adjué, 2016)³⁹⁸. Il s'agissait, entre autres, de « Fraternité Matin et d'Ivoire Soir » d'une part, et, d'autre part, de « Fraternité Hebdo et d'Ivoire Dimanche » destinés à la culture et aux arts. L'information était rendue publique au moyen de l'affichage publicitaire dénommé « les actualités ivoiriennes » que le Ministère en charge de l'information éditait de façon hebdomadaire à l'intention des sous-préfectures et autres lieux d'information. Le cinéma constituait également un moyen de diffusion de l'information. Concrètement, il s'agissait de diffuser l'actualité à travers la réalisation de films. L'alphabétisation, la mobilisation de la population pour le progrès économique par la promotion de l'agriculture³⁹⁹ et la publicité des actions de l'Etat, constituaient les points de mire de cette communication publique. Les organes de presse étaient essentiellement chargés de défendre et de relayer la pensée unique.

Cependant, en raison du retour au multipartisme en 1990, le paysage médiatique s'est diversifié à partir de 1995 avec une multiplication de quotidiens (environ cinquante quotidiens) (Zio, 2012)⁴⁰⁰. En outre, les nouvelles techniques de l'information et de la communication ont

³⁹⁷ Pierre Aimé Rémy Kipré, *op. cit.*

³⁹⁸ Anonkpo Julien Adjué, *op. cit.*

³⁹⁹ La vente des matières premières constituait le socle de l'économie nationale. L'encouragement des agriculteurs et de la jeunesse à opter pour ce secteur d'activités était matérialisé par la célébration de la Coupe Nationale de Progrès (CNP), une compétition qui récompensait les meilleurs producteurs.

⁴⁰⁰ Moussa Zio, *op. cit.*

également facilité l'accès à l'information des populations ivoiriennes. L'Etat ivoirien a été obligé d'adopter une nouvelle stratégie de communication. En effet, les premières politiques de communication étaient verticales et unidirectionnelles, c'est-à-dire que l'information provenait uniquement de l'Etat vers les citoyens et l'opinion de ces derniers n'étaient pas pris en compte. A partir des années 2000, l'obligation d'information fait désormais partie des devoirs de l'Etat envers les populations (Kra, 2014)⁴⁰¹. Concrètement, la matérialisation du droit à l'information pour les citoyens s'est faite à travers l'institution de service de communication dans les différents Ministères, les administrations territoriales et notamment celui de la santé (Kra, 2014)⁴⁰². Les missions de ces services consistent à assurer la communication interne et externe des établissements de santé (MSHP, 2008)⁴⁰³. Concrètement, il s'agit d'informer le grand public sur les prestations des soins et mesurer la satisfaction des usagers. Dans la même dynamique, les programmes de santé qui seront créés en 2001 auront pour attributions d'organiser des campagnes de communication afin de sensibiliser les populations dans la lutte contre les maladies

En 2004, un centre d'information et de communication gouvernementale est créé au sein de la primature dont la mission essentielle, aux termes de son décret (n° 2012-626 du 06 juillet 2012) portant organisation, attributions et fonctionnement, est d'assister le gouvernement dans sa communication. Ce centre d'information intervient sur les questions de santé uniquement lorsqu'il est question de pandémie comme dans le cas de la COVID19.

En Côte d'Ivoire, l'essor de la communication publique dans sa forme actuelle date d'une vingtaine d'années. La vulgarisation des actions du gouvernement dans le cadre de l'amélioration du bien-être des citoyens, la promotion des différents services de l'Etat et la diffusion des lois et textes réglementaires sont les différents rôles assurés par cette communication. Ainsi, à l'exemple du modèle français décrit par Caroline Ollivier-Yaniv (2013)⁴⁰⁴, la diffusion d'information à caractère public est encadrée par l'Etat.

En fonction des enjeux, plusieurs actions de communication ciblées sont élaborées en direction

⁴⁰¹ Kouassi Raymond Kra, « La communication publique dans les administrations publiques ivoiriennes : état des lieux. », *Communication en Question*, 2014, p. 62-77.

⁴⁰² *Ibidem*.

⁴⁰³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

⁴⁰⁴ Caroline Ollivier-Yaniv b, *op. cit.*, p. 103.

de publics spécifiques. Les objectifs sont multiples passant par la vulgarisation des activités du gouvernement, à la mise en avant de questions sociales, éducationnelles, sanitaires, politiques, économiques et environnementales. Les lignes qui précèdent sur l'histoire de la communication en Côte d'Ivoire avaient pour but de donner des indications sur les évènements qui ont présidé à la manifestation de la communication publique telle qu'elle se présente aujourd'hui. Puisque, l'information est le corollaire de tout processus de communication les paragraphes qui suivent traitent de l'histoire de l'information en Côte d'Ivoire. Elles abordent également l'information de santé en ligne dans le contexte ivoirien.

2. De l'information publique à l'information de santé

L'information ne peut être dissociée des campagnes de communication puisqu'elle constitue le contenu des campagnes de prévention. L'histoire de l'information en Côte d'Ivoire rime avec sa vie politique qui peut être décrite autour de deux grandes périodes que sont la période du parti unique et la période du pluralisme politique. Au départ, l'information publique n'existait pas car elle s'inscrivait dans un contexte politique et quand on a dû parler d'information de santé ce sont aussi les politiques qui en ont le contrôle. De fait, ce sont des informations qui sont déconnectées du terrain dans une certaine mesure car, elles sont définies au niveau national et elles visent à convaincre les populations que les dispositions sont prises par les gouvernants afin d'assurer dans les meilleurs conditions la prise en charge de leur santé.

La presse écrite médicale est absente du marché (ANP, 2022)⁴⁰⁵ et, partant il n'existe pas de journalistes spécialistes des questions de santé à l'image de la France. Toutefois, on note quelques articles sporadiques sur la santé dans des quotidiens d'information politique ou générale.

Au niveau de la chaîne de télévision nationale, le premier magazine consacré à la santé a été diffusé le 4 mars 2020. Ce sont des émissions au cours desquelles les responsables des structures sanitaires dont la nomination dépend du Ministre de la santé et donc du politique, sont invités afin d'informer la population sur les moyens mis en place par l'Etat pour la prise en charge des pathologies. L'information de santé est donc produite par des politiques dans une certaine mesure.

2.1. Une information à la solde de la pensée unique de 1960 à 1990

Dans son article sur la Côte d'Ivoire de 1960 à 1990, Yahaya Diabi (2000)⁴⁰⁶ retrace l'histoire de l'information publique en Côte d'Ivoire. Selon l'auteur, il était question d'une information partisane sous le contrôle des autorités politiques.

Après son accession à l'indépendance le 7 août 1960, la politique de la Côte d'Ivoire était essentiellement animée par un seul parti. Les organes des médias audiovisuels et écrits étaient des administrations publiques et leur financement dépendaient essentiellement du budget de l'Etat. Les acteurs en charge du traitement de l'information qui y exerçaient étaient des

⁴⁰⁵ Autorité Nationale de la Presse, « Liste des journaux ayant une existence légale », 2022.

⁴⁰⁶ Yahaya Diabi, *op. cit.*

fonctionnaires de l'Etat dont la nomination et la révocation étaient décidées en conseil des Ministres sur proposition du Ministre de la communication (Diabi, 2000)⁴⁰⁷. Les professionnels de la communication étaient, dans la majorité des cas, des militants du Parti Démocratique de Côte d'Ivoire (PDCI-RDA) un démembrement du Rassemblement Démocratique Africain créé, le 18 Octobre 1946, à Bamako au Soudan Français, appelé aujourd'hui le Mali. Le président de la première république de Côte d'Ivoire était également président de ce parti unique dont il était le père fondateur. Ce dernier était perçu comme un dieu par les populations puisqu'il était celui qui les avait libérés du joug du colonisateur, il était à l'initiative de l'indépendance de la Côte d'Ivoire.

La lisière entre l'Etat en tant qu'institution politique et administrative et le parti politique, le PDCI-RDA, n'était pas perceptible. C'est donc cette organisation politique qui contrôlait l'information. En raison de la construction du pays, l'information avait pour objectif de participer au progrès économique, social, culturel et à la consolidation de l'unité nationale d'une part, et, d'autre part, de faire la promotion des actions du parti unique (Diabi, 2000)⁴⁰⁸.

Dans ce système de pensée unique, l'information était sans équivoque, elle émanait des instances politiques et était relayée par les canaux de communication aussi bien formels (télévision, radio, presse écrite) que traditionnels (bouche-à-oreille, crieurs publics, tam-tam parleurs). L'information s'inscrivait dans la ligne directrice du parti, la liberté de commentaires n'était pas admise sous peine de faire l'objet de sanctions. L'information était unilatérale et descendante, elle émanait des instances dirigeantes du parti.

Toutefois, les échanges libres avec les dirigeants du parti avaient lieu lors des meetings, congrès et autres séminaires afin de permettre aux administrés d'exposer leurs préoccupations. La réponse aux requêtes était l'occasion pour les autorités politiques de convaincre ceux qui n'avaient pas encore adhéré au parti de le faire. La seule émission de débat dénommée « fauteuil blanc » qui était diffusée à la télévision nationale obéissait à cette même logique, à savoir, fédérer les citoyens autour de la cause du parti unique. Ces actions s'inscrivaient dans le registre de la « propagande » à l'image de l'exemple français (Ollivier-Yaniv, 2000)⁴⁰⁹.

A la demande du syndicat des enseignants du secondaire et du supérieur en 1989, le Président

⁴⁰⁷ *Ibidem.*

⁴⁰⁸ *Ibidem.*

⁴⁰⁹ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

de la république annonce le retour du multipartisme en avril 1990. Ce sera le début d'une démocratisation de l'espace audiovisuel et de l'information.

2.2. Une information ouverte aux débats contradictoires de 1990 à nos jours

Après le retour au pluralisme politique en 1990, l'information a commencé à se libéraliser (UE, 1996)⁴¹⁰ dans une moindre mesure. A la suite du coup d'Etat militaire de décembre 1999, la Haute Autorité de la Communication (HACA), va être mise en place afin d'œuvrer à la régulation des libertés d'opinion des médias en Côte d'Ivoire. Cette révolution dans le paysage médiatique résulte d'une proposition de la conférence consultative constitutionnelle et électorale en février et mars 2000. On assistera par ailleurs à une « démocratisation » de la presse écrite et l'arrivée de nouvelles chaînes de télévision privées. L'information en général commence à se libéraliser peu à peu.

En ce qui concerne le domaine de la santé, cette vague de libéralisation a permis la « vulgarisation » de l'information médicale. Dans la presse écrite, les articles sont soit des comptes rendus d'interviews avec le personnel médical soit des articles relatant l'ouverture d'un centre de santé ou encore l'interpellation des autorités sur le dysfonctionnement du système de santé. Du côté de la télévision nationale, à l'occasion de la célébration des journées mondiales de la santé, des reportages sont diffusés sur l'organisation de la prise en charge de la pathologie en question, le corps médical est aussi invité à des émissions pour parler de certaines maladies. Le premier véritable magazine consacré exclusivement à la santé sera diffusé en mars 2020 sur la chaîne nationale RT1. En l'état actuel, il n'existe pas de journalisme médical comme c'est le cas en France (il n'y a pas de journaliste spécialiste des questions de santé), c'est le discours émanant des professionnels de santé qui sont en partie des politiques qui est relayé dans une large mesure par les médias.

Au niveau d'internet, en dépit de son introduction en Côte d'Ivoire en 1998, l'outil connaîtra une diffusion très lente en raison d'une fracture numérique due en partie aux insuffisances d'infrastructures (couverture téléphonique, électricité) et aux coûts élevés (frais de connexion, acquisition d'ordinateur) liés à son utilisation (Loukou, 2012)⁴¹¹. La libéralisation du secteur des télécommunications à partir de 2004 avec la présence de plusieurs opérateurs a rendu le

⁴¹⁰ Rapport de l'Union Européenne sur la télévision et la démocratie publié en septembre 1996.

⁴¹¹ Alain François Loukou, *op. cit.*

secteur plus compétitif, favorisant du coup la baisse des tarifs et des terminaux de connexion (Loukou, 2013)⁴¹². L'enthousiasme pour les médias socio-numériques va se faire à partir de 2013 dans la société ivoirienne. A côté de ce fait, le rôle joué par les réseaux socio-numériques dans la mobilisation citoyenne pour les élections présidentielles de 2010 et 2015 en Côte d'Ivoire va augmenter leur utilisation, multipliant ses usages, notamment dans le domaine de la santé.

2.3. L'information de santé et internet

La notion de l'information de santé est une appellation récente, puisqu'au départ il était question d'information médicale. Si en France, les enjeux pour le contrôle de la publicisation de l'information médicale se sont posés dès le lendemain de la deuxième guerre mondiale (Marchetti, 2010)⁴¹³, en Côte d'Ivoire, elle est sous le contrôle des politiques et la production de l'information reste la chasse gardée des seuls professionnels de la santé.

A la différence de l'information médicale qui est produite par les professionnels de santé et qui provient des savoirs des sciences biomédicales, l'information de santé, elle, fait référence à une information émanant du grand public et constituée par ailleurs de recommandations afin d'améliorer l'état de santé ou de discussion sur la maladie (Clavier et al, 2010)⁴¹⁴. A côté de ce type d'informatique dédiée à la thématique de la santé, Hélène Romeyer (2008, 2012)⁴¹⁵, désigne sous la dénomination d'« information de santé grand public », une information qui a la faveur des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, notamment internet, est de plus en plus prégnante et qui n'est pas sous l'emprise des professionnels de la santé et des pouvoirs publics. Cette information de santé est le fait de plusieurs acteurs, entre autres, les patients, leurs proches, les assureurs...et ses usages sont multiples.

Les motivations qui sous-tendent la recherche ou la consultation de l'information en santé en ligne varient d'un individu à un autre en fonction de variables comme l'âge ou « l'expertise »

⁴¹² Alain François Loukou, *op. cit.*

⁴¹³ Dominique Marchetti, *op. cit.*

⁴¹⁴ Viviane Clavier [et al.], *op. cit.*

⁴¹⁵ Hélène Romeyer, « TIC et santé : entre information médicale et information de santé », *Tic & société*, vol. 2 / 1, 2008, p. 26-44. Hélène Romeyer, « La santé en ligne », *Communication. Information médias théories pratiques*, vol. 30 / 1, Editions Nota bene, 2012.

(Boubée et Tricot, 2010)⁴¹⁶. La recherche d'information peut alors résulter, d'une part, soit du besoin de comprendre la maladie soit de la nécessité d'avoir des informations sur la conduite à tenir dans la thérapeutique ou encore de confronter le discours médical. D'autre part, le besoin d'information peut aussi s'inscrire dans la recherche soit d'autres solutions de traitement, soit du soutien dans des maladies graves comme le cancer ou simplement du besoin d'échanger avec d'autres usagers (Akrich et Méadel, 2009)⁴¹⁷ et de donner leur avis par rapport à l'itinéraire thérapeutique (Méadel, 2020)⁴¹⁸. Dans ce processus, l'individu peut avoir recours à différentes sources d'information. Au nombre de celles-ci figurent les médias, écrits, audiovisuels et internet. Ainsi, en Côte d'Ivoire, depuis peu, les plateformes numériques constituent des lieux d'expression, voire des sources d'information pour les populations. Malgré le fait que la fracture numérique reste prégnante dans le pays et que le taux de scolarisation est relativement faible par rapport à celui des pays européens, il n'en demeure pas moins que l'engouement pour internet a augmenté dans de fortes proportions. Partant, le nombre des usagers réguliers d'internet s'accroît au fil du temps. Ainsi, le taux de pénétration d'internet en Côte d'Ivoire est passé de 0,23% en 2000 à 2,60% en 2010 (IUT, 2011)⁴¹⁹ pour atteindre 45,3% en 2020, soit un taux de croissance de 30,53% en 20 ans⁴²⁰. Les utilisateurs d'internet sont estimés à douze millions deux cent cinquante-trois mille six cent cinquante-trois (12 253 653)⁴²¹, sur une population totale d'environ vingt-deux millions six cent soixante-onze mille trois cent trente-un (22.671.331) habitants (INS, 2014)⁴²².

Parallèlement à cette expansion d'internet, le taux de pénétration du mobile y avoisine 131,6% (ARTCI, 2018)⁴²³. La plupart du temps, cette connexion à internet se fait via différents

⁴¹⁶ Nicole Boubée et André Tricot, *Qu'est-ce que rechercher de l'information ?*, Villeurbanne, Presses de l'Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques, 2010, 286 p.

⁴¹⁷ Madeleine Akrich et Cécile Méadel, « Les échanges entre patients sur l'Internet », *La presse médicale*, vol. 38 / 10, Elsevier, 2009, p. 1484-1490.

⁴¹⁸ Cécile Méadel, « Internauts-patients, une aventure collective », in *Les nouveaux territoires de la santé*, Londres, ISTE éditions, 2020, (« Série l'Information dans la santé », vol. 3), p. 115-130.

⁴¹⁹ Source: UIT, World Telecommunication /ICT Indicators database <http://www.itu.int/ITU-D/ict/facts/2011/index.html>

⁴²⁰ Utilisateurs d'Internet en Afrique, Statistiques démographiques et Facebook 2021 (internetworldstats.com)

⁴²¹ Utilisateurs d'Internet en Afrique, Statistiques démographiques et Facebook 2021 (internetworldstats.com)

⁴²² inci.ci

⁴²³ www.artci.ci

terminaux. Il s'agit, entre autres, du téléphone mobile pour 60% de la population, via un ordinateur pour 38% et pour les 2% restant, la connexion se fait par le biais d'une tablette (RDWA, 2018)⁴²⁴.

A la lecture de ces chiffres, il en ressort que la moitié des habitants de la Côte d'Ivoire utilise internet. L'utilisation des médias socio-numériques est considérable avec 66,1% de personnes inscrites à au moins un réseau social. Au nombre de cette population active sur les réseaux socio-numériques, plus de la moitié soit 51,6%⁴²⁵, avance le fait qu'elle se connecte chaque jour ou presque (Médiamétrie et Omedia, 2020)⁴²⁶. Les médias socio-numériques enregistrent sept millions huit cent huit mille quatre cent (7 808 400) abonnés⁴²⁷. Ces Chiffres sont respectivement répartis entre les plateformes numériques Facebook avec cinq millions huit cent soixante milles (5 860 000) abonnés, Instagram où on dénombre neuf cent cinquante mille (950 000) membres, LinkedIn qui compte huit cent cinquante mille (850 000) inscrits et cent quarante-huit mille quatre cent (148 400) habitants ayant un compte Twitter⁴²⁸. Au demeurant, la majeure partie de la population connectée réside dans les grandes villes du pays. Ainsi, dans le pays internet et, partant, les réseaux socio-numériques, constitue actuellement un moyen d'échanges entre les populations.

Parmi ces espaces d'échanges, figure Facebook enregistre le nombre le plus important d'abonnés eu égard au classement susmentionné. 26% de la population ivoirienne est active sur ce média social. Ainsi, des communautés virtuelles se créent autour de multiples centres d'intérêts. Plusieurs thématiques y sont abordées notamment la politique, l'économie, les faits divers, la santé. C'est le dernier point suscité qui mobilise notre attention. En témoignent les nombreux groupes de discussion, leur nombre important d'abonnés et leur taux élevé d'interactions. En effet, les nouvelles technologies numériques de l'information, notamment internet, ont favorisé la vulgarisation de l'information de santé qui était uniquement produite par des professionnels de la santé et qui en assuraient le contrôle (Romeyer, 2012)⁴²⁹. En effet,

⁴²⁴ Source: Rapport Digital in 2018 in Western Africa "We are social"

⁴²⁵ Médiamétrie et Omedia, « Côte d'Ivoire : l'audience de la TV et les usages Internet à Abidjan - Septembre 2020 », 2020.

⁴²⁶ *Ibidem*.

⁴²⁷ Utilisateurs d'Internet en Afrique, Statistiques démographiques et Facebook 2021 (internetworldstats.com)

⁴²⁸ Utilisateurs d'Internet en Afrique, Statistiques démographiques et Facebook 2021 (internetworldstats.com)

⁴²⁹ Hélène Romeyer, *op. cit.*

la multiplication des sources en ligne a eu pour effet de faciliter l'accès à l'information. D'une information qui était au départ spécialisée, on passe ainsi à une information accessible à un plus grand nombre et qui n'obéit plus à la logique traditionnelle de l'information scientifique (Romeyer, 2012)⁴³⁰. Il s'agit, d'une information quelque peu libérée du schéma classique de délivrance de l'information médicale qui a lieu dans le cadre de la relation soignant/soigné (Thoër, 2013)⁴³¹. On assiste par ailleurs, à une nouvelle catégorie de producteurs de l'information en santé et qui n'appartient pas au domaine des sciences biomédicales. Les usages des médias socio-numériques font naître une manipulation de l'information par toutes les catégories de publics spécialistes ou profanes. A cet effet, les SIC se sont intéressées à l'information de santé échangée en ligne. Ainsi, Christine Thoër (2012, 2016)⁴³² souligne l'importance pour la recherche de s'intéresser à l'étude des groupes de discussion sur Yahoo et Facebook où la thématique de la santé est abordée de plus en plus, car les travaux sur l'étude de ces groupes Facebook dédiés à la santé sont quelque peu documentés.

Emmanuelle Simon (2018)⁴³³ définit le groupe Facebook comme un dispositif de connexion qui permet de générer des relations sociales entre plusieurs individus.

Pour Viviane Clavier et Cécile Paganelli (2011)⁴³⁴, un groupe de discussion en ligne est un espace virtuel d'expression des usagers. Il constitue par conséquent une source d'information particulière en raison du fait que ce sont les intervenants qu'ils soient spécialistes ou non, qui produisent et consultent l'information. A la différence du forum, le taux d'anonymat est très faible dans le groupe de discussion.

⁴³⁰ *Ibidem*.

⁴³¹ Christine Thoër, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, décembre 2013, p. 1-24.

⁴³² Christine Thoër, « Les espaces d'échange en ligne consacrés à la santé: de nouvelles médiations de l'information santé », in *Internet et santé: acteurs, usages, et appropriations*, Québec, Presses Universitaires du Québec, 2012, (« Santé et société »), p. 55-92. Christine Thoër et Florence Millerand, « Internet comme terrain d'investigation et mode de collecte des données qualitatives en santé », in J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, & M. Winance (Éds), *Les recherches qualitatives en santé*, Paris, Armand Colin, 2016, (« U. sociologie »), p. 151-164.

⁴³³ Emmanuelle Simon, « Effets imaginés, effets documentés de la e-santé », *La santé connectée, une totale mutation ?*, Strasbourg, Euro Cos Humanisme & Santé, 2018, p. 161-176.

⁴³⁴ Céline Paganelli et Clavier Viviane, « Le forum de discussion : une ressource informationnelle hybride entre information grand public et information spécialisée », in *les forums de discussion: agoras du XXIe siècle? Théories, enjeux et pratiques discursives*, Paris, L'Harmattan, 2011, (« Langue et parole »), p. 39-55.

Parmi les résultats des recherches en SIC sur le contenu de l'information en santé échangée en ligne, certains ont mis en avant le fait que le discours des professionnels de santé constitue l'information ressource des usagers des forums (Clavier et Paganelli, 2014)⁴³⁵. En effet, dans leur étude sur le forum Doctissimo, les auteures soulignent le fait que la majorité des usagers d'internet mobilisent les informations provenant des professionnels de santé, soit pour étayer leur propos soit pour émettre un avis opposé. Le savoir médical conventionnel véhiculé par les professionnels de la santé constitue donc dans ce cas-ci un support dans les messages des internautes. Par ailleurs, en raison de l'hétérogénéité des discours, des registres des messages et des différents aspects de la maladie qui sont abordés, Viviane Clavier et Cécile Paganelli (2010)⁴³⁶, ont considéré les forums de santé comme une source d'information qui combine savoirs scientifiques et profanes.

Pour Madeleine Akrich et Cécile Méadel (2009)⁴³⁷, ce « savoir » profane tire sa légitimité du vécu du patient qui constitue un critère de validité du discours dans une certaine mesure.

En ce concerne la crédibilité de cette information, elle est décriée par les professionnels de la santé qui craignent des dérives et sont en faveur d'une régulation (Dupagne, 2010)⁴³⁸, (Nabarette et Caniard, 2010)⁴³⁹. Cependant, des études ont montré que l'information de santé échangée en ligne est complémentaire des dispositifs info-communicationnels et participe également à la construction d'un certain savoir profane dans le cas des maladies rares (Méadel et Akrich, 2009, 2010)⁴⁴⁰. Selon les auteures, l'information de santé en ligne peut participer dans une certaine mesure, à la prise d'une décision éclairée chez les patients, d'une part. D'autre

⁴³⁵ Céline Paganelli et Viviane Clavier, « S'informer via des médias sociaux de santé: quelle place pour les experts? », *Le Temps des médias*, Nouveau Monde éditions, 2014, p. 141-143.

⁴³⁶ Viviane Clavier [et al.], *op. cit.*

⁴³⁷ Madeleine Akrich et Cécile Méadel, *op. cit.*

⁴³⁸ Dominique Dupagne, « Les nouvelles informations en santé », *Les Tribunes de la santé*, vol. 29 / 4, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 33-39.

⁴³⁹ Hervé Nabarette et Étienne Caniard, « Sites santé et régulation », *Les Tribunes de la santé*, vol. 29 / 4, Paris, Presses de Sciences Po, 2010, p. 49-58.

⁴⁴⁰ C. Méadel et M. Akrich, « Internet: intrus ou médiateur dans la relation patient-médecin? », *Santé, société et solidarité*, vol. 8 / 2, 2009, p. 87-92. Cécile Méadel et Madeleine Akrich, « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », *Les Tribunes de la santé*, vol. 29 / 4, 2010, p. 41-48.

part, elle peut également participer à la reconnaissance de certaines maladies (Loriol, 2003)⁴⁴¹. Ces travaux en SIC concernent l'usage de l'internet dans les pays européens. Cependant, qu'en est-il de la situation dans les pays en voie de développement comme la Côte d'Ivoire? Quelle est la nature de l'information échangée dans le domaine de la santé et plus spécifiquement par rapport aux perceptions culturelles de la santé?

Les quelques études sur l'usage des médias socio-numériques en Côte d'Ivoire dans le domaine des SIC traitent, d'une part, de l'utilisation de cet outil en vue de sensibiliser sur certaines maladies comme le cancer de la prostate (Gnamien, 2018)⁴⁴², et, d'autre part, elles plaident pour une éthique dans leur usage (Loukou, 2013)⁴⁴³,(Goa, 2015)⁴⁴⁴.

La mobilisation des travaux en SIC sur la typologie de l'information issue des échanges asynchrones en ligne est rendue nécessaire par le fait que dans notre mémoire, une catégorie de données de notre corpus est issue d'un groupe de discussion en ligne sur la médecine traditionnelle. Ces travaux nous permettront d'appréhender et de catégoriser les informations échangées afin de vérifier leurs éventuelles conformités avec les messages promus par les programmes de santé en charge de la prévention. Il s'agit de saisir la réception des messages à travers les échanges en ligne. En effet, en raison de l'absence d'un espace de débat public sur les questions de santé (puisque l'information de santé est en partie produite et contrôlée par les politiques) et de la prégnance du recours des populations à la médecine traditionnelle, internet et plus particulièrement les médias socio-numériques constituent depuis une dizaine d'années un cadre d'expression des populations. Au surplus, comme nous l'avons évoqué à l'entame de cette section, la presse nationale sur l'information de santé à destination du grand public ou encore des professionnels de santé est absente du marché. Face à cette pénurie d'information médiatique, l'étude des médias socio-numériques de santé est d'autant plus importante pour

⁴⁴¹ Marc Loriol, « Faire exister une maladie controversée: les associations de malades du syndrome de fatigue chronique et Internet », *Sciences sociales et santé*, vol. 21 / 4, 2003, p. 6-31.

⁴⁴² Gnamien Kouamé Pascal, « Information Pour Le Développement Durable De La Santé – Cas De L'usage Des Réseaux Sociaux Dans La Lutte Contre Le Cancer De La Prostate En Côte d'Ivoire », *European Scientific Journal, ESJ*, vol. 14 / 3, janvier 2018, p. 460-476.

⁴⁴³ Alain François Loukou, *op. cit.*

⁴⁴⁴ Kacou Goa, « Réquisitoires éthiques contre l'information sur internet », *Communication en Question*, juillet 2015, p. 1-16.

révéler l'importance qu'ils jouent dans la promotion de la médecine traditionnelle.

3. Les campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques

Les campagnes de communication sur la prévention des maladies chroniques en Côte d'Ivoire constituent notre cadre d'analyse. Il s'agit, de campagnes organisées sur le diabète, l'hypertension artérielle et certains cancers, notamment des cancers colorectaux, du cancer de sein, du col de l'utérus, de la prostate, du poumon et du foie, qui font l'objet de campagnes de prévention.

Ici, l'une des difficultés majeures à laquelle nous avons dû faire face dans la réalisation du bilan des activités menées lors des campagnes de communication, à résider dans le caractère lacunaire des informations en raison de l'absence d'archives. Cette situation se ressent au niveau des données sanitaires nationales. La veille informationnelle est compliquée à réaliser. Ainsi, les derniers chiffres sur le cancer datent de 2015 et les zones de prévalence ne sont pas clairement identifiées. Dans ces conditions, nous appréhendons la difficulté des techniciens de la santé à organiser et à mener des actions de communication ciblées.

Dans les différents programmes de santé en charge des maladies chroniques que sont le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer, les campagnes sont organisées de façon annuelle, à l'occasion de la célébration des journées thématiques de la santé, instituées par l'Organisation Mondiale de la Santé. On peut donc affirmer qu'il y a eu approximativement trente-un (31) campagnes de sensibilisation de 2011 à 2019. A raison de neuf (9) campagnes par pathologie (cancer, diabète et hypertension artérielle) et quatre (4) campagnes « d'octobre rose » en plus pour le cancer qui est célébré en Côte d'Ivoire depuis l'année 2016 (Banhoru, 2016)⁴⁴⁵.

En ce qui concerne les supports de communication diffusés par les programmes, ils sont utilisés de façon répétitive au fil des années. Il n'y a pas de support produit pour une année donnée. Ainsi, notre réflexion porte sur une série d'affiches des campagnes qui ont été sélectionnées par rapport à nos hypothèses de recherche.

Nous désignons par « campagne » toutes les activités qui se tiennent dans le cadre de la commémoration des journées mondiales. Les thématiques de ces différentes campagnes de prévention sur les maladies chroniques sont proposées par l'OMS.

⁴⁴⁵ Séthou Banhoru, « Lutte contre le cancer du sein. Sortir ce tueur silencieux de son silence », *Fraternité matin*, Abidjan, 10 octobre 2016, p. 8.

3.1. A propos des campagnes de communication contre le cancer

En Côte d'Ivoire, c'est le Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA) qui a été créé en 2001 (MSHP, 2001)⁴⁴⁶ en vue d'assurer la communication de sensibilisation contre le cancer. Cependant, c'est sept (7) ans plus tard, soit en 2008, qu'un Directeur coordinateur sera nommé.

En raison de difficultés d'ordre économique et organisationnel, les activités de ce programme démarreront effectivement en 2011. Aux termes de son décret de création et du décret portant organisation et attributions du PNLCA, ce programme a eu pour missions de contribuer à la réduction de l'impact de la maladie cancéreuse par des activités de types promotionnels, préventifs, curatifs et de recherche (MSLS, 2014)⁴⁴⁷.

A ce titre, le PNLCA⁴⁴⁸ représente la structure technique du Ministère de la santé chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre des activités de prévention, notamment les campagnes de sensibilisation.

La célébration de la journée mondiale de lutte contre le cancer instituée en 2000 sur proposition de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) (OMS, 2011)⁴⁴⁹ et célébrée le 4 février de chaque année, est l'occasion pendant laquelle le PNLCA organise des activités de sensibilisation. Les thèmes de ces campagnes de prévention sur le cancer qui se sont déroulées sur la période de 2011 à 2019, figurent dans le tableau ci-dessous (Tableau 1)

⁴⁴⁶ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Arrêté N°412 du 28 décembre 2001 portant création et organisation du programme national de lutte contre le cancer (PNLCA) », 2001.

⁴⁴⁷ Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, « Arrêté N°190 MSLS/CAB portant attributions organisation et fonctionnement du programme national de lutte contre le cancer du 04 Décembre 2014 », 2014, p. 1.

⁴⁴⁸ Le Programme National de Lutte contre le Cancer

⁴⁴⁹ OMS, « L'exercice physique peut contribuer à réduire le risque de cancer du sein et du colon », [En ligne : https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/fr/]. Consulté le 7 juin 2021.

Tableau 1: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre le cancer de 2011 à 2021

Années	Thèmes
2011	Activité physique, clé de la prévention
2012	Ensemble c'est possible
2013	Dissiper les préjugés et les idées préconçues concernant le cancer
2014	Réduire la stigmatisation et dissiper les mythes, les préjugés et les idées fausses sur le cancer
2015	Le cancer pas au-delà de nous, il est à notre portée
2016, 2017, 2018	Nous pouvons. Je peux
2019, 2020, 2021	Je suis et je vais

Au cours de l'année 2011, la stratégie de lutte reposait sur la promotion de l'activité physique. Les recommandations préconisaient la pratique de l'activité physique modérée pendant cent cinquante minutes par semaine pour la tranche d'âge de 18 ans et plus et pendant au moins soixante minutes par semaine pour la tranche d'âge comprise entre 5 et 17 ans. En effet, selon l'OMS la sédentarité constitue le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial et est responsable de 31% des décès (OMS, 2021)⁴⁵⁰. L'absence d'activité physique augmente donc le risque de développer un cancer, une pathologie cardiovasculaire et le diabète. Les campagnes devraient en principe faire la promotion des activités sportives. En Côte d'Ivoire, la campagne était articulée autour du dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

En ce qui concerne l'année 2012, il s'agissait de mobiliser les sociétés dans toutes leurs composantes, à savoir, les individus, les organisations, les gouvernements afin de les impliquer activement dans la lutte contre le cancer. Le dépistage et la vaccination étaient les axes de la prévention (OMS, 2012)⁴⁵¹ afin de réduire la mortalité due au cancer. La vaccination concerne deux types de cancer. Entre autres, le vaccin anti-HPV contre le cancer du col de l'utérus causé

⁴⁵⁰ *Ibidem*.

⁴⁵¹ OMS, « Journée mondiale contre le cancer 2012 », [En ligne : https://www.who.int/cancer/events/world_cancer_day2012/fr/]. Consulté le 7 juin 2021.

par le papillomavirus humain (HPV) de types 16 et 18 responsable de 70% des cancers, recommandé aux filles entre 9 et 13 ans et le vaccin contre l'hépatite, disponible depuis 1982 contre le cancer du foie provoqué par le virus de l'hépatite B (HBV). En effet, le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde avec cinq cent mille (500 000) nouveaux cas chaque année et le cancer du foie a causé la mort de sept cent mille (700 000) personnes en 2008 (OMS, 2012)⁴⁵². Quant au dépistage, il était question de la détection précoce en vue d'un traitement efficace. Malheureusement, en Côte d'Ivoire, la majorité des cancers sont décelés à des stades avancés ce qui complique la prise en charge (Globocan, 2008)⁴⁵³. Les activités de sensibilisation de l'année 2012 étaient ponctuées par le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la formation à l'autopalpation ainsi que la vaccination contre l'hépatite B. La vaccination contre le cancer du col de l'utérus n'était pas suffisamment promue en raison du coût onéreux du vaccin contre le HPV qui était essentiellement disponible dans les officines privées (OMS, 2014)⁴⁵⁴.

Pour ce qui est des années 2013 et 2014, les campagnes de prévention avaient pour slogans respectifs « le saviez-vous »⁴⁵⁵ et « démystifier les mythes »⁴⁵⁶. L'objectif était d'informer les populations sur la réalité du cancer afin d'améliorer leur connaissance sur la maladie. L'axe principal de ce programme était basé sur le fait que l'information était l'outil approprié et adéquat afin de prévenir le cancer et de réduire l'incidence de létalité de cette pathologie (OMS Afro, 2014)⁴⁵⁷. D'une part, la vulgarisation de l'information concernait les véritables facteurs de risques et le fait que le cancer n'est pas contagieux, même si certaines infections ou certains virus peuvent augmenter les risques de développer un cancer. D'autre part, les campagnes communiquaient sur les signes et les symptômes du cancer afin de changer les idées reçues selon lesquelles il est impossible de guérir du cancer. Ici, selon les techniciens de la santé, la

⁴⁵² *Ibidem*.

⁴⁵³ International Agency for Research on Cancer, « Globocan », 2008.

⁴⁵⁴ OMS, « Coopération OMS - Côte d'Ivoire : Rapport biennal 2012-2013 », OMS, Genève, 2014.

⁴⁵⁵ OMS - Afro, « Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le Cancer 2013 », [En ligne : <https://www.afro.who.int/fr/news/celebration-de-la-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-cancer-0>]. Consulté le 7 juin 2021.

⁴⁵⁶ OMS - Afro, « Célébration de la Journée mondiale contre le Cancer 2014 », [En ligne : <https://www.afro.who.int/fr/news/celebration-de-la-journee-mondiale-contre-le-cancer>]. Consulté le 7 juin 2021.

⁴⁵⁷ OMS - Afro, *op. cit.*

stratégie visait à réduire les préjugés et l'ignorance sur la maladie afin de lutter contre les tabous et les peurs par rapport au cancer. La sensibilisation était couplée avec des séances de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Avec le thème « le cancer pas au-delà de nous, il est à notre portée », la campagne de sensibilisation 2015 visait à mettre en avant la possibilité de surmonter et de maîtriser le cancer. Il s'agissait, de célébrer les succès de la thérapie anticancéreuse et de faire connaître les solutions disponibles et accessibles dans la lutte contre le cancer grâce aux avancées de la recherche scientifique en matière de diagnostic et de prise en charge appropriée permettant d'obtenir de meilleurs résultats (MSLS, 2015)⁴⁵⁸. C'est une approche positive visant à redonner espoir aux patients, à leur famille et partant, à amener les populations à participer aux campagnes de dépistage. Ici également la campagne de prévention était ponctuée par des activités de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Les campagnes de la période de 2016 à 2018 visaient à montrer de quelle manière chaque individu au niveau collectif et individuel pouvait participer à la lutte contre le cancer afin de réduire le fardeau mondial du cancer (ONU, 2017)⁴⁵⁹. Dans cette perspective, la sensibilisation repose sur le principe qu'environ 60% des cancers sont évitables par la prévention. Concrètement, il était question de faire la promotion de comportements jugés sains et appropriés afin d'éviter le cancer (OMS, 2016)⁴⁶⁰. Ces attitudes étaient relatives aux habitudes de consommation à adopter afin d'éviter les facteurs de risques que sont le surpoids, le tabac, l'alcool et l'alimentation malsaine. Il s'agissait, de convaincre les populations d'adopter des attitudes visant à éviter ou à arrêter la consommation de tabac, d'alcool et d'adopter une alimentation équilibrée en priorisant les fruits et légumes. La vulgarisation de l'information sur les facteurs de risques et des séances de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus étaient les principales articulations des campagnes. On note également, pour la première fois, l'apparition de malades de cancer sur les affiches de sensibilisation produites par une

⁴⁵⁸ Goudou Coffie Raymonde Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, « Communiqué N°023 - MSLS/CICG -Journée Mondiale de lutte contre le Cancer 04 février 2015 », 2015.

⁴⁵⁹ Organisation des Nations Unies (ONU), « Journée mondiale du cancer, 4 février 2017 », [En ligne : <https://www.un.org/fr/events/cancerday/>]. Consulté le 7 juin 2021.

⁴⁶⁰ OMS - Europe, « Prévention du cancer 2016 - 2018 », [En ligne : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer>]. Consulté le 7 juin 2021.

Organisation Non Gouvernementale dénommée « Aidons les Personnes Atteintes ou Affectées par le Cancer (APAAC) » (Figure 10).

Figure 10: La sensibilisation sur le cancer du sein - ONG

APAAC



Le thème « Je suis et je vais » couvrant la campagne triennale de 2019 à 2021 fait référence à l'engagement de chaque individu dans la lutte contre le cancer. Cette mobilisation est la réaction d'un individu bien informé qui prend l'engagement d'œuvrer pour la lutte contre le cancer : « Je suis informé et je vais m'engager dans la lutte ».

La stratégie de 2019 met l'accent sur l'importance de l'implication de tous dans la lutte. On note par ailleurs, l'introduction du vaccin contre le papillomavirus humain chez la jeune fille dans le programme élargi de vaccination (PEV), le 25 novembre 2019 en Côte d'Ivoire (MSHP, 2019)⁴⁶¹.

L'année 2020 qui a marqué le vingtième anniversaire de la lutte à l'échelle mondiale, c'était l'occasion de réaliser l'état des lieux, le bilan des progrès réalisés afin d'élaborer la prochaine stratégie pour la décennie à venir.

Quant à l'année 2021, elle met en avant l'importance de la coordination des actions collectives et de coopération sur la capacité à réduire véritablement l'incidence de la maladie cancéreuse (UICC, 2021)⁴⁶².

⁴⁶¹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, « Bilan d'activités de la direction de coordination du programme élargi de vaccination », 2018.

⁴⁶² Union Internationale Contre le Cancer (UICC), « Thème de la campagne (Je suis et je vais) World Cancer Day », [En ligne : <https://www.worldcancerday.org/fr/theme-de-la-campagne-je-suis-et-je-va>]. Consulté le 7 juin 2021.

Il est important de noter, qu'en Côte d'Ivoire en plus des activités classiques de dépistage de cancer du sein et du col de l'utérus organisées par le PNLCA, il y a eu la commémoration de « novembre bleu » pour la première fois en 2020 par le Centre National d'oncologie Médicale

Figure 11: La lutte contre le cancer de la prostate



et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) (Figure 11). Pendant la campagne « novembre bleu » instituée depuis 1962 par l'OMS, les activités étaient composées de séances de dépistage du cancer de la prostate. En Côte d'Ivoire, les séances de dépistage ont eu lieu au sein de ce centre médical

exclusivement, à la différence des activités de lutte contre le cancer de sein qui se déroulent de façon délocalisée dans les différentes villes et en dehors des structures médicales.

En 2021, on note également l'apparition pour la deuxième fois de patientes atteintes du cancer sur les affiches pendant la campagne « octobre rose » (Figure 12).

Figure 12: La lutte contre le cancer de sein - CNRAO



Les activités initiées par le CNRAO⁴⁶³ se déroulent au sein du centre à la différence du PNLCA qui va au contact des populations. Sur les affiches du CNRAO, le logo du PNLCA, structure

⁴⁶³ Le Centre National d'oncologie Médicale et de Radiothérapie Alassane Ouattara (CNRAO) est l'unique centre de radiothérapie en Côte d'Ivoire, il est fonctionnel depuis janvier 2018.

technique chargée d'organiser des campagnes de prévention du cancer, n'apparaît pas. Il est important de noter qu'aux termes de son décret⁴⁶⁴ de création, le CNRAO n'a pas pour attributions l'organisation de campagnes de prévention mais plutôt de définir et de mettre en œuvre des stratégies thérapeutiques globales et des traitements de radiothérapie des malades atteints de cancer.

Les activités préventives institutionnelles de lutte contre le cancer en Côte d'Ivoire sont le fait du Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCA). A travers des campagnes de communication, ce programme diffuse des informations en vue d'amener les populations à s'approprier les recommandations. Ici, ces conseils relèvent de trois (3) ordres.

Le premier concerne la participation des populations aux programmes de vaccination contre l'hépatite B et le papillomavirus chez la jeune fille à partir de neuf (9) ans.

Le deuxième est relatif à l'adhésion des publics et à leur implication dans les activités de dépistage afin de déceler le cancer dès les premiers signes.

L'adoption de comportements alimentaires entre autres l'interdiction du tabac, de l'alcool et la consommation d'une alimentation riche en fruits et légumes constitue le dernier maillon des axes de sensibilisation.

Telle que décrite, la sensibilisation contre le cancer concerne les cancers du sein, du col de l'utérus, du foie et de la prostate (depuis peu en 2020). Pour les autres cancers à savoir celui du poumon, il est évoqué lors de la prévention du tabagisme et pour le cancer colorectal le dépistage est réalisé lors de la consultation médicale en cas de plaintes du patient. La figure ci-dessous (Figure 13) fait partie des supports de communication diffusés par le PNLCA⁴⁶⁵. Toutes les affiches auxquelles nous avons eu accès figurent en annexe 1.

⁴⁶⁴ Présidence de la République de Côte d'Ivoire, « Décret N° 2018-460 du 09 mai 2018 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre National d'Oncologie Médicale Alassane OUTTARA », 2018.

⁴⁶⁵ Le Programme National de Lutte contre le Cancer

Vu la périodicité des campagnes qui se tiennent une fois par an, il semble que ces campagnes sont sporadiques et qu'elles ne sont pas accompagnées d'actions soutenues. A côté de ce fait, les campagnes de communication sur le cancer telles qu'elles sont organisées reprennent les messages des campagnes européennes sans prise en compte

Figure 13: La lutte contre le cancer de sein -PNLCA



de la donne locale (les thèmes des campagnes sont proposés par l'OMS). Nulle part, que ce soit au niveau des affiches ou des messages, il n'est fait allusion à la médecine traditionnelle, qu'elle soit indiquée ou non en matière de prévention, il n'y a aucune information sur le sujet. Au surplus, la communication sur les maladies chroniques ne tient pas compte des perceptions magico-religieuses de la santé d'une partie de la population qui attribue la cause des maladies aux actions externes, notamment celles des mauvais génies, des ancêtres et à la transgression des interdits. Les campagnes s'inscrivent ainsi dans un schéma européen et les messages semblent inappropriés dans une certaine mesure. Cette situation pourrait amener les populations à produire leur propre information de santé qui peut être contraire à la prévention préconisée par les sciences biomédicales.

3.2. A propos des campagnes de communication contre le diabète et l'hypertension artérielle

Le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) a été créé en 2007 ⁴⁶⁶, à la suite du Programme National de Lutte contre le Diabète (PNLD) créé en 2001 et qui n'a pas pu être fonctionnel. Le PNLMM est chargé essentiellement d'œuvrer à la réduction de l'impact des maladies métaboliques par des activités de types essentiellement curatif et de

⁴⁶⁶ Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire, « Arrêté N°173 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant création et organisation du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques », 2007.

recherche⁴⁶⁷. Pour ce qui est des activités de type promotionnel et préventif, elles doivent être organisées de façon collégiale avec le Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles dont c'est la mission principale. Les pathologies concernées sont l'hypertension artérielle, le diabète, les hyperlipidémies, l'obésité, les dysthyroïdies et le cancer. Par ailleurs, c'est au cours de l'année 2012 que les activités de promotion de santé et de prévention en direction du grand public vont véritablement démarrer.

En 2015, le PNPMT⁴⁶⁸ et le PNLMM⁴⁶⁹ exercent sous la coordination d'un même Directeur avec la dénomination PNLMM/PNLMNT afin d'organiser des activités en matière de prévention des maladies non transmissibles dans leur globalité et de certains déterminants sociaux en vue de réduire l'exposition aux facteurs de risques modifiables des maladies non transmissibles. Dans le cas de l'hypertension également, les campagnes de prévention en direction des populations sont organisées la plupart du temps à l'occasion de la commémoration des journées mondiales de lutte contre l'hypertension artérielle (HTA), célébrée le 17 mai de chaque année.

Les thèmes des journées de l'hypertension artérielle définis par l'OMS sont mentionnés dans le tableau ci-après (Tableau 2)

⁴⁶⁷ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, « Arrêté N° 071/MSHP/CAB modifiant l'arrêté N°173 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant création et organisation du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques », 2008, p. 1-2.

⁴⁶⁸ Le Programme National de Prévention des maladies Non Transmissibles.

⁴⁶⁹ Le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques.

Tableau 2: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre l'Hypertension artérielle de 2011 à 2019

Années	Thèmes
2011	S'unir pour des cœurs sains
2012, 2013, 2014	Maîtriser votre tension artérielle, maîtriser votre vie
2015	Comment pratiquer l'activité physique pour prévenir l'hypertension artérielle et les autres maladies chroniques
2016	Avoir du cœur pour son cœur
2017	Cœur et Sport
2018	Nous sommes tous concernés. Pensez à vous faire dépister
2019	Les enfants, les adolescents et les maladies cardiovasculaires

De 2011 à 2014, des campagnes de sensibilisation ponctuées par des spots télévisés ont été initiées en direction du grand public en Côte d'Ivoire. Selon les termes de références des campagnes, elles avaient pour objectif, d'une part, de proscrire les habitudes alimentaires qualifiées de facteurs de risques, entre autres, la consommation d'alcool, de tabac et d'aliments à haute teneur en lipides comme certains mets typiques à la Côte d'Ivoire, à l'exemple de « l'allico⁴⁷⁰ ». D'autre part, ces actions de sensibilisation faisaient la promotion, de la pratique de l'activité physique et de la consommation de fruits et légumes afin d'éviter l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux comme (Figure 14). La totalité des supports de sensibilisation que nous avons consultés figure en annexe 2.

⁴⁷⁰ Met ivoirien réalisé à partir des tranches de bananes plantains mûres frites avec de l'huile de palme et très prisé par la population.

Figure 14: L'activité physique et les maladies chroniques A compter de l'année 2015 c'est, le



Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques comme nous l'avions mentionné plus haut, qui exécutera les missions du Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles. Ainsi, les activités seront couplées avec celle de la prévention du diabète.

La journée mondiale du diabète a été instituée par l'OMS en 1991 à l'initiative de la Fédération Internationale de Diabète (FID). Ici, l'action de l'OMS vise à élaborer et à fixer les normes et standards ainsi qu'à mobiliser les populations et tous les

gouvernements pour des actions collégiales dans la lutte (OMS, 2021)⁴⁷¹. Cette journée est célébrée le 14 novembre de chaque année. Le tableau ci-après contient la liste des thèmes des journées de lutte contre le diabète de 2011 à 2019 (Tableau 3).

Tableau 3: Les thématiques des journées mondiales de lutte contre le diabète de 2011 à 2019

Années	Thèmes
2011 - 2012	L'éducation et la prévention
2013	Protégeons notre avenir
2014	Diabète : protégeons notre futur
2015	Une vie saine et le diabète
2016	Gardons l'œil sur le diabète : Diabète, état des lieux et perspectives
2017	Les femmes et le diabète

⁴⁷¹ OMS, « OMS | Le Programme Diabète de l'OMS », [En ligne : <http://www.who.int/diabetes/goal/fr/>]. Consulté le 15 juin 2021.

2018 - 2019	la famille et le diabète
-------------	--------------------------

En Côte d'Ivoire, les premières actions (de 2008 à 2012) du PNLMM⁴⁷² sont organisées essentiellement en vue d'améliorer la prise en charge thérapeutique par le renforcement du plateau technique des structures sanitaires et des capacités du personnel médical et paramédical afin de décentraliser la prise en charge du diabète (dépistage et traitement)⁴⁷³ dans les autres régions sanitaires du pays en dehors d'Abidjan.

En vue d'améliorer les connaissances des populations sur les maladies non transmissibles (diabète et HTA) et leurs facteurs de risques, les campagnes de sensibilisation sont organisées par le PNLMM de 2013 à 2015, puis par le PNLMM/ PNPMT de 2015 à 2019. Il s'agit, d'activités de dépistage du diabète et de l'hypertension artérielle dans les différentes communes d'Abidjan et certaines villes de l'intérieur du pays (Agboville, Duékoué, Aboisso) et également dans les vingt-une (21) cliniques du diabète installées sur l'ensemble du territoire en 2015 (PNLMM, 2015)⁴⁷⁴.

De 2016 à 2017⁴⁷⁵, la sensibilisation est articulée autour d'actions d'information aussi bien sur les modes de prévention et les facteurs de risques que sur l'importance de l'activité physique dans la lutte contre les maladies chroniques (le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité). Ce volet d'information consiste en la diffusion de dépliants lors des activités de sensibilisation et l'affichage sur la thématique du tabac, de l'alcool, de l'obésité et de l'activité physique et la consommation de fruits et légumes dans les formations sanitaires. Un dépistage du personnel du cabinet et des services rattachés du Ministère en charge de la santé a été également organisé au cours de l'année 2016.

⁴⁷² Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques.

⁴⁷³ Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), « Bilan des activités », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2010. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), « Rapport d'activités », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2011. Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), « Rapport d'activités », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2012.

⁴⁷⁴ Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM), « Rapport d'activités », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2015.

⁴⁷⁵ *Ibidem*. Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles (PNLMM/PMNT), « Rapport d'activités », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2016.

L'année 2018 a été marquée par une caravane de sensibilisations et de dépistages avec les unités mobiles dans les villes de Yamoussoukro et de Korhogo, des séances de dépistages et des séances communautaires de proximité de sensibilisation sur les maladies non transmissibles (maladie rénale chronique, diabète, maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque) dans onze régions sanitaires sur les vingt-une que compte le pays⁴⁷⁶ (PNLMM/PNPMNT, 2018)⁴⁷⁷. L'année 2019 a également été ponctuée par des activités de dépistages et de sensibilisation dans la ville d'Aboisso (PNLMM/PNPMNT, 2019)⁴⁷⁸.

Toutes ces activités de sensibilisation menées par le PNLMM/ PNPMNT ont pour objectif de réduire les conséquences et la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle sur la santé des populations. Ces actions s'articulent autour du dépistage, de la promotion de l'activité physique et de la vulgarisation d'habitudes alimentaires qualifiées d'idoines. Cependant, force est de constater également, que dans le cas les campagnes de prévention du diabète et de l'hypertension artérielle, les messages délivrés sont les mêmes que ceux des pays européens. A l'exemple des messages sur l'adoption d'un régime alimentaire riche en fruits et légumes et des dangers de l'obésité dans un contexte où les perceptions peuvent créer des cadres de non recevabilité. Il s'agit notamment de la préférence des individus pour les repas à forte teneur en lipides et l'embonpoint qui constituent des normes esthétiques.

Dans les campagnes de sensibilisation concernant les maladies chroniques, toutes les activités sont couplées avec des activités de dépistage. Cela est peut-être dû à la spécificité des pathologies en question. Cependant, au niveau des différentes campagnes de sensibilisation, les messages de prévention promus semblent être inadaptés.

Conclusion du chapitre 4

Dans ce chapitre, nous présentons la situation de la communication et de l'information publique, et partant de l'information de santé en Côte d'Ivoire. Pendant plus de quatre (4)

⁴⁷⁶ Voir la carte sanitaire dans le chapitre 3.

⁴⁷⁷ Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles. (PNLMM/PMNT), « Rapport d'activités », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2018.

⁴⁷⁸ Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles (PNLMM/PMNT), « Rapport d'activités 2019 », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2019.

décennies après son indépendance, cette information a été et continue d'être sous le contrôle des politiques qui en sont les producteurs principaux. C'est une information dont l'objectif principal est de diffuser les dispositions prises par l'Etat, notamment les décisions, les « efforts » consentis et les services hospitaliers équipés pour une « bonne » prise en charge des malades. Telle que l'information est délivrée, il semble qu'il est uniquement de la responsabilité des individus de veiller sur leur état de santé et de se rendre dans un centre de santé en cas de maladie. Ainsi, les véritables problèmes des questions de santé ne sont pas débattus, entre autres, l'insuffisance du personnel médical ou la vétusté du plateau technique ou encore les difficultés financières réelles qu'éprouvent les populations à payer les frais de santé en raison de l'absence d'une véritable couverture sociale médicale.

Actuellement, il n'y a pas de véritable médiatisation de l'informatisation de santé. La presse spécialisée à destination des professionnels de la santé est inexistante, celle à l'intention du grand public est encore parcellaire et matérialisée uniquement par la parution de quelques articles dans la rubrique « société » de certains quotidiens d'information politique ou générale. Au niveau des médias audiovisuels, l'information de santé commence à être relayée par le moyen d'un magazine consacré à la santé qui est diffusé chaque mercredi depuis le 4 mars 2020 sur les ondes de la télévision nationale. Là encore, on constate que les intervenants qui se sont succédés dans cette émission sont des responsables des institutions sanitaires publiques nationales dont la nomination dépend du Ministre de la santé et dont les discours s'inscrivent dans la valorisation des actions du Président de la République et du Ministre de la santé qui semblent œuvrer pour l'amélioration de la santé et du bien-être des populations. Dans cette situation où des analyses « objectives » ne peuvent pas être conduites, internet, et partant, les médias socio-numériques constituent un cadre d'expression pour les populations. A cet effet, on assiste à la création de plusieurs groupes de discussion sur la thématique de la santé.

Du côté des structures en charge de la santé, elles organisent des campagnes de communication à l'effet de sensibiliser les populations sur les recommandations de santé publique. Cependant, en raison semble-t-il de difficultés financières, les campagnes semblent se dérouler dans un schéma classique très court, à savoir, dépistage et distribution de dépliants sur trois jours en moyenne et une fois par an. Au surplus, le contenu de ces campagnes de sensibilisation est quasiment le même que celui des campagnes organisées dans les pays européens, sans prise en compte véritable des particularités locales. Cette situation a pour effet de rendre les messages inappropriés dans une certaine mesure.

Conclusion de la deuxième partie

Dans cette partie, nous avons présenté dans un premier temps certaines particularités culturelles, sociales et politique de la Côte d'Ivoire afin d'appréhender les enjeux de la communication de prévention. Après cette étape, nous nous sommes employés à parler du dispositif sanitaire de prévention afin de permettre au lecteur d'identifier les différents itinéraires thérapeutiques qui existent dans le pays.

Dans un deuxième temps nous avons d'abord évoqué la situation de l'information et de la communication publique. Ensuite, nous avons présenté les différentes campagnes de communication de prévention

En Côte d'Ivoire, deux systèmes de santé se côtoient : l'un officiel, promu par les pouvoirs publics, l'autre officieux, est lié aux pratiques ancestrales et ne bénéficie pas d'une légitimité forte auprès du Ministère de la santé. Les schémas de prise en charge de ces deux médecines obéissent à des logiques différentes. La médecine conventionnelle, résulte des sciences biomédicales, tandis que la médecine traditionnelle s'inscrit dans un système de « croyances » relevant de l'ordre du sacré. Les populations y ont recours en fonction de plusieurs facteurs. Au nombre des raisons de leur choix, figurent les commodités de soin, le type de pathologie, le niveau d'instruction, leur convenance personnelle ou encore les lacunes du système de santé conventionnel.

En ce qui concerne la médecine conventionnelle, pendant une vingtaine d'années après son indépendance, en 1960, le système de santé ivoirien était orienté vers une approche curative. L'orientation préventive a été intégrée dans la politique de soins suite aux recommandations internationales de l'OMS, à l'incidence des maladies chroniques qui ne cesse de croître et de leur taux prévalence élevé au sein de la population jeune. Ainsi, Le Ministre en charge de la santé, par le biais de ses structures techniques, pilote la politique de prévention. Puisque la situation des maladies chroniques reste préoccupante dans le pays, plusieurs campagnes de sensibilisation sont organisées à cet effet. Ainsi, la stratégie de prévention en Côte d'Ivoire est déclinée en actions visant à communiquer sur les facteurs de risques afin de promouvoir les attitudes jugées saines. Plusieurs actions de prévention ont donc été menées par les deux programmes de santé chargés des maladies chroniques dont il est question dans notre mémoire. Ces activités promotionnelles de types préventifs organisées par les programmes de santé consistent à informer, sensibiliser les individus, d'une part, et, d'autre part, à organiser

des séances de dépistage de cas de maladies chroniques et de leurs facteurs de risque (MSLS, 2015)⁴⁷⁹. Concrètement, ces activités peuvent être regroupées autour de cinq axes majeurs (MSLS, 2015)⁴⁸⁰.

Le premier axe concerne les activités de dépistage des facteurs de risque des maladies chroniques dans les différents milieux des populations, notamment dans les villes.

Le deuxième axe consiste en l'organisation de campagnes d'information sur les facteurs de risque et la promotion de comportements de « santé » et de modes de vie recommandés par la santé publique.

Le troisième axe est relatif à la vulgarisation d'information afin d'augmenter l'appropriation des messages et l'intégration des préconisations dans le quotidien des populations afin de favoriser le développement d'un autocontrôle des facteurs de risque physiologiques des maladies non transmissibles.

La conception et la mise à disposition de supports et de documents de référence à destination des professionnels de santé, afin d'améliorer la prévention primaire, constitue le quatrième axe des activités de communication.

Enfin, le cinquième axe met en avant les bienfaits de la pratique régulière de l'activité physique comme attitude de prévention et facteur d'amélioration de l'état de santé, en général.

Au niveau réglementaire, la Côte d'Ivoire a pris un décret (N° 2012-980 du 10 octobre 2012) sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les transports en communs. Le pays a également signé un protocole en septembre 2013 relatif à l'élimination du commerce illicite des produits et des dérivés du tabac (MSLS, 2014)⁴⁸¹.

Cependant, dans le cas des campagnes de sensibilisation sur les maladies chroniques en Côte d'Ivoire, la stratégie de la communication de prévention dans son ensemble semble calquée sur celle des pays européens au détriment des particularités du contexte national.

La vulgarisation des normes de santé publique issues des sciences biomédicales en direction de la population à travers la prévention correspond à une communication verticale de savoirs scientifiques. Ce processus d'éducation à la santé de la société semble correspondre à l'établissement d'un ordre social consensuel accepté par tous comme normal dans une large

⁴⁷⁹ Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, *op. cit.*, p. 36.

⁴⁸⁰ *Ibidem*, p. 36-37.

⁴⁸¹ Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

mesure.

A cela, s'ajoutent la formulation et la diffusion de prescriptions en direction de l'individu en vue de rendre ce dernier capable de prendre en charge sa santé et, partant, de modifier ses habitudes domestiques afin d'adopter des gestes de santé publique. Il est donc question d'exercer un contrôle à distance sur les corps des individus, puisqu'il est attendu de ces derniers, une appropriation des messages, voire une intégration de « gestes de santé » dans leur quotidien. Ainsi, dans cette dynamique de faire-faire, la communication de prévention fait également ressortir la force des pouvoirs publics qui ont décidé d'imposer cette rationalité scientifique aux populations à travers des mécanismes de médicalisation de la société.

Nous appréhendons donc la gestion de la prévention en tant que biopouvoir et comme moyen d'exercice d'une gouvernementalité en vue d'une recherche de légitimité du pouvoir d'une part, et d'autre part comme un asservissement des corps aux prescriptions de la médecine conventionnelle au grand dam des adeptes de la médecine traditionnelle. De fait, la communication de prévention peut être soumise à des influences culturelles, sociales, et politiques. Ce sont ces enjeux que nous allons tenter de saisir à travers notre enquête de terrain afin de confronter nos hypothèses de départ, à savoir, la communication de prévention qui est politisée dans la perspective d'exercice de la biopolitique, les dispositifs informationnels qui sont en décalage avec les objectifs de la communication de la prévention et la réaction des populations qui amenuisent la portée des actions de prévention. La troisième partie de notre mémoire traite à cet effet de la mise en œuvre des campagnes de communication.

**Troisième partie : Les campagnes de
communication au prisme des forces
oppositionnelles**

Introduction de la troisième partie

Cette partie de notre mémoire se compose de deux sections. A ce stade de notre réflexion, il est opportun de s'interroger non seulement sur les modalités opératoires des campagnes de communication institutionnelles, mais aussi sur la manière dont les populations accueillent les recommandations de santé publique. En d'autres termes, comment ces campagnes sont-elles organisées ? Quel est le degré de manœuvre des structures techniques du Ministère de la santé, chargées d'organiser les campagnes de communication ? Comment les populations réagissent-elles aux messages ? Peut-on parler d'inanité des campagnes de prévention eu égard à la stagnation, voire à l'augmentation du taux de dépistage tardif et de son incidence sur la mortalité due aux maladies chroniques ?

Notre première section traite à cet effet de notre méthode de recherche afin de saisir les enjeux politiques, sociaux et culturels de la communication de prévention en Côte d'Ivoire. Dans cette perspective, nous avons mis à contribution des approches quantitative et qualitative afin de répondre à nos hypothèses de recherche.

Trois (3) outils de collecte de données ont été mis à profit. Il s'agit, des entretiens semi-directifs, d'une enquête au moyen d'un questionnaire et de l'analyse de contenu d'un forum de discussion. Nous évoquons les raisons pour lesquelles ces méthodes ont été mobilisées et les traitements pour lesquels nous avons optés.

La deuxième section présente les observations que nous avons réalisées à la suite de l'analyse des données collectées. En effet, nous avons voulu saisir les forces en présence, depuis la conception des campagnes en passant par leur déroulement, pour finir à la réception des messages. Concrètement, il s'agit d'identifier le jeu d'influence politique et les insuffisances des dispositifs info-communicationnels qui pourraient créer des attitudes de résistance chez les populations.

Pour rappel, nous assimilons les campagnes de communication à la notion foucaldienne du dispositif et nous les appréhendons comme instruments de l'action publique.

Chapitre 5 : Les outils de collecte de données

L'enquête ne concerne pas les faits constatés par un observateur mais plutôt les déclarations sollicitées par ce dernier (N'da, 2015)⁴⁸². En effet, les personnes identifiées par le biais d'un échantillonnage sont amenées à se prononcer sur un sujet. Les données issues des enquêtes sont relatives aux perceptions, attitudes et opinions des enquêtés. Lorsque les enquêtes sont menées par le biais d'entretiens, on dit qu'elles sont qualitatives. On parle d'enquêtes quantitatives dans le cas où le recueil des informations se fait grâce à un questionnaire. Notre approche conjugue ces deux types d'enquêtes puisque nous avons mené des entretiens et réalisé une enquête au moyen d'un questionnaire.

Il existe plusieurs types d'entretiens au nombre desquels figurent l'entretien semi-directif que nous avons choisi d'utiliser afin que les interviewés puissent nous entretenir sur les questions que nous leur avons soumises avec la possibilité de parler éventuellement de certains points absents de notre grille et qui pourraient être pertinents pour notre analyse.

1. Les entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif est une méthode qui permet au chercheur de recueillir l'opinion de l'interviewé sur une thématique. Au cours d'un contact direct entre deux individus ou un groupe de personnes, l'un communique à l'autre des informations recherchées sur un sujet défini (N'da, 2015)⁴⁸³. Pendant cette discussion, l'interviewé expose sa conception, ses opinions, son vécu. Toutefois, le chercheur, par les techniques qui sont soit les questions ouvertes soit les questions fermées, oriente et recentre éventuellement l'intervention de l'interlocuteur de sorte que ce dernier ne s'éloigne pas des objectifs poursuivis.

1.1 Le choix des entretiens semi-directifs

Pour nous, les entretiens sont indispensables au processus de recherche car ils permettent de cerner le point de vue des interviewés sur le sujet. Nous avons mobilisé ce type d'outils afin d'appréhender la stratégie de la communication de prévention de la Côte d'Ivoire en matière de

⁴⁸² Paul N'da, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, L'Harmattan, 2015, 282 p., p. 136.

⁴⁸³ Paul N'da, *op. cit.*

santé en général et dans le cadre des maladies chroniques en particulier. Concrètement, il s'est agi de comprendre la dynamique des acteurs clés de la prévention et les conditions qui entourent la production des campagnes.

La conduite des entretiens s'est réalisée à l'aide d'une grille d'entretien et d'un téléphone portable tenant lieu de dictaphone afin de procéder à l'enregistrement des échanges. La politisation de la prévention, les dispositifs de relais de l'information et les réactions de la population face aux discours ont été les thèmes développés au cours des entretiens.

Ces entretiens ont été réalisés dans le but non seulement de recueillir le point de vue des acteurs institutionnels et communautaires sur les enjeux de la communication de prévention mais également d'appréhender leurs discours par rapport à l'exercice du pouvoir des autorités publiques (le Ministre de la santé et de son cabinet).

La construction de notre grille s'est élaborée à partir de nos hypothèses de recherche que nous avons déclinées en sous thèmes afin de saisir les enjeux de la communication de prévention en qu'outil politique dont l'objectif était d'acquiescer et de garantir la légitimité des gouvernants à exercer le pouvoir d'État.

Nous avons élaboré trois types de grilles selon le profil de l'interviewé. La première grille (Annexe 3) a été utilisée pour interroger les acteurs institutionnels de la prévention. Cette première grille se compose de trois grandes rubriques. Chacune d'elle correspond à une de nos hypothèses de recherche. Dans le cadre de la première hypothèse, à savoir la politisation de la prévention dans la perspective d'exercice de la biopolitique, le premier thème abordé concerne la dimension politique des actions de prévention qui comprend deux sous-thèmes dont l'objectif était de saisir le fonctionnement des entités ainsi que le processus de validation des campagnes. La deuxième rubrique élaborée dans le cadre de la deuxième hypothèse concerne la pertinence des dispositifs info-communicationnels par rapport aux objectifs de la prévention. Ici, le thème développé est relatif aux mécanismes info-communicationnels. Il est composé d'un sous-thème portant sur les caractéristiques des dispositifs info-communicationnels.

La troisième rubrique interroge les formes de résistances qui mettent en difficulté les actions d'information et de communication. Elle fait référence à la question des enjeux de l'appropriation des messages. Ce thème comprend un sous-thème qui traite des attitudes de défiance des populations.

La deuxième grille a été mise à profit lors des entretiens avec les acteurs communautaires de la prévention (annexe 4). Elle a été rendue nécessaire parce que nous avons voulu appréhender

l'opinion des interrogés à propos de l'organisation institutionnelle et communautaire de la prévention ainsi que la réaction des populations face aux recommandations de santé publique. La grille comprend également trois grandes parties correspondant à nos hypothèses de recherche. La première rubrique concerne la politisation de la prévention, elle est constituée d'un sous-thème relatif aux obligations des entités administratives vis-à-vis des autorités publiques de santé. La deuxième rubrique sur les dispositifs info-communicationnels se compose d'un sous-thème qui traite des outils info-communicationnels des ONG. Quant à la troisième rubrique concernant les réactions des populations, elle comprend un sous-thème sur les formes de résistances des populations.

La troisième grille a servi de support lors des entretiens avec les praticiens de la médecine traditionnelle (Annexe 5). Cette grille se compose essentiellement de deux rubriques. La première concerne les opinions des interviewés sur les dispositifs info-communicationnels institutionnels. La deuxième rubrique est relative aux formes de résistances qui illustrent la manière dont les populations rendent difficiles les actions d'information et de communication. Les différents entretiens se sont déroulés au cours de la période de décembre 2019 à août 2020. Ils ont été réalisés après deux étapes. La première étape a consisté à solliciter un rendez-vous par le biais de courriers que nous avons déposés nous-même auprès des différentes structures. Après avoir obtenu les différents accords, nous avons envoyé par email le canevas de l'entretien avant le déroulement de l'entretien proprement dit, de sorte que nos interlocuteurs puissent se préparer et avoir une idée précise des réponses. Au début de chaque entretien, nous avons rappelé verbalement les objectifs de notre étude avant de passer la parole à nos interlocuteurs.

1.2 Les entretiens réalisés

Nous avons mené douze (12) entretiens semi-directifs. Huit (8) entretiens se sont tenus avec les acteurs institutionnels de la prévention et quatre (4) avec les acteurs communautaires de la communication de prévention. Nous avons choisi d'interroger ces acteurs afin d'analyser les mécanismes opérationnels des actions de communication de prévention, notamment, en ce qui concerne le rôle des acteurs clés, les canaux de diffusion et les messages des campagnes de sensibilisation. Le récapitulatif des personnes interviewées figure dans le tableau ci-après (Tableau 4). Pour des considérations éthiques, et, conformément à la volonté des interviewés, leur identité a été préservée. La durée moyenne des entretiens est d'une heure.

Tableau 4: Récapitulatif des entretiens réalisés

Statuts	Structures	Prise de service	Fonctions
*Sous-Directeur Responsable de service	Direction de la santé communautaire et de la médecine préventive	2012	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborer la politique de santé qui sera mise en application au niveau de la périphérie par les directeurs départementaux de la santé et les directeurs régionaux de la santé qui travaillent en collaboration avec les programmes de prévention. - Chargé de la coordination des programmes de santé jusqu'en 2016. - Coordonner les activités des Agents de Santé Communautaires (ASC).
*Médecin, Chirurgien-dentiste, spécialiste en santé publique Chargé de communication	Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLTA) / information éducation communication	2009	- Initier et animer des campagnes de sensibilisation contre le tabac et les addictions, facteur transversal des maladies chroniques.
*Médecin spécialiste en oncologie médicale et chirurgicale Technicien de la santé	service de cancérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville	2002	-Assurer la prise en charge thérapeutique des patients. Participer aux actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.
*Médecin spécialiste en oncologie médicale, Chargé de	Programme National de Lutte contre le	2008	-Initier et animer des campagnes de sensibilisation

communication	Cancer (PNLCA)		contre le cancer.
*Infirmier spécialiste, Responsable de service	La direction des ONG	2014	-Chargé de la coordination et de la supervision des actions des Organisations Non Gouvernementales de la santé
*Médecin spécialiste en diabétologie, Chargé de communication	Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et le Programme National de Prévention des maladies Non transmissibles / service information communication	2008	-Chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de prévention des maladies métaboliques et des maladies non transmissibles. -Initier et animer des campagnes de sensibilisation et des séances de formation des médecins généralistes et du personnel de santé sur le diabète et l'hypertension artérielle.
**Volontaire	ONG WILIC International	2011	-Participer à la prévention, à la lutte contre le cancer, du sein, du col de l'utérus et de la prostate ; -Initier et animer des campagnes de sensibilisation et de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et de la prostate.
**Praticienne de médecine traditionnelle non spiritualiste	GEHME la maison des plantes	2010	-Prévenir, soigner et guérir toutes les pathologies à travers la fabrication et la prescription de remèdes à base de plantes médicinales.

			-Initier et animer des actions de promotion des produits.
* ⁴⁸⁴ Assistant technique chargé de l'identification, de la formation des conseils et de l'encadrement des tradipraticiens Technicien de la santé	Programme national de promotion de la médecine traditionnelle	2006	-Charger de l'organisation, de la coordination, de la réglementation du suivi des activités de promotion de la Médecine Traditionnelle et de la Pharmacopée ivoirienne.
**Guérisseuse traditionnelle spiritualiste	-	2011	-Prévenir, guérir et soigner toutes les maladies du corps et de l'âme par le biais des esprits, des plantes, des sacrifices et des rituels.
*Médecin spécialiste en diabétologie, Chargé de communication	Programme National de Nutrition (PNN)	2011	-Charger de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de nutrition en direction uniquement des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans.
** ⁴⁸⁵ Administrateur	Association Ivoirienne de Lutte contre le Cancer (AILC)	2011	-Participer à la prévention, à la lutte contre le cancer du sein et du col de l'utérus ; -Initier et animer des campagnes de sensibilisation et de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

⁴⁸⁴ *Acteur institutionnel de la prévention

⁴⁸⁵ ** Acteur communautaire de la prévention

Les acteurs institutionnels de la prévention sont les cadres exerçant dans les directions centrales, les programmes de prévention et les Établissements Publics Nationaux (EPN) de santé créés par l'État en vue de la prévention des maladies chroniques. Il s'agit de :

- La direction de la santé communautaire et de la médecine préventive ;
- Programme National de Lutte contre le Tabac (PNLTA) ;
- Le service de cancérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville ;
- Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA) ;
- La direction des ONG ;
- Programme National de Prévention contre les Maladies Métaboliques et du Programme National de Prévention des maladies Non transmissibles (PNLMM/PNPMNT)
- Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT)
- Programme National de Nutrition (PNN).

Les acteurs communautaires sont représentés par deux ONG de lutte contre le cancer que sont l'Association Ivoirienne de Lutte Contre le Cancer (AILC) et WILIC International. Ces ONG ont été choisies à la suite de l'entretien avec la direction des ONG et la consultation des rapports d'activités de ladite direction⁴⁸⁶. Ces documents indiquaient que les deux ONG mentionnées font partie de celles qui mènent des actions de lutte contre le cancer.

Pour ce qui est des praticiens de médecine traditionnelle, les deux représentantes sélectionnées correspondent aux différentes catégories existantes en Côte d'Ivoire. En effet, comme nous l'avons mentionné dans la deuxième partie de notre mémoire, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle distingue deux grandes catégories de praticiens de médecine traditionnelle (PNPMT, 2014)⁴⁸⁷. Il s'agit des non spiritualistes qui font référence aux praticiens qui utilisent les plantes dans la thérapeutique et des spiritualistes qui, en plus d'utiliser les plantes, pratiquent des rituels et des sacrifices.

1.3 L'analyse des entretiens

L'analyse des entretiens s'est réalisée en trois étapes.

⁴⁸⁷ Programme national de promotion de la médecine traditionnelle, « Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle », Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA, 2014.

La première étape a consisté en la retranscription par écrit de tous les entretiens pendant la période de l'enquête, soit de décembre 2019 à août 2020. Pour préserver la confidentialité de l'identité des interviewés, des codes ont été attribués à chaque entretien.

Dans la deuxième étape, nous avons procédé à une lecture afin de déceler les éventuelles réponses qui ne seraient pas en rapport avec les questions posées.

Dans la troisième étape, puisque nous avons choisi une analyse thématique qui résulte de nos hypothèses, nous avons donc décliné trois thèmes. A savoir : la politisation de la prévention, les dispositifs info-communicationnels institutionnels de l'information et les formes de résistances des populations. C'est donc en fonction de ces thèmes que nous avons catégorisé nos réponses.

Les entretiens nous ont permis de saisir dans une certaine mesure, les « tractations » politiques et stratégiques que sous-tendent l'action publique en matière de communication de prévention en Côte d'Ivoire. Toutefois, dans le but de comprendre les raisons du dépistage tardif, nous nous sommes également intéressée à l'opinion de certains publics pour lesquels ces campagnes sont organisées, à savoir les malades du cancer. Ainsi, l'enquête par questionnaire constitue le second outil de collecte que nous avons utilisé.

2 L'enquête par questionnaire

L'enquête au moyen d'un questionnaire revient à interroger des individus par le biais d'un support écrit, des questions concernant des thématiques définies par le chercheur afin de recueillir leurs avis et les informations qu'ils ont à cet effet. L'enquête par questionnaire requiert des réponses écrites (N'da, 2015)⁴⁸⁸.

Notre questionnaire (Annexe 7) est fondé sur le modèle d'analyse KABP (knowledge, attitudes, beliefs and practices) découlant de la théorie Health Belief Model et certaines de nos questions sont issues du questionnaire du rapport d'étude sur les discours médiatiques du cancer en France de 2000 à 2005 (Romeyer, 2008)⁴⁸⁹. Le modèle d'analyse KABP est une approche empirique recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé destiné à saisir les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des individus vis-à-vis d'une question sociale (maladie,

⁴⁸⁸ Paul N'da, *op. cit.*

⁴⁸⁹ Hélène Romeyer, *Les discours médiatiques du cancer en France (2000 et 2005)*, Rapport de recherche, GRESEC, 2008, 74 p.

risque). Selon l’OMS, il permet de déceler les obstacles liés à l’adoption des comportements de santé afin d’élaborer des politiques et des recommandations plus adaptées aux individus.

Il est composé de cinq grandes rubriques en dehors des renseignements sociodémographiques. Il s’agit, des connaissances (I), des attitudes (II) des pratiques des malades atteints du cancer (III) mais aussi de la communication autour du cancer (IV) et de l’organisation de la communication de prévention (V). Le questionnaire définitif a été adopté après une phase de pré-test.

Les caractéristiques sociodémographiques font référence à une série de variables, entre autres, le sexe, l’âge, le niveau d’étude, la profession, la pathologie et le lieu d’habitation. Dans notre questionnaire, le lieu d’habitation a été répertorié conformément à la carte sanitaire de la Côte d’Ivoire qui figure dans la deuxième partie de notre mémoire (Figure 6).

Notre questionnaire est composé de vingt-deux (22) questions fermées et une (1) question ouverte. Parmi les questions fermées sept (7) sont dichotomiques, six (6) ont une seule possibilité de réponse parmi une série d’items et neuf (9) sont à choix multiples avec plusieurs modalités de réponses. Pour des considérations éthiques, les personnes interrogées ont été incluses après avoir exprimé leur consentement éclairé, libre et verbal.

Notre questionnaire a été administré par nous auprès des malades. Les critères d’inclusion étaient :

- Les personnes des deux (2) sexes ;
- Les patients âgés de 18 ans et plus ;
- Les malades avec un cancer diagnostiqué en 2018 parmi les cancers bénéficiant de campagne de sensibilisation en Côte d’Ivoire (sein, col de l’utérus, prostate, foie, poumon, colorectal).

Ces derniers ont été sollicités au sein du service de cancérologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville à Abidjan de décembre 2019 à mai 2020. Avant l’administration de notre questionnaire, nous avons rappelé oralement l’objectif de notre étude avant de commencer à poser les questions. L’administration du questionnaire ne suivait pas les questions dans l’ordre.

Au demeurant, par le biais de questions ouvertes, nous avons laissé la latitude aux enquêtés de s’exprimer librement sur la question du cancer afin de saisir certains points intéressants pour nous et qui n’auraient pas été pris en compte dans l’élaboration du questionnaire.

Les critères de non inclusion étaient :

- Les personnes de moins de 18 ans ;
- Les patients avec un cancer diagnostiqué avant 2018 ;
- Les malades répondant aux critères d'inclusion et qui ont refusé de participer à l'enquête (les patients non consentants).

2.1 Les raisons du choix de l'enquête par questionnaire

Le choix de ce type d'outil de recueil de données trouve sa justification dans le fait que nous avons voulu saisir la réception des messages de prévention.

Nous avons décidé d'interroger les malades atteints de cancers afin de saisir au mieux l'opinion des individus et de comprendre les motifs qui sous-tendent la réaction des publics par rapport aux messages de sensibilisation afin de comprendre pourquoi la majorité des cancers en Côte d'Ivoire soit, 80%, sont décelés à un stade avancé (N'da et al, 2015)⁴⁹⁰.

Nous avons choisi la technique d'échantillonnage représentatif afin de saisir au mieux l'opinion de notre population témoin sur la thématique du cancer. En effet, l'échantillon représentatif constitue dans une certaine mesure une « réplique en miniature » de la population concernée par l'étude avec ses différentes particularités (N'da, 2015)⁴⁹¹.

Il est important de noter qu'en raison de l'organisation des campagnes de sensibilisation qui se tiennent de façon éparse sur l'étendue du territoire, une fois dans l'année, il serait pour nous difficile de constituer un échantillon de population saine ayant entendu parler des campagnes de sensibilisation sur le cancer afin de recueillir leur avis sur les actions de prévention.

En Côte d'Ivoire, le nombre de nouveaux cas de malades atteints de cancer pour l'année 2018 est de quatorze mille quatre cent quatre-vingt-quatre (14 484)⁴⁹² personnes. Parmi ces cas, huit mille six cent cinquante-un (8651) correspondent aux cancers qui bénéficient de campagnes de prévention. Avec une marge d'erreur α à 5% et une proportion de réponse de 50%, nous avons estimé à trois cent soixante-neuf (369) patients le nombre de sujets nécessaire selon la formule suivante (Rea et Parker, 2014)⁴⁹³:

⁴⁹⁰ N'da, Ayemou et Adoubi, *op. cit.*

⁴⁹¹ Paul N'da, *op. cit.*, p. 101.

⁴⁹² International Agency for Research on Cancer, *op. cit.*

⁴⁹³ Louis M. Rea et Richard A. Parker, *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*, 4e, United State of America, Jossey-Bass, 2014, 353 p.

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p) \times N}{t^2 \times p(1-p) + (N-1) \times y^2}$$

n :la taille de l'échantillon ;

N :la taille de la population source soit 8651 nouveaux cas

p :la proportion attendue d'une réponse de la population ou proportion réelle. Aucune autre étude n'a été réalisée, nous l'avons alors estimée à 0,5 par défaut

y= la marge d'erreur (α) est à 0,05 et $t = (z_{\alpha/2})$: 1, 96

Notre enquête portera donc sur trois cent soixante-neuf (369) malades recrutés au sein du service de cancérologie du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Treichville en Côte d'Ivoire. Après que nous avons été introduite auprès des patients par le médecin, l'administration du questionnaire se déroulait sans la présence du médecin afin d'établir une relation de confiance et que le patient puisse s'exprimer librement. L'entretien durait en moyenne 1 heure 30 minutes et pouvait atteindre 2 heures 30 minutes dans certains cas liés à la détresse des maladies. Pour trois cent soixante-neuf (369) personnes interrogées, cela représente environ trente-trois mille deux cent dix (33 210) minutes soit cinq cent cinquante-trois virgule cinq (553,5) heures en moyenne pour 1 heure 30 minutes d'entretien en moyenne par personne. En effet, les personnes interrogées insistaient pour partager avec nous leur expérience et leurs peurs face à la maladie. Il arrivait souvent qu'elles nous fassent part de certaines informations qu'elles avaient refusé de fournir aux médecins, surtout en ce qui concerne l'utilisation de remèdes traditionnels avant la consultation à l'hôpital et même de façon concomitante avec leur traitement médical.

2.2 L'analyse des données de l'enquête

L'analyse quantitative des données revient à analyser statistiquement les données. Dans le cadre de notre étude, nous avons utilisé la statistique descriptive qui consiste à affecter des fréquences au niveau des variables que sont le sexe, l'âge, le niveau d'étude, la profession, le lieu de résidence. Le logiciel SphinxPlus.V5. TuiTe nous a permis de dépouiller les réponses aux questions (Figure 15).

Figure 15: L'environnement du logiciel SphinxPlus.V5.TuiTe
(Source : Capture d'écran du dépouillement de notre enquête)



La confidentialité des données du questionnaire a été assurée par l'attribution d'un numéro d'anonymat à chaque fiche d'enquête. Le logiciel SphinxPlus.V5. TuiTe sert à analyser les enquêtes en traitant les données, quelle que soit leur nature, quantitative ou qualitative. Il est structuré en trois parties correspondant aux trois stades logiques de toute enquête. La première partie : « Elaboration du questionnaire » est relative à la rédaction et à l'organisation des questions. La deuxième partie « Collecte des réponses » concerne la collecte de toutes les données de l'enquête avec la saisie des réponses, leur gestion et leur consultation.

Pour ce qui est de la troisième partie, « Traitement et analyse », elle permet le dépouillement automatique des résultats, l'analyse des données (tris à plat et tris croisés) et la préparation de tableaux de bord, que nous avons exportés vers le logiciel « EXCEL » de Microsoft office 2016 afin de réaliser des graphiques. La fonction « étudier les textes » a été mise à contribution afin d'analyser les réponses à la question ouverte de notre questionnaire relative aux suggestions des enquêtés afin d'améliorer la prévention.

2.3 Les caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Les données sociodémographiques collectées chez les enquêtés concernent le sexe, l'âge, la pathologie, le niveau d'étude, la profession et le lieu d'habitation.

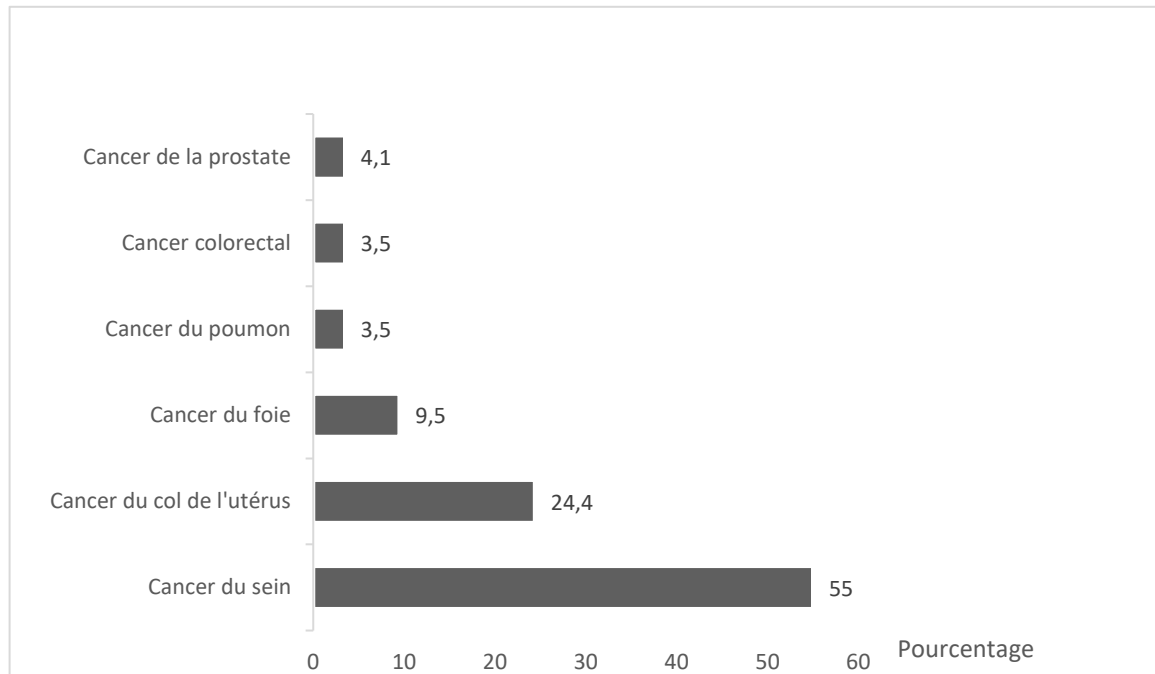
2.3.1 Le sexe

Les personnes interrogées étaient au nombre de 369. On dénombre 86% de femmes et 14% hommes. La prédominance des femmes se justifie par le fait que la majorité des individus interviewés étaient atteints de cancer féminin comme le cancer du sein et celui du cancer du col de l'utérus. En ce qui concerne les hommes, pour la plupart, ils étaient atteints du cancer colorectal, de la prostate et du foie.

2.3.2 La pathologie

La figure (Figure 16) qui suit retrace la répartition des répondants en fonction de la pathologie.

Figure 16: Répartition des répondants selon leur pathologie (Enquête 2020)

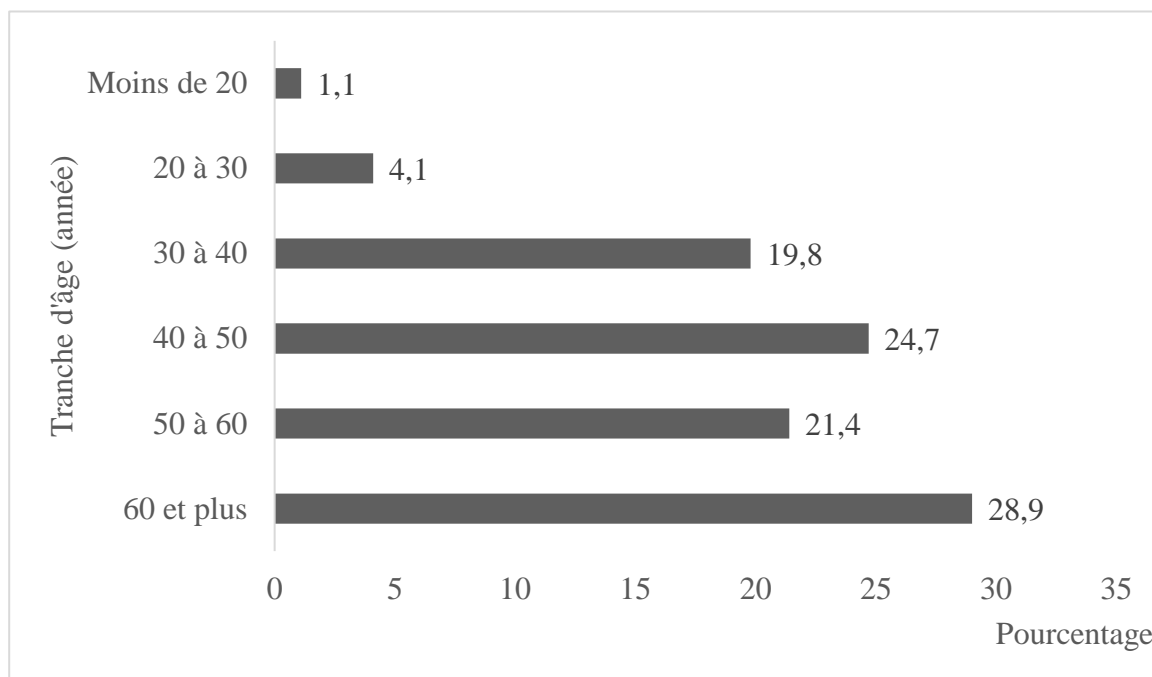


Notre échantillon est composé de 55% de personnes atteintes de cancer du sein, 24,4% de malades du cancer du col de l'utérus et 9,5% de patients atteints de cancer du foie. Les malades atteints de cancer de la prostate correspondent à 4,1% de notre échantillon. Les malades du cancer colorectal et du cancer du poumon représentent chacun 3,5%. Les cancers du sein et de l'utérus représentent en Côte d'Ivoire 30,8% des cancers en général et plus de la moitié des cancers qui font l'objet de campagnes de prévention (Globocan, 2018)⁴⁹⁴.

2.3.2 L'âge

La répartition selon l'âge de la population étudiée est résumée dans la figure ci-dessous (Figure 17).

⁴⁹⁴ International Agency for Research on Cancer, *op. cit.*

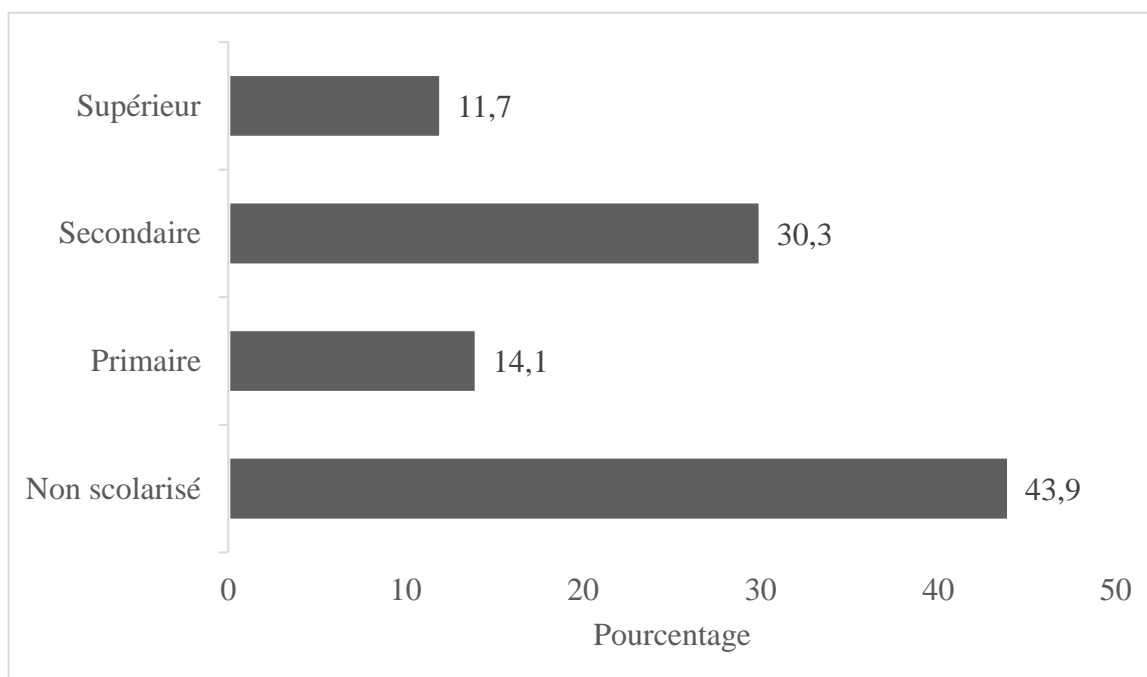
Figure 17: Répartition des répondants par tranche d'âge (Enquête 2020)

L'âge minimal est de 18 ans. Quant à l'âge maximal, il est de 90 ans. 28,9%, déclarent être de la tranche d'âge de 60 ans et plus. 24,7%, se situent dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans. Dans la tranche d'âge de 50 à 60 ans, on dénombre 21,4%. 19,8% d'entre eux ont entre 30 et 40 ans, 4,1% appartiennent à la tranche d'âge de 20 à 30 ans et 1,1% ont moins de 20 ans. La moyenne d'âge des répondants est de 50,27 ans, la médiane est de 50 ans. Ce chiffre correspond avec la littérature biomédicale selon laquelle, la moyenne d'âge des personnes atteintes de cancer est de 50 ans⁴⁹⁵.

2.3.3 Le niveau d'étude

La figure suivante retrace la répartition des répondants en fonction du niveau d'étude (Figure 18).

⁴⁹⁵ Le Centre international de Recherche sur le Cancer OMS, « Dernières données mondiales sur le cancer », 2018.

Figure 18: Répartition des répondants selon le niveau d'étude (Enquête 2020)

En ce qui concerne le niveau de scolarisation dans la population étudiée, 43,9% des répondants n'ont jamais été à l'école. 14,1% ont suivi le cycle primaire, contre 30,3% pour le cycle secondaire et 11,7% pour le cycle supérieur.

2.3.4 Le lieu de résidence

Les différentes régions qui figurent dans le tableau ci-après sont issues de la carte sanitaire (Figure 6)⁴⁹⁶de la Côte d'Ivoire (Tableau 5).

⁴⁹⁶ La carte sanitaire 2017 de la Côte d'Ivoire figure dans la deuxième partie de notre mémoire au chapitre 3.

Tableau 5: Répartition des enquêtés selon le lieu de résidence

Lieu de résidence		
	Nombre	Pourcentage
Abidjan 1-Grands ponts, Abidjan 2	266	72,1
Sud-Comoé	20	5,4
Loh-Djiboua	15	4,1
Bélier	14	3,8
Haut Sassandra	13	3,5
Gbeké	11	3,0
Marahoué	11	3,0
Tonpki	6	1,6
Boukani-Gontougo	4	1,1
Kabadougou- Bafing-Folon	3	0,8
Porro-Tchologo-Bagoué	3	0,8
Worodougou-Béré	3	0,8
Total	369	100

La majorité des répondants soit 72,1%, proviennent de la région d'Abidjan, c'est-à-dire la capitale économique. Nous avons ensuite la région du Sud-Comoé avec 5,4%. Notons que la région du Sud-Comoé jouxte la capitale économique. Les autres répondants, soit 22,5% proviennent des autres régions de la Côte d'Ivoire.

La plupart des enquêtés résident dans la capitale économique et dans ses périphéries. Ce critère a été retenu ici parce que nous voulons faire une comparaison entre le lieu d'habitation et le souvenir d'une campagne d'une part. D'autre part nous voulons également montrer le lien avec la situation socio-professionnelle, puisque dans la capitale, les individus occupent de meilleures situations socio-économiques dans une certaine mesure, ce qui fait qu'ils sont aussi mieux informés. Il s'agissait également d'appréhender le degré de couverture médiatique de la communication de prévention sur les maladies chroniques.

2.3.5 La profession

Le tableau ci-dessous retrace les professions de la population étudiée (Tableau 6).

Tableau 6: Répartition des répondants selon la profession

Profession		
	nombre	pourcentage
Sans emploi	147	39,8
Informel ou emplois précaires ⁴⁹⁷	113	30,6
Administration	37	10,1
Enseignement	19	5,1
Retraité	17	4,6
Agriculture	13	3,5
Santé	12	3,3
Etudiant/ Elève	7	2,0
Sécurité	2	0,5
Religieux	2	0,5
	369	100

La majorité des enquêtés, soit 39,8% sont sans emploi. 30,6%, exercent dans le secteur informel caractérisé par des revenus instables (INS,2016)⁴⁹⁸. 10,1% travaillent dans l'administration. Les enseignants correspondent à 5,1% des répondants. On dénombre également 4,6 % de retraités et 3,5% d'agriculteurs. Les agents de santé et les étudiants représentent respectivement 3,3% et 2%. Pour finir les agents de sécurité et les religieux ont des taux respectifs de 0,5%.

⁴⁹⁷ Le secteur informel désigne toutes les activités qui n'ont pas de Déclaration fiscale d'Existence (DFE). Les revenus de ces activités sont bas et sont destinés à la couverture des besoins de subsistance de base. Il représente 89,4% de l'emploi en Côte d'Ivoire avec 44% de femmes.

⁴⁹⁸ Institut National de la Statistique, Agence Emploi Jeunes et Direction Générale de l'Emploi, « Enquête Nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel », 2016.

L'enquête au moyen d'un questionnaire nous a permis de connaître les points de vue des malades du cancer sur la communication de prévention et d'appréhender dans une certaine mesure, les éventuelles insuffisances des dispositifs info-communicationnels de la prévention. Dans cette dynamique, et dans le but de saisir la réception des messages chez une autre catégorie de public en dehors des souffrants du cancer, nous avons également pris en compte le contenu des échanges d'un groupe de discussion sur Facebook dédié à la médecine traditionnelle, Guérison à travers les plantes (Recettes Maison). A cet effet, le troisième outil de notre collecte de données est l'analyse de contenu.

3 L'analyse de contenu des forums en ligne

Internet a changé considérablement la donne en matière d'information en santé (Kivits et al, 2009)⁴⁹⁹. Selon les auteures, ces changements ont eu pour effet, plusieurs répercussions tant au niveau des institutions publiques, des chercheurs, des populations, que de l'information de santé elle-même. En ce qui concerne, les communautés scientifiques, internet a modifié les pratiques, les habitudes ainsi que les axes de la recherche. Corrélativement, on assiste à une multiplication de la production de l'information de santé provenant de différentes sources qu'elles soient officielles ou non. La facilité d'accès à l'information a permis la création de communautés d'entraide de patients, la naissance d'une nouvelle forme d'experts tirant leur légitimité de leur vécu (Méadel, 2020)⁵⁰⁰ et a modifié la relation patient-soignant (Levy et Thoër, 2013)⁵⁰¹. Les groupes de discussion offrent ainsi un espace d'échanges et aussi d'étude.

L'analyse de contenu concerne les données issues d'un groupe de discussion sur la médecine traditionnelle. Ce groupe appartient au médical social Facebook. Il constitue par conséquent une source d'information « particulière » du fait que ce sont les intervenants, qu'ils soient médecins ou non, qui produisent l'information (Paganelli et Clavier, 2011)⁵⁰². Dans ce groupe

⁴⁹⁹ Joëlle Kivits, Catherine Lavielle et Christine Thoër, « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux », *Santé Publique*, vol. 21 / hs2, 2009, p. 5-12.

⁵⁰⁰ Cécile Méadel, « Internauts-patients, une aventure collective », in *Les nouveaux territoires de la santé*, Londres, ISTE éditions, 2020, (« Série l'Information dans la santé », vol. 3), p. 115-130.

⁵⁰¹ Joseph J. Lévy et Christine Thoër, « Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication. Présentation », *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 2013, p. i-iv.

⁵⁰² Céline Paganelli et Clavier Viviane, *op. cit.*

d'échanges, grâce à l'outil Facebook insight, nous avons pu connaître les pays de résidence des différents abonnés. Le récapitulatif des lieux de résidence par continent est indiqué dans le tableau ci-dessous (Tableau 7).

Tableau 7: Répartition des membres du groupe de discussion par continent

Continent	Membres	Pourcentage
Afrique	1 723 501	94,2
Europe	65 861	3,6
Amérique	33 741	1,8
Asie	5 365	0,3
Océanie	1 940	0,1
Total	1 830 408	100

La majorité des utilisateurs du groupe de discussion résident sur le continent africain soit 94,2%, contre 3,6% pour l'Europe. 1,8% pour l'Amérique, 0,3% au niveau de l'Asie et 0,1% pour l'Océanie. Nous pouvons donc affirmer que la plupart des échanges ont lieu entre des africains. Parmi ces pays de l'Afrique, La Côte d'Ivoire au 18 novembre 2020, était le quatrième sur 99 pays qui comptait le plus d'abonnés à ce groupe de discussion avec 198 393 membres soit 11,51% des utilisateurs du continent africain et du 10,84% du nombre total de membres. Le détail des pays de résidence des membres est retracé en annexe 7.

3.1 Le choix de l'analyse de contenu

Nous avons choisi cette technique de recherche, parce que nous avons voulu saisir la réception des messages de prévention à travers l'analyse de l'information échangée dans ce groupe de discussion. Nous avons voulu également, dans la continuité des travaux de Viviane Clavier et Céline Paganelli (2014)⁵⁰³, appréhender la place de l'autorité médicale dans les propos des internautes et observer si cette autorité renvoie à la médecine traditionnelle ou conventionnelle. Le choix de ce groupe s'est déroulé en deux étapes. Tout d'abord, sur la plateforme Facebook, nous avons d'abord recherché les groupes consacrés à la thématique de la santé qui proposent des solutions alternatives à la médecine conventionnelle, notamment la médecine traditionnelle

⁵⁰³ Céline Paganelli et Viviane Clavier, *op. cit.*

et qui ont cours en Côte d'Ivoire. Dans notre recherche, nous avons dénombré deux groupes. Il s'agit des groupes de discussion « Astuces Santé et Vie Naturelles » et « Guérison à travers les plantes (Recettes MAISONS) ».

Nous nous sommes ensuite inscrite aux deux forums d'échanges afin d'observer le flux d'informations. Cette étape visait à connaître notre terrain avant d'opérer notre choix. Après cette étape, nous avons choisi de retenir le forum « Guérison à travers les plantes (Recettes MAISONS) » pour notre étude. Les raisons qui sous-tendent ce choix sont le caractère public du groupe, la charte, le nombre des abonnés, le taux d'interactions à savoir le nombre de messages. Contrairement à « Astuces Santé et Vie Naturelles », groupe privé qui a été créé le 17 avril 2017 et qui comptait six cent vingt mille sept cent quatre-vingt-deux (620 782) membres, Guérison à travers les plantes (Recettes MAISONS) est un groupe de discussion public qui a été créé le 2 juin 2019. Dans ce forum consacré à la médecine traditionnelle, il est interdit d'employer certains thèmes à l'exemple de « va à l'hôpital » (Annexe 8: la liste des mots clés d'alerte du groupe). Avec une audience qui au 16 novembre 2020 s'élevait à un million huit cent trente-quatre mille huit cent cinquante-un (1 834 851) membres après à peine un an d'existence. Ce groupe enregistre des interactions élevées qui nous permettaient de pouvoir identifier des fils de discussions assez fournis sur la thématique des maladies chroniques.

Les meilleurs fils de discussion phares enregistrent en moyenne cent (100) commentaires. A cet effet, l'outil « Facebook insights » a été mobilisé dans le but d'obtenir les statistiques de ce groupe de discussion, à savoir, la moyenne des messages sur une période donnée, le taux d'interactions, le taux de croissance et les meilleurs messages, notamment ceux ayant obtenu le plus de commentaires.

3.2 Les considérations éthiques

A la différence des pays occidentaux comme le Canada ou la France, il n'existe pas en Côte d'Ivoire un comité d'éthique chargé de la recherche en ligne où nous pourrions solliciter une autorisation de recherche avant d'exploiter le contenu d'un groupe de discussion en ligne. Toutefois, même si cette structure existait, l'objectif de notre projet nous exempte de cette

obligation. Ainsi, Christine Thoër (2012)⁵⁰⁴ indique que « le caractère non intrusif de la recherche » peut être un motif suffisant pour dispenser le chercheur d'obtenir une autorisation préalable du comité d'éthique avant de procéder à l'analyse du contenu d'internet. La notion de caractère intrusif fait référence au fait qu'il n'y a pas d'échanges entre le chercheur et les participants à un groupe de discussion.

Dans notre démarche, la mobilisation de ce type de corpus a consisté uniquement au prélèvement et à l'analyse de fils de discussion.

En ce qui concerne le caractère public ou privé des échanges, l'auteure mentionne certaines conditions qui pourraient amener le chercheur à s'interroger sur le caractère sensible des données (Thoër et al, 2012)⁵⁰⁵. Cela concerne notamment plusieurs cas de figure. Il s'agit, notamment, du fait que l'accès au contenu du groupe soit conditionné par une inscription préalable, du nombre réduit des abonnés, la nature « intime » des informations échangées, la « vulnérabilité » des usagers ou encore la charte du groupe qui indiquerait que les chercheurs ne sont pas acceptés au sein du groupe (Thoër et al, 2012)⁵⁰⁶. Tout ceci peut amener le chercheur à demander l'autorisation des participants avant de procéder à son étude.

A cet effet, certains auteurs recommandent de publier un message sur le forum précisant les objectifs de la recherche. Sur cette question, les avis restent partagés. En effet, pour Madeleine Pastinelli (2011)⁵⁰⁷, la condition d'inscription préalable à un forum ne constitue pas un critère suffisant pour conclure au caractère privé des échanges. Pour l'auteure, il peut arriver que le contenu des forums publics puisse relever de la sphère privée tout comme le contenu de forums privés peut être qualifié de public. Dans tous les cas, il convient de parcourir le contenu du forum au préalable avant de procéder au prélèvement des fils de discussion qui feront l'objet d'analyse (Thoër et al, 2012)⁵⁰⁸.

⁵⁰⁴ Christine Thoër, Florence Millerand, David Myles, [et al.], « Enjeux éthiques de la recherche sur les forums Internet portant sur l'utilisation des médicaments à des fins non médicales », *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, 2012, p. 1-22, p. 5.

⁵⁰⁵ *Ibidem*.

⁵⁰⁶ *Ibidem*, p. 6 et 13.

⁵⁰⁷ Madeleine Pastinelli, « Pour en finir avec l'ethnographie du virtuel! Des enjeux méthodologiques de l'enquête de terrain en ligne », *Anthropologie et sociétés*, vol. 35 / 1-2, Département d'anthropologie de l'Université Laval, 2011, p. 35-52.

⁵⁰⁸ Christine Thoër [et al.], *op. cit.*

Dans notre investigation du groupe de discussion, en raison de certains éléments nous n'avons pas jugé nécessaire de solliciter le consentement des participants, bien que l'accès au forum soit conditionné par une inscription préalable, ce qui peut sous-entendre que le forum est privé. Ces éléments sont relatifs au fait que, d'emblée, les messages ont un caractère public. Ils sont accessibles à tout utilisateur de l'outil Facebook, qu'ils soient inscrits ou non dans le groupe. Ensuite, la moyenne d'âge des participants est de trente-neuf (39) ans. On peut alors supposer qu'il s'agit, d'échanges entre adultes responsables. Enfin, nous avons également constaté un nombre important d'abonnés qui avoisine près de deux (2) millions de membres et relevé le fait qu'aucun élément de la politique d'administration ne mentionne l'interdiction des chercheurs. Toutefois, nous avons tout de même sollicité le consentement des modérateurs et avons obtenu l'accord de l'administrateur principal avant de procéder à l'analyse des fils de discussion. En effet, pour Monica Barratt et Simon Lenton (2010)⁵⁰⁹, le fait d'obtenir le consentement du modérateur ou de l'administrateur d'un groupe constitue un critère suffisant pour procéder à l'analyse du corpus et répond également à un souci de transparence et d'éthique dans la collecte des données.

Nous avons également préservé l'identité des usagers du groupe, de sorte que ces derniers ne puissent pas être identifiés. A cet effet, Christine Thoër (2012)⁵¹⁰ souligne l'importance du fait qu'il revient au chercheur de veiller à ce que la publication des résultats issus des travaux ne permette pas d'identifier des individus en particulier.

3.3 Le fonctionnement du groupe de discussion

Le fonctionnement du groupe était assuré par vingt-un (21) administrateurs et modérateurs. Le nombre de membres actifs au 17 novembre 2020 était estimé à un million huit cent trente-un mille six cent quatre-vingt-un (1 831 681) membres⁵¹¹. La proportion des femmes était de sept cent douze mille six cent soixante-huit (712 668) membres, soit 38,80%. Celle des hommes représentait 61,20% avec un million cent dix-neuf mille treize (1 119 013) personnes. Le code

⁵⁰⁹ Monica Barratt et Simon Lenton, « Beyond recruitment? Participatory online research with people who use drugs », *International Journal of Internet Research Ethics*, vol. 3 / 1, Center for Information Policy Research, School of Information Studies, 2010, p. 69-86.

⁵¹⁰ Christine Thoër[et al.], *op. cit.*

⁵¹¹ Source : données issues de l'outil *Facebook insights* exécuté par nous, le 17 novembre 2020.

de bonne conduite est régi par une charte se déclinant en cinq (5) points, à savoir, l'amabilité et la courtoisie, l'abstention de moqueries et d'injures, l'interdiction de prescriptions médicales, l'absence de publicité et l'interdiction de vente de tout produit. Pour veiller au respect de la charte, une liste des mots clés d'alertes est intégrée aux paramètres pour permettre aux modérateurs de recadrer les échanges. Toutefois, ce contrôle est difficilement réalisable à cause du fort taux d'interactions. Au demeurant, dans le but d'obtenir les informations nécessaires à notre étude du groupe, nous avons contacté l'administrateur principal par écrit à travers « messenger ». Après échanges, ce dernier a consenti à partager avec nous sa fonction, en nous donnant accès à l'administration du groupe pendant 20 (vingt) minutes afin que nous puissions récolter les différentes statistiques et certaines informations auxquelles nous n'avions pas accès en tant que simple membre. Pendant notre bref exercice de la fonction d'administrateur, nous avons enregistré mille quatre cent cinquante (1450) alertes de violation des règles. Le contrôle est donc réalisé a posteriori de deux manières. Le premier a lieu à la suite d'analyse des messages par les administrateurs ou modérateurs. Le second s'effectue après que certains usagers aient signalé des propos jugés inappropriés. Les fautifs sont exclus du groupe. Cette sanction se traduit par les messages des administrateurs délivrés avec l'image des profils mis en cause et comportant une note explicative afin de dissuader les éventuels récalcitrants. La matérialité de ces exclusions s'illustre de différentes manières.

« Les profils ci-dessous ont été supprimés en raison du non respect de la charte merci de signaler tout contrevenant afin qu'ils soient bloqués immédiatement. »

Ou encore

« L'administration et son fondateur informent tous les membres que ce profil ci-dessous est un arnaqueur. Merci pour votre compréhension. »

On peut donc lire sur le forum plusieurs messages qui traduisent le contrôle réalisé en aval par les administrateurs et les modérateurs.

3.4 Le traitement des informations collectées

L'analyse porte sur les informations collectées dans ce groupe de discussion en ligne. Elle s'est faite en deux étapes, à savoir, le prétraitement et le traitement.

3.4.1 Le prétraitement des informations collectées

Tout d'abord, nous avons enregistré les trois fils de discussion retenus au format PDF afin de conserver l'originalité et la chronologie des échanges. Puis, nous les avons convertis au format Word parce que le format texte a pour avantage d'exclure les publicités éventuelles des pages web. Nous avons enfin supprimé de façon manuelle toutes les coquilles présentes dans le document à la suite de la conversion. Nous avons obtenu ainsi cinquante-cinq (55) pages de

texte à l'image de l'illustration ci-dessous (Figure 19).


Figure 19: Extrait N° 1 - fil de discussion sur le cancer « Guérison à travers les plantes (Recettes Maisons) »


Fil de discussion 2


16 août 2020 - 00H09 mn


Coccinelle blanche1 :
Remède contre le cancer du col rectal d'un jeune homme de 24ans s'il vous plaît aidez nous on a tout fait des chimiothérapies en v

217 Likes 117 commentaires 18 partages


Papillon_blancl :
Feuille de corossol a prépare et faire boire arrêté la consommation excessive de sucre
J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 - 08H44 mn 

Coccinelle_bleul :
Arrêté tout consommation de sucre
J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 - 07H52 mn 

Coccinelle_rouge1:
Qu'il consomme beaucoup de manioc
J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 - 13H17 mn 

Coccinelle_rose1 :
Consommer du corossol fruit et bouillir ses feuilles prendre comme tisane matin et soir, bouillir aubergines sauvage ds 5l d'eau purifier, prendre un verre matin et soir sans interruption jusqu'à ce que ait changement.
J'aime · Répondre · Partager · Modifié · 16 août 2020 - 13H37mn 

Coccinelle_rose2:
C'est ça m'a belle



J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 - 19H38mn

Coccinelle_rose3 :
C'est vert avec un pt goût d'aigreur
J'aime · Répondre · Partager · Modifié · 17 août 2020 - 19H35 mn

Coccinelle_rose4:
Papillon_bleu attend je cherche
J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 - 17H15 mn

Coccinelle_rose5 :
Papillon_bleu pas les feuilles, aubergines sauvages pas le mauve c'est différent
J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 - 17H15mn

3.4.2 L'analyse des informations collectées

L'unité d'analyse retenue ici concerne la typologie des messages. En effet, dans son ouvrage sur l'analyse du contenu, Laurence Bardin (2013)⁵¹² évoque la possibilité pour le chercheur de catégoriser les contributions en fonction des registres définis. Concrètement, il s'agit de déterminer si l'interlocution relève soit d'une demande d'information soit d'une d'information ou encore d'une réclamation afin de déterminer le type d'information prédominant.

A partir des travaux de certains auteurs, entre autres, Viviane Clavier et Céline Paganelli (2010, 2011, 2014, 2018, 2022)⁵¹³, nous avons mené une analyse sur les données issues de ce groupe de discussion dédié à la médecine traditionnelle afin d'appréhender les enjeux de l'information de santé.

3.4.2.1 L'étiquette des messages

Notre effort d'analyse réalise une catégorisation des messages afin de réaliser le bilan des différentes typologies de l'information qui caractérisent les fils de discussion que nous avons prélevé. En réutilisant la méthodologie adoptée par Viviane Clavier et Céline Paganelli (2010), nous avons classé les différentes interventions dans les trois étiquettes de catégories de contenus que les auteures avaient identifiées. Cette méthode permet de caractériser les contenus des fils de discussion du point de vue de l'organisation des connaissances. Elle considère les forums comme des sources d'information et sont consultées par les patients en tant que telles.

Ainsi, la première étiquette « question » concerne les interventions qu'on peut qualifier de requête. Ici, quelle que soit la forme énonciative du message (interrogative ou affirmative), il fait appel à la participation des autres utilisateurs, puisque l'objectif de l'utilisateur est la recherche

⁵¹² Laurence Bardin, *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France, 2013, 296 p., (« Quadrige »), p. 68-69.

⁵¹³ Céline Paganelli et Viviane Clavier, *op. cit.* Viviane Clavier, « Le bon et le bien manger dans les forums de santé. Des ressources pour s'informer sur l'alimentation ? », in *Bien et bon à manger*, Dijon, Edition Universitaire de Dijon, 2018, (« Art archéologie et patrimoine »), p. 24-31. Viviane Clavier et Céline Paganelli, « Organisation des connaissances et études des pratiques informationnelles : contribution à la caractérisation de l'information de santé », in *C. Paganelli Céline et V. Clavier (dir.) Pratiques d'information et connaissances en santé*, ISTE Editions, Londres, 2022, p. Sous presse. Viviane Clavier [et al.], *op. cit.* Céline Paganelli et Clavier Viviane, *op. cit.*

d'informations (Clavier et Paganelli, 2010). La deuxième étiquette « réponse » renvoie aux messages qui apportent soit des éclaircissements aux questions soit des apports d'informations (Clavier et Paganelli, 2010). La troisième étiquette « XY » regroupe tous les messages qui n'appartiennent à aucune catégorie.

Ces étiquettes, « questions », « réponses » et « XY » présentent plusieurs particularités et notre analyse s'emploiera à montrer si les échanges en ligne sont la forme expressive d'une stratégie, soit de déni ou de rejet des discours véhiculés par les dispositifs info-communicationnels institutionnels en matière de prévention des maladies chroniques faisant l'objet de notre étude.

3.4.2.2 La typologie des messages

Dans le but de réaliser une analyse plus fine des messages, nous avons décidé à l'instar de Viviane Clavier et Céline Paganelli (2018, 2010), de ventiler les messages selon leur contenu. Les catégories énumérées par les auteurs figurent dans le récapitulatif ci-après (Tableau 8).

Tableau 8: Items de l'analyse des fils de discussion

Code	Définition
T	Témoignage
IS	Information Scientifique
IP	Information Pratiques
I	Interpellation
C	Conseils

Pour les auteurs, les items précités peuvent être associés aussi bien aux « questions » qu'aux « réponses ».

Si la terminologie « témoignage » fait référence aux messages relatifs au partage d'expérience des usagers par rapport à la maladie, la notion d' « information scientifique », elle, concerne les informations provenant des données de la recherche biomédicale.

Pour ce qui est de l' « information pratique », elle regroupe le contenu des messages mentionnant la consultation d'autres ressources informationnelles.

L' « information conseil », elle, suggère des attitudes à adopter dans la conduite thérapeutique. Pour finir, tous les messages qui renvoient à « une relance ou une prise de contact » sont désignés par le vocable « interpellation »

A partir des items énumérés par les auteures et à la lecture de notre corpus, nous avons identifié d'autres items qui sont mentionnés dans le tableau ci-dessous (Tableau 9).

Tableau 9: Items de l'analyse du contenu des échanges en ligne

Code	Définition
T	Témoignage
IS	Information Scientifique
IRN	Information sur les remèdes naturels
IRM	Information sur les remèdes mystiques
ITC	Information relevant de la théorie de complot
EG	Expression de la gratitude

Notre typage des messages est fondé sur une analyse proposant cinq (5) items.

Ici, le *témoignage* concerne les messages sur la guérison par rapport à l'efficacité du traitement proposé. Ce témoignage peut être le fait d'un patient guéri ou d'un proche :

Extrait de fil de discussion sur le diabète

« Anicette : Le diabète se soigne, moi je connais une femme qui est guérie de ça »

J'aime Répondre Partager 15 Novembre 2020 – 07 H29 mn


L'*information scientifique* elle, renvoie aux messages qui font référence à la médecine conventionnelle. Il s'agit soit des conseils prodigués par certains usagers qui demandent de consulter les professionnels de la santé, soit des ordonnances médicales délivrées ou encore des messages qui interpellent sur la réalité de la chronicité de la maladie et partant remettent en cause les témoignages de guérison :

Extrait de fil de discussion sur le diabète

« Abdel : Stp on ne guérit jamais du diabète. Suis ton régime alimentaire, Pratique le sport régulièrement et prends tes médicaments. » 

J'aime Répondre Partager 14 Novembre 2020 – 22 H06 mn

Ou

« Kady : Aller voir votre médecin c'est plus sûr ne prenez pas seul des initiatives. » 

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 – 17H55 mn

Les *informations sur les remèdes naturels* sont relatives à la conduite thérapeutique reposant sur l'utilisation des plantes et autres attitudes à observer en vue de recouvrer la guérison ou une amélioration de la santé :

Extrait de fil de discussion sur le diabète

« Affo : 2 fois j'avais le diabète gestationnel ...docteur m'a dit faite attention sinon le diabète va rester avec moi après l'accouchement ...là je fais ma petite recette...jusqu'à maintenant je bois ça. c'est devenu une habitude .je n'ai pas de diabète maintenant ...dieu merci .et mes enfants ont grandit parfois il faut faire de la prévention comme sa vous avez des anticorps solides ...matin un peu d'ail... ou un peu de citron ou tisanes amère...etc. .de trucs de grand-mère. Bonne nuit. »

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H58 mn



Ou

« Marcelin : Si tu habites Kinshasa, rends- toi à Ndolo libongo et procures- toi les graines des chimpanzés ou bonobo à mâcher 3 graines matin- soir. Dans le cas de carie dentaire dormez avec sur la dent cariée...elle guérit plus de 45 maladies...Asthme, grippe, maux de tête rebelle, même celui qui s'attaque à une partie de la tête, hypertension, diabète, sinusite, la vue, diarrhée infectieuse, manque de sommeil ... à compléter à volonté cette liste... »

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 – 16H58 mn

Pour ce qui est des *informations sur les remèdes mystiques*, elles renvoient au contenu des échanges qui mettent en avant le caractère mystique de la maladie et proposent par conséquent des solutions de dimension surnaturelle.

Extrait de fil de discussion l'hypertension artérielle

« Malick : reconnaître rapidement ses erreurs et demander pardon »

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 – 09H27 mn



Ou


« : une détente à la chute, à la source d'eau, au sommet d'une montagne, visite des sites archéologique y compris les lieux sacrés. »

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 – 09H19 mn

En ce qui concerne les *Information relevant de la théorie de complot*, elles font référence aux messages qui s'inscrivent non seulement dans le registre du déni de la maladie mais aussi de la

défiance vis-à-vis des traitements de la médecine conventionnelle. Pour les auteurs de ces messages, la maladie et les traitements sont le résultat d'un complot afin d'asservir les populations et s'inscrivent dans une logique de profits financiers :

Extrait de fil de discussion sur le diabète

« Ahounou : Mapio qui t'a dit que le diabète est inguérissable faux tu as menti c'est bien guérissable. »  2

J'aime Répondre Partager 15 Novembre 2020 – 11 H10 mn

Ou

« Mohalim : Mapio faux, c'est ce que les blancs vous ont fait croire. Toute maladie se guéri. »

J'aime Répondre Partager 15 Novembre 2020 – 10 H52 mn



L'*expression de la gratitude* concerne les messages de remerciements par rapport au traitement préconisé ou à la compassion des abonnés avec des mots comme « merci » ou « merci pour le soutien ».

Les étiquettes « question » « réponses » peuvent être ventilées à partir de l'objet du message, et, partant peuvent appartenir à nos items de référence. On peut donc avoir pour les étiquettes « question » : QT, QIS, QIRN, QIRM, QITC, QEG. La même association est possible avec les réponses, on peut également avoir les combinaisons suivantes : RT, RIS, RIRN, RITC, REG. Après cette première classification en raison de la logique qui sous-tend ces messages échangés, nous les avons regroupés en deux grands groupes. Le premier « information conventionnelle » (IC) regroupe tous les messages faisant référence à la médecine conventionnelle. Le second, dénommé « Information traditionnelle » (IT), validée par d'autres canaux.

3.4.3 Caractéristiques du groupe de discussion

Nous présentons ici, les informations relatives aux différents types de messages, les profils, le sexe des participants aux fils de discussion et la nature des messages.

3.4.3.1 Le registre des messages

Selon l'objet des messages, on distingue trois catégories de registres. La première catégorie est celle des messages de demande d'aide pour la guérison. La deuxième est relative aux remèdes.

Quant à la troisième, elle est constituée des messages sur la conduite à tenir dans la thérapeutique. Ce forum dédié à la médecine traditionnelle comporte plusieurs messages sur la thématique de la santé, en l'occurrence sur les pathologies chroniques qui font l'objet de notre étude. Ainsi, on note au 16 novembre 2020, deux cent soixante-onze (271) fils de discussion sur notre thématique dont la répartition figure dans le tableau ci-après (Tableau 10).

Tableau 10: Répartition des messages sur les maladies chroniques

Maladies	Messages	Likes	Commentaires
Diabète	93	17.748	8734
Cancer	97	17.534	9382
Hypertension artérielle	81	14.002	3727
Total	271	49284	21843

Au titre de la répartition des fils de discussion sur les maladies chroniques, nous dénombrons respectivement quatre-vingt-treize (93) pour le diabète, quatre-vingt-dix-sept (97) pour le cancer et quatre-vingt-un (81) pour l'hypertension artérielle. Nous avons choisi de nous limiter aux fils de discussion enregistrant le plus de commentaires. A raison d'un fil de discussion par pathologie.

Notre corpus issu de ce groupe de discussion en ligne porte donc sur trois (fils) de discussion dont le descriptif figure dans le tableau ci-dessous (Tableau 11).

Tableau 11: Descriptif des fils de discussion

Groupe de discussion "Guérison à travers les plantes (Recettes MAISONS)"				
Nom du fil de discussion	Date du premier message	Nombre de commentaires	Date du dernier message	Nombre de tokens⁵¹⁴
Que faire pour baisser l'hypertension artérielle ?	06-juin-20	167	12-juin-20	4186
Remède contre le cancer du col rectal d'un jeune homme de 24 ans s'il vous plaît aidez-nous on a tout fait des chimiothérapies	16-août-20	106	24-janv-21	2699

⁵¹⁴ Les tokens font référence aux chaînes de caractères, les chiffres et les délimiteurs (Clavier et al, 2009)

en vain				
Peut-on guérir du diabète ? Si oui les recettes svp	14-nov-20	300	22-nov-20	9122
Total		573		16007

La période des échanges se déroule sur une période de quelques jours et exceptionnellement sur une année. Le nombre de messages par fil de discussion est en moyenne de cent (100). Nous en analyserons trois (3), totalisant cinq cent soixante-treize (573) messages.

3.4.3.2 Le sexe des participants aux fils discussions

Nous présentons ici le sexe des participants aux fils de discussion qui constituent notre corpus (Tableau 12).

Tableau 12: Répartition des participants aux fils de discussion selon le sexe

Sexe	Nombre de participants	Pourcentage
Hommes	188	53
Femmes	161	45
Non identifié	6	2
Total	355	100

Dans les fils de discussion qui font partie de notre corpus, on note une prédominance masculine avec 53%, contre 45% pour la gente féminine et environ 2% de participants non identifiés. Par ailleurs, nous avons noté uniquement huit (8) pseudonymes sur les trois cent cinquante-cinq (355) intervenants. Comme l'ont souligné Madeleine Akrich et Cécile Méadel (2009)⁵¹⁵, le taux d'anonymat est faible dans les groupes de discussion, il ne représente que 2,25% dans ce groupe. Il reste donc insignifiant. Le terme « non identifié » désigne les personnes dont nous n'avons pas pu identifier le genre en raison des pseudonymes et du style impersonnel utilisé dans leurs messages. Ici, à l'opposé des études sur les forums de Viviane Clavier et Céline

⁵¹⁵ Madeleine Akrich et Cécile Méadel, *op. cit.*

Paganelli (2010)⁵¹⁶, Emilie Renahy et al (2009)⁵¹⁷, Sandra Aubé et Christine Thoër (2010)⁵¹⁸ qui ont constaté une majorité féminine chez les utilisateurs des forums et blogs de santé, on constate une prépondérance du genre masculin dans ce groupe de discussion sur la santé. Cela peut s'expliquer par le fait que le taux de scolarisation est plus élevé chez les hommes au détriment des femmes en Afrique et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. En effet, selon le rapport 2019-2020 de l'analyse statistique du système éducatif ivoirien (DSPA, 2020)⁵¹⁹, une fille sur quatre ne fréquente pas l'école primaire. En ce qui concerne le secondaire, 25% des filles contre 31% chez les garçons achèvent leur scolarité. Ces inégalités sont accentuées dans certains quartiers de la capitale et dans des régions de la Côte d'Ivoire.

Au niveau de la distribution de la parole dans le groupe de discussion, la majorité des participants, soit 75%, interviennent une seule fois. Seuls les 25% restants, émettent plusieurs commentaires. On note donc une inégalité dans la prise de parole. Ce constat sur l'inégalité dans la prise de parole dans les groupes de discussion a également été évoqué par Viviane Clavier et Cécile Paganelli (2010)⁵²⁰. En effet, seule une minorité d'intervenants envoient plus de deux (2) messages.

3.4.3.3 Les différents profils

Dans ce groupe de discussion traitant de la médecine traditionnelle, plusieurs types d'utilisateurs se côtoient. Ainsi, à l'instar de Madeleine Akrich et Cécile Méadel (Akrich et Méadel, 2009)⁵²¹ qui ont identifié quatre profils de participants au forum de santé, à savoir, l'informateur,

⁵¹⁶ Viviane Clavier[et al.], *op. cit.*

⁵¹⁷ Émilie Renahy, Emmanuelle Cadot, Christelle Roustit, [et al.], « Recherche d'information en santé sur l'internet : une analyse contextuelle des données SIRS, une cohorte parisienne », *Santé Publique*, vol. 21 / hs2, Laxou, S.F.S.P., 2009, p. 27-40.

⁵¹⁸ Sandra Aubé et Christine Thoër, « La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet: étude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilisés sans supervision médicale », in *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2010, (« Collection Santé et société »), p. 239-266.

⁵¹⁹ Direction des stratégies de la planification et des statistiques, « Rapport d'analyse statistique système éducatif ivoirien 2020 », Ministère de l'Éducation Nationale de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle, 2020.


⁵²⁰ Viviane Clavier [et al.], *op. cit.*

⁵²¹ Madeleine Akrich et Cécile Méadel, *op. cit.*

l'agitateur, l'hyperactif et le leader charismatique, nous avons également dressé d'autres profils d'usagers présents sur ce forum. Cependant, ici, notre unité d'analyse se fonde sur le contenu des messages. Cette analyse des contributions portant sur l'objet des messages fait ressortir différents profils, à savoir, les experts, les curieux, les sympathiques, les spiritistes⁵²², les critiques, les complotistes (les adeptes de la théorie du complot), les pragmatiques et les commerçants.

D'emblée, les *experts* réagissent aux messages de demande d'aide en proposant soit des remèdes traditionnels, quelle que soit la maladie en question, soit le diagnostic du mal dont souffre l'intéressé. A propos de l'aide sollicitée pour la guérison de l'hypertension artérielle, on peut lire le commentaire ci-dessous:

Extrait fil de discussion sur l'hypertension artérielle


« Katy : Lorsque votre tension monte manger 3 grains de pépé, cela baisse la tension c'est ce que ma mère prend. » 

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 – 19H46 mn


Les messages des *curieux*, interviennent suite aux remèdes proposés afin d'avoir plus d'information sur la posologie, la désignation exacte du remède dans leur langage ethnique si possible ou le contact de l'auteur du remède afin de discuter directement avec ce dernier.

Extrait fil de discussion sur le cancer

« Luciole_verte : Libellule_blanche merci beaucoup mais svp sauf votre respect où est ce qu'on peut avoir l'huile de chanvre ? nous sommes en Côte d'Ivoire,

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 19H40 mn 

« Luciole_verte : Libellule_blanche ok svp comment ça s'utilise. »


J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 – 19H56 mn 

Quant aux *sympathiques*, ils expriment soit leur soutien avec le souffrant avec des mots de réconfort tels que « du courage », « ça ira », soit leur gratitude pour le remède proposé « merci », « merci beaucoup », ou encore leur adhésion à un message « je valide ».

Pour les *spiritistes*, la dimension surnaturelle guérit toute maladie :

Extrait fil de discussion sur le diabète


⁵²² Ceux qui s'inspirent du spiritisme

« N'Gozi : Affoué je suis très sérieuse en ce que je dis Jésus peut tout aujourd'hui ma glycémie est stable entre 0,69 et 0,84, alors que j'avais fait presque un coma diabétique. »  1

J'aime Répondre Partager 14 Novembre 2020 – 19 H23 mn

Dans cette même veine, certains hommes mystiques ou leurs démarcheurs, proposent leur service afin d'aider les autres usagers à résoudre les problèmes d'autres ordres.

Extrait fil de discussion sur l'hypertension artérielle

« Assandé :  Bonjour bonsoir frère et sœur je suis ici pour vous présenter un témoignage d'un grand maître sa majesté dah kpokini il m'a aidé dans mon problème il m'a aidé à avoir le portefeuille magique qui produit dans trois jours plus d'informations contactez le sur WhatsApp. »

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 – 11H44 mn

En ce qui concerne les *critiques*, ils conseillent au souffrant de s'en tenir à la médecine conventionnelle ou aux recommandations du médecin. A travers leur expérience de la maladie ou celle de leur proche, ces derniers interpellent les autres membres sur la réalité de la maladie :

Extrait fil de discussion sur le diabète

« Jacques : maman en souffre, elle est en traitement à l'hôpital. Mais selon notre conversation avec le docteur, le diabète est une maladie à vie, elle ne se guéri pas définitivement parce que avant qu'il ait diabète, il y a eu destruction des cellules bêta du pancréas qui produisait l'insuline pour réguler le taux de la glycémie dans le sang. Étant diabétique, l'on doit toujours se rendre à l'hôpital pour prendre l'insuline. Arrêtez de penser que le diabète se guéri définitivement à moins qu'on fasse une greffe de pancréas. Merci pour la compréhension.

J'aime Répondre Partager 14 Novembre 2020 – 22 H16 mn

Les complotistes, eux, remettent tout en cause, même l'existence de la maladie. En général, la maladie est le fait d'un complot. Ils ne partagent pas l'avis des critiques sur le fait que la guérison soit impossible dans le cas d'une maladie chronique et rejettent toutes les voies de traitement de la médecine conventionnelle.

Extrait fil de discussion sur le diabète

« Malan : Si tu n'as pas encore vu ne dit pas que ça n'existe pas. Ce que la médecine conventionnelle vous a fait croire. Sinon il y en a (le diabète se guéri).

J'aime Répondre Partager 15 Novembre 2020 – 09 H11 mn  3

Le profil des *commerçants* fait référence aux participants qui proposent leurs produits à la vente

avec des promesses de guérison. La promotion des produits est réalisée soit avec des photos soit avec des témoignages (Figure 20).

Figure 20: Extrait N°2- fil de discussion sur le cancer « (Guérison à travers les plantes (Recettes maisons) »



En raison de l'interdiction de leur présence dans le groupe, les *commerçants* préfèrent échanger avec leurs potentiels clients en dehors du groupe.

Conclusion du chapitre 5

Ce chapitre traite de nos choix méthodologiques afin de confronter nos hypothèses. Ainsi, nous avons mobilisé trois outils de collecte de données : les entretiens semi-directifs, l'enquête au moyen d'un questionnaire et l'analyse de contenu dans des forums de santé sur les maladies chroniques.

Les données issues des entretiens, de l'enquête et de l'analyse de contenu trouvent leur

justification dans le fait que pour Luc Van Quivy et Raymond Campenhoudt (2017)⁵²³, il est important d'interroger trois catégories de publics dans le cadre des travaux de recherche. Au nombre de ces « interlocuteurs utiles », on note d'abord les « témoins privilégiés » qui disposent d'une expertise dans le sujet, notamment les acteurs institutionnels et communautaires de la prévention interrogés lors des entretiens. Ensuite, le « cœur de la cible » c'est-à-dire la population concernée directement par le problème. Dans notre étude, nous avons interrogé les malades du cancer par le biais d'un questionnaire et nous avons analysé le contenu des échanges en ligne des individus exposés aux campagnes de prévention.

⁵²³ Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet et Raymond Quivy, *Manuel de recherche en sciences sociales*, 5e, Malakoff, Dunod, 2017, 384 p.

Chapitre 6 : La mise en œuvre des campagnes : dimension politique, dysfonctionnements des dispositifs info-communicationnels et réception des messages

Les différentes sections ci-dessous présentent les résultats obtenus à la suite de l'analyse de notre corpus. Il s'agit entre autres de la pression politique prégnante dans les campagnes, des insuffisances des dispositifs info-communicationnels qui ne permettent pas à la prévention d'être efficace et des formes de résistances des populations qui amenuisent la portée des messages.

1. Les campagnes de communication, cadre opératoire de la biopolitique

En vue de saisir l'enjeu politique de ces campagnes et d'appréhender l'exercice de la gouvernamentalité, nous avons choisi de conduire notre analyse autour du mode de fonctionnement des structures en charge de la prévention, des conditions de production des campagnes et leur déroulement.

Pour rappel, notre première hypothèse stipule que la communication de prévention est politisée. D'une façon générale, à la suite des entretiens avec les acteurs institutionnels de la prévention, nous avons relevé le fait que dans le cas des maladies chroniques, il n'y a pas d'indicateurs clés qui prédéterminent l'opportunité d'organiser une campagne, notamment en ce qui concerne le taux de prévalence qui peut être élevé dans certaines zones, en raison par exemple des habitudes alimentaires. Elles sont organisées de façon classique dans le cadre des journées de célébration thématique de santé instituées par l'OMS en direction du grand public. De fait, les effets escomptés peuvent être en-deçà des attentes en dépit des moyens mobilisés. A ce propos, au sujet de l'efficacité des campagnes, Robert Gordon (1983)⁵²⁴, spécialiste en santé publique, soulignait l'importance d'organiser la prévention « sélective » à l'intention d'une partie de la population qui présente des risques certains dans le cas des maladies chroniques, afin de minimiser les coûts de la communication de prévention et d'obtenir des résultats significatifs. A l'analyse, la gestion de la communication de prévention des maladies chroniques semble s'inscrire dans l'exercice d'un pouvoir visant l'acquisition d'une légitimité internationale et

⁵²⁴ Robert Gordon, *op. cit.*

nationale. Cela confirme dans une certaine mesure notre première hypothèse qui avance le fait que la communication de prévention est politisée dans la perspective d'exercice de la biopolitique.

1.1 La création de programmes de santé publique ou la recherche d'une légitimité politique au niveau international

Il convient de rappeler que les injonctions politiques des organismes de santé internationaux, notamment l'OMS, semblent être à l'initiative de la réponse sanitaire au plan national. En effet, sous l'égide de l'OMS, des rencontres se sont tenues sur l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques sanitaires en Afrique. Il s'agit, notamment, de trois résolutions majeures : la conférence d'Alma Ata, en 1978, qui instituait les soins de santé primaires, la réunion de Jakarta, en 2000, qui marque la première participation africaine à la conférence mondiale de l'OMS sur la promotion de la santé et les prescriptions de l'OMS demandant à l'OMS de la zone Afrique (OMS/AFRO) de produire une stratégie régionale de promotion de la santé en 2001.

A partir de ces recommandations, l'OMS a instruit les pays africains dans le but d'adopter les lignes directrices encadrant le démarrage effectif de la promotion de la santé et, notamment, de la prévention qui en est une composante essentielle (OMS, 2001, 2002)⁵²⁵. A la suite de ces recommandations, les États africains ont consenti à la création de programmes dont la mission serait de promouvoir des activités de promotion et de prévention sanitaire. Dans cette perspective, face à la nouvelle donne épidémiologique marquée par un accroissement de l'incidence des maladies non transmissibles dans le système de santé ivoirien, les autorités sanitaires vont donc mettre en place des programmes de santé pour y faire face dès 2001⁵²⁶.

Cependant, dix années séparent leur création de leur fonctionnement effectif. A la suite de la lecture des Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS), couvrant la période de 1996

⁵²⁵ Organisation Mondiale de la Santé, « Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine », OMS, Brazzaville, 2002. Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, « Résolution AFR/RC51/R4 intitulée Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine », OMS. Rapport final de la cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (AFR/RC51/18), pp. 11-13, République Démocratique du Congo, Brazzaville, 2001.

⁵²⁶ Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

à 2020, les raisons qui sous-tendent ce retard sont d'ordre organisationnel (rédaction d'arrêtés de mise en application des décrets de 2001 portant création des différents programmes de santé), économique (mise à disposition de budgets), matériel (mise à disposition de local, de véhicules) et fonctionnel (nomination d'un Directeur coordonnateur, mise à disposition de ressources humaines).

Pour nous, la création de ces programmes apparaît comme une décision politique « précipitée », puisque les mesures d'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre des activités ne sont pas disponibles. Tous les acteurs institutionnels des programmes de santé sont unanimes sur le fait qu'une des difficultés majeures dans la réalisation de leur plan d'action reste l'absence d'un cadre organique et l'insuffisance de ressources matérielles et financières (PNDS)⁵²⁷. Nous nous interrogerons donc sur les raisons qui justifient l'opportunité de créer des structures, si les conditions de leur fonctionnement ne sont pas réunies. Comme le souligne Didier Fassin (2000)⁵²⁸ au sujet du cas français, il y a donc un hiatus entre les déclarations des pouvoirs publics à propos du fonctionnement effectif des programmes et la réalité.

L'action des politiques peut être perçue comme s'inscrivant dans une logique de l'obtention d'assentiment chez les dirigeants outre-Atlantique puisqu'elle semble viser la reconnaissance internationale. Cette tendance des pays africains à accorder plus d'importance à la mise en œuvre des stratégies édictées par les institutions internationales et agences de développement au détriment des préoccupations locales dans le domaine de la santé est courante sur le continent. Ainsi, la plupart du temps, ces mesures importées des pays européens ne rencontrent pas l'adhésion des populations qui se sentent laissés pour compte (Dujardin, 2003)⁵²⁹. Plusieurs stratégies mises en place conformément aux recommandations internationales dans le domaine de la santé se sont par conséquent soldées par des échecs puisqu'elles sont en déphasage avec les réalités locales. C'est le cas de l'initiative de Bamako qui a institué la participation des populations au recouvrement des soins de santé et dont l'objectif était de redynamiser les

⁵²⁷ *Ibidem*. Ministère de la santé et de l'hygiène publique, *op. cit.*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*. Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, *op. cit.* Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

⁵²⁸ Didier Fassin, *op. cit.*

⁵²⁹ Bruno Dujardin, *Politiques de santé et attentes des patients: vers un dialogue constructif*, Paris, Editions Karthala ; Editions Charles Léopold Mayer, 2003, 331 p.

systemes sanitaires mais, qui, malheureusement a eu pour conséquence une baisse de fréquentation des structures sanitaires par les populations (Traoré et Fofana, 2016)⁵³⁰.

L'inefficacité de ces politiques de santé et leur inadaptation aux réalités locales des pays en voie de développement ont été mises en avant par le rapport de l'OMS (2008) sur la situation sanitaire dans le monde et qui a recommandé aux pays africains de tenir compte de leur spécificités nationales dans l'élaboration des stratégies sanitaires afin de réduire les risques d'échec.

L'institution des programmes de santé peut être alors appréhendée comme une action de portée politique des pouvoirs publics pour faire figure de « bon élève » parmi les autres nations et dans leur quête de légitimité internationale. Ceci, en raison des conditions d'accès au pouvoir qui ne semble obéir à aucun principe démocratique depuis 1999 en Côte d'Ivoire. En effet, comme nous l'indiquons plus haut, depuis le coup d'État de 1999, les élections sont émaillées de récurrentes contestations en raison des modifications de la constitution qui semblent destinées à empêcher uniquement la candidature de certains hommes politiques. A côté de ce fait, il y a aussi les nombreuses plaintes pour fraudes électorales tant au niveau de l'irrégularité des listes (présence sur la liste de doublons, de personnes décédées ou qui ne sont pas en âge de voter), du déroulement des élections (actes de vandalisme, cas d'empêchement de vote dans certains bastions acquis à la cause de candidats opposants) qu'au niveau de la proclamation des résultats (bourrage des urnes, suffrage exprimé supérieur au nombre de votants dans certaines localités). Ainsi, le climat politique mouvementé de la Côte d'Ivoire comme nous l'avons décrit dans la deuxième partie de notre mémoire, conduit les gouvernants locaux à acquérir une légitimité par la « séduction » du plus grand nombre aux questions de santé.

1.2 L'organisation des campagnes de communication et la quête d'une légitimité nationale

Comme nous l'avons indiqué dans la présentation de notre terrain, en Côte d'Ivoire, les campagnes de prévention sont organisées par les programmes de santé. Dans le cadre des maladies chroniques, les campagnes de sensibilisation sont couplées avec des activités de dépistage.

⁵³⁰ Kassoum Traoré et Memon Fofana, *op. cit.*

Cependant, ces campagnes de prévention offrent une visibilité aux politiques d'une façon générale et particulièrement aux éventuels dauphins du Président de la République, dans l'objectif préparer les esprits et de mettre en avant les qualités de générosité et d'aptitudes sociales de l'actuel ou du futur candidat à la présidentielle.

L'enjeu politique est tel qu'il peut éclipser le défi sociétal que vise la communication de prévention en santé publique, notamment la réduction de la charge des maladies chroniques. Du côté des techniciens de la santé, leur marge de manœuvre se trouve ainsi réduite et il en résulte une mise en œuvre limitée des actions des programmes de santé. La communication de prévention est diluée au milieu de discours politiques. Dans ces conditions, les questions de santé notamment la prévention, constituent des sujets sensibles (Dozon et Fassin, 1989)⁵³¹.

Les campagnes de prévention sont organisées par les programmes de santé. Les acteurs ont des difficultés à réaliser les missions de leur programme en raison de l'insuffisance des ressources financières et des impératifs politiques. On assiste par ailleurs à un scénario de mise en visibilité de l'Etat, auquel les acteurs de la prévention doivent participer.

Le champ de la prévention est tellement politique qu'il n'existe pas d'initiative de campagnes de communication qui ne soit validée par les responsables politiques. Nos interlocuteurs n'osent pas se prononcer de façon objective sur l'action des pouvoirs publics de peur de réprimande.

« On marche sur des œufs »⁵³². Il semble que les techniciens de la santé doivent faire attention à tout ce qu'ils disent ou aux actions qu'ils préparent afin qu'ils ne soient pas considérés comme des « opposants »⁵³³ et que leurs actions ne soient mal interprétées ou qualifiées de « revendication »⁵³⁴, voire de « complot »⁵³⁵.

« Il faut penser toujours à valoriser l'image des gouvernants »⁵³⁶.

La politique, sous ces tropiques, semble être indissociable du domaine social, surtout dans le domaine de la santé. Les services de communication ont beau avoir une bonne stratégie de

⁵³¹ Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin, « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux sociopolitiques du SIDA en Afrique », *Sciences sociales et santé*, vol. 7 / 1, 1989, p. 21-36.

⁵³² Extrait entretien, encadré 6 page 244.

⁵³³ Idem

⁵³⁴ Ibidem

⁵³⁵ Ibidem

⁵³⁶ Extrait entretien, encadré 4 page 242.

communication de prévention, s'il n'y a pas de volonté politique ou de soutien politique, elle ne pourra pas être mise en œuvre, même si elle bénéficie d'appui financier.

L'effet d'annonce est priorisé au détriment de l'activité de prévention elle-même. Toutes les activités doivent être filmées et diffusées sur les ondes de la première chaîne de la télévision nationale pour mettre en valeur le gouvernement au travail.

Toutes les décisions semblent être guidées par des intérêts politiques certains. De façon globale, tout est organisé de sorte que les campagnes puissent être perçues comme un « cadeau » des pouvoirs publics aux populations en raison de la mise en scène qui semble « exagérée » des membres du gouvernement, alors que les actions de prévention devraient faire partie des devoirs de l'Etat qui se doit de garantir la santé de ses administrés.

Le registre de propagande dans lequel s'inscrivent les actions de communication publique a été mis en avant par Caroline Ollivier-Yaniv dans le cas français (2001)⁵³⁷. Pour la professeure, cette publicité des pouvoirs publics vise à leur assurer plus de visibilité et de légitimité. Dans le cas ivoirien, les campagnes de communication constituent, de ce fait, des outils politiques visant à faire la promotion des actions du gouvernement au détriment du social. Elles apparaissent alors comme un « prétexte » dont l'État se sert pour investir, voire politiser, le domaine social. En plus de s'affirmer en tant que garant de l'amélioration du bien-être des populations, même si la réalité semble tout autre. A cet effet, il ressort trois (3) observations majeures qui confirment la dimension politique prégnante des campagnes de communication publique. Tout d'abord, le fonctionnement des entités de prévention laisse entrevoir l'expression de la puissance publique. Ensuite, les conditions de production des campagnes de communication de prévention s'inscrivent dans des logiques plus politiques que sociales. Enfin, Le déroulement même des campagnes de prévention peut être assimilé à une « propagande électorale ».

⁵³⁷ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

1.3 Le fonctionnement des entités de prévention, expression de la puissance publique

Selon les termes des acteurs institutionnels (Encadré) et à lecture du décret (décret N°2016-598 du 03 août 2016) portant organisation du Ministère de la santé et de l'hygiène publique, tous les programmes de santé, sont sous la tutelle de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui est une composante du cabinet du Ministre de la santé. Avant 2016, ces structures dépendaient de la Direction de la Santé Communautaire (DSC) et de la médecine préventive de proximité qui était rattachée à la Direction Générale de la Santé.

Encadré 1: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, responsable de service, le 4 décembre 2019

A.M : Quel est le cadre de votre collaboration avec les programmes de santé ?

AI_1 : Nous sommes dans une Direction centrale, et c'est nous qui élaborons la politique de santé qui sera mis en application au niveau de la périphérie par les directeurs départementaux de la santé et les directeurs régionaux de la santé qui travaillent en collaboration avec les programmes de prévention. Par le passé, tous les programmes de santé étaient sous la tutelle de notre Direction, ils devaient nous rendre compte et devaient nous adresser leur rapport d'activités. Mais depuis quatre (4) ans nos prérogatives ont été transférées à la Direction Générale de la Santé qui supervise désormais tous les programmes. Toutefois, les Directeurs Départementaux (DD) de la santé et les Directeurs Régionaux (DR) de la santé qui travaillent avec les programmes nous transmettent leur rapport en y indiquant les éventuelles activités des programmes dans leur localité.

Selon le communiqué final du conseil des Ministres qui a annoncé l'adoption de ce nouveau texte réglementaire, l'objectif de cette réorganisation est d'assurer un meilleur fonctionnement des programmes. Cependant, elle peut donner lieu à une autre interprétation et être perçue comme la volonté du gouvernement d'exercer un contrôle et une surveillance rapprochée des activités des différents programmes, puisque les responsables des programmes devront rendre compte de façon directe au cabinet du Ministre de la santé.

A côté de cet aménagement du décret portant organisation du Ministère de la santé, figure

également le nouvel arrêté⁵³⁸ qui encadre dorénavant les actions de communication des structures sous tutelle du Ministère de la santé. Ce texte définit les missions et organise le fonctionnement des services de communication des programmes et des Établissements Publics Nationaux (EPN) de santé alors que ces services appartiennent à des structures qui, selon les textes, disposent d'une autonomie et ont déjà leurs attributions définies par les décrets portant création et fonctionnement.

Désormais, les services de communication sont tenus, non seulement de tenir une réunion par semaine de leur service, mais aussi de participer aux réunions de la Direction de la Communication et des Relations Publiques (DCRP) du cabinet du Ministre de la santé à laquelle ils doivent adresser leurs rapports d'activités trimestriels et annuels.

L'obligation est également faite à tous les chefs de service de communication d'informer la DCRP en cas de sollicitations des journalistes et professionnels des médias.

L'aménagement des textes régissant le fonctionnement des programmes et surtout de leur service de communication apparaît comme une volonté de mettre en place une stratégie visant à encadrer la divulgation de l'information sanitaire.

Les programmes qui dépendent désormais de la Direction Générale de la Santé ont l'obligation d'inscrire non seulement toutes les actions de communication de prévention dans le cadre de la politique générale définie par le cabinet du Ministre mais également de soumettre toutes leurs activités à son approbation. Ce contrôle s'exerce également sur les activités en dehors de la

Encadré 2: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 4 décembre 2019

A.M : Quel est le rôle de la tutelle dans une campagne de prévention ?

AI_3 : Toutes nos activités doivent être validées par le cabinet du Ministère de la Santé. En raison de l'aspect politique de nos activités, nous devons informer la tutelle de nos activités. Dans le cadre de vos travaux de thèse nous avons décidé de vous recevoir. Si toutefois, il s'agissait d'un journaliste, il faudrait qu'il obtienne l'autorisation du cabinet du Ministre avant d'être reçu par nos services.

⁵³⁸ Ministère de la Santé et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire, « Arrêté N° 0311 MSHP/CAB/ du 07/12/2020 portant organisation attributions et fonctionnement des services de communication des structures sous tutelle du Ministère de la santé et de l'hygiène publique », Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2020.

prévention (Encadré 2).

Toutes les campagnes doivent être approuvées par la Direction Générale de la Santé (DGS). Les termes de référence sont soumis à l'appréciation des conseillers du Ministre de la santé, de son chef de cabinet et de son Directeur de cabinet. C'est pourquoi, les documents sont conçus en fonction des orientations et du canevas du Ministère de la santé.

L'accord du cabinet est matérialisé par une note technique qui représente la puissance ministérielle et qui donne quitus aux programmes pour l'organisation de leurs activités.

Une fois sur le terrain, c'est grâce à cette note technique que les autres acteurs du système sanitaire, notamment les responsables départementaux et régionaux de la santé accompagneront les actions de sensibilisation. Soit en mettant les centres de santé à disposition, soit en assistant aux lancements des activités de sensibilisation afin de donner un cachet officiel à la cérémonie.

Dans le cas où une structure veut solliciter un programme pour une activité, elle doit adresser un courrier au cabinet du Ministre de la santé qui imputera le dossier au programme concerné.

Dès lors, en raison de l'accord du cabinet, la requête aura valeur d'instruction et le programme est tenu d'accompagner la structure. Sans l'accord du cabinet, les programmes ne sont pas autorisés à mener une activité ou à divulguer des informations. On assiste à une concentration du pouvoir, puisque le cabinet du Ministre demeure l'unité décisionnelle.

En ce qui concerne le financement de la santé, le pays est loin des recommandations d'Abuja d'avril 2000 où les chefs d'État africains avaient pris l'engagement d'octroyer 15% de leur budget au domaine de la santé. Le non-respect de cet engagement se ressent sur le fonctionnement des programmes qui déplorent l'absence de ressources financières, humaines et matérielles suffisantes (Encadré 3).

Encadré 3: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 26 décembre 2019

A.M : Quel est le mode de financement de vos activités ?

AI_5 : L'apport de l'État n'est pas vraiment significatif, si on veut l'évaluer en pourcentage c'est environ 10%. L'apport de l'État et ça c'est la réalité. Comment peut-on mener des actions de prévention ?

A.M : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention ?

AI_5 : On crée des structures et on ne met pas les moyens à la disposition de ces structures, et ça c'est un véritable problème chez nous. Les programmes n'existent que de nom, on a des budgets qui ne servent qu'à faire fonctionner et non pas à mener des actions sur le terrain, ça c'est un véritable problème qui constitue une difficulté pour la mise en œuvre de notre plan d'actions, pour la mise en œuvre de nos différentes stratégies. C'est essentiellement les partenaires que j'ai cités qui nous appuyaient pour la mise en œuvre de tout ce qui est activité de dépistage et de prévention. On nous demande des résultats et on n'a pas les moyens pour travailler alors que le champ de la prévention est assez vaste.

L'absence d'un financement adéquat ne permet pas aux programmes d'être véritablement opérationnels. Ces structures sont donc obligées de mobiliser d'autres de financement afin de réaliser dans la mesure du possible les actions de sensibilisation, puisque ces derniers sont soumis par l'Etat à une obligation de résultat. Les plans d'actions peinent donc à être réalisés comme au Programme National de Lutte contre le Cancer (PNLCA) où les acteurs sont obligés de s'appuyer sur certaines ONG internationales comme le Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEPO)⁵³⁹ pour la réalisation des activités de sensibilisation et de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les programmes ne disposent pas de moyens conséquents pour l'organisation des campagnes de communication. Ainsi, la communication dans le domaine de la santé est supervisée par les pouvoirs publics comme l'a souligné Ollivier-Yaniv (2019)⁵⁴⁰ en France, et en Côte d'Ivoire, on assiste à un contrôle prégnant et direct sur le fonctionnement même des programmes.

⁵³⁹ <https://www.jhpiego.org/>

⁵⁴⁰ Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

La volonté politique de contrôler l'information sanitaire participe à un processus visant à contrôler l'information de santé en raison de certains facteurs. Il s'agit notamment, de la remise en cause par les opposants et une partie de la population de la capacité des pouvoirs publics à gouverner et à œuvrer pour le bien-être social, mais aussi à éviter la divulgation d'informations susceptibles de servir de support à des contestations sociales qui pourraient conduire à la déstabilisation du pouvoir déjà fragilisé par un climat politique instable que nous avons décrit au chapitre 3 dans la deuxième partie de notre mémoire.

Au surplus, les difficultés de fonctionnement de ces structures laissent supposer que leur création n'est qu'une pure formalité visant à répondre aux exigences des partenaires et agences de développement internationaux et obéissent, par conséquent, à des intérêts politiques.

L'assujettissement de la communication de prévention aux influences politiques peut se saisir également au niveau des conditions de production des campagnes.

1.4 Des logiques de production des campagnes plus politiques que sociales

Les campagnes ont lieu dans le cadre des journées de célébration thématique de la santé. Elles se déroulent de façon classique et se tiennent une fois par an, pendant deux à trois jours en moyenne. Les conditions de production résultent également de décisions politiques. Même si elles dépendent de la Direction Générale de la Santé (DGS), les programmes de santé doivent soumettre leurs supports de communication à la validation de la Direction de communication du Ministre de la santé, puisqu'il s'agit de « l'image du Ministre » (Encadré 4).

Encadré 4: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 4 décembre 2019

A.M : Comment sont validés les messages de sensibilisation ?

AI_3 : En matière de communication, toutes nos communications : les prêts à diffuser (PAD), les projets de prospectus, les projets de courrier, les projets de dépliants, les projets de films, les projets de spots passent par la Direction de communication du cabinet du Ministre qui valide en dernier ressort. Il est vrai que nous dépendons de la Direction Générale de la Santé mais vu qu'il s'agit de communication, tous nos documents sont imputés à la Direction de communication du Ministre de la santé pour validation parce qu'il s'agit de l'image du cabinet, de l'image du Ministre de la santé.

En règle générale, l'objectif déclaré des supports de communication en matière de santé publique est d'informer la population sur la nécessité d'adopter les prescriptions afin de réduire leur exposition aux pathologies. Cependant, selon les propos des acteurs de la communication de prévention, ces outils de communication sont censés s'inscrire dans une dynamique politique. Ce paradoxe de la communication de prévention montre à quel point la variante politique semble priorisée au détriment de la cause sociale.

Toutes les cérémonies de lancement des campagnes se déroulent « sous le haut parrainage » et la présence effective d'une autorité politique. Cette phrase relative au parrainage d'une autorité publique qui introduit tous les spots de prévention et qui fait référence au patronage des pouvoirs publics, est familière et bien connue des ivoiriens. A cet effet, un technicien de la santé, spécialiste en oncologie médicale et acteur institutionnel de la communication de prévention s'est prononcé sur cette situation (Encadré 5).

Encadré 5: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, technicien de la santé, le 12 décembre 2019

A.M : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention ?

AI_4 : Plusieurs actions ont été ciblées en termes de prévention, en termes de conventions mais il faut dire que ces actions restent limitées. Aujourd'hui on a vraiment une insuffisance. On pense que l'Etat peut faire mieux à l'instar de certains pays comme le Rwanda, la Mauritanie, le Mali où les médicaments du cancer sont gratuits pour tous les types de cancer. ... Donc la volonté politique de l'Etat est vraiment insuffisante, elle est limitée. La population souffre, la plupart des malades abandonnent le traitement en raison de l'absence de moyens financiers vu que la thérapeutique est vraiment onéreuse. A titre indicatif, il faut en moyenne 250.000 FCFA (soit 379 euros) à 450.000 FCFA (soit 682 euros) pour l'achat des médicaments servant à faire une séance de chimiothérapie qui doit être réalisée chaque 21 jour à raison d'un minimum de 8 séances dans le protocole sans compter les frais de radiothérapie dans un pays où le salaire moyen minimum est à 60.000 FCFA (soit 91 euros).

Les campagnes mettent en scène des dirigeants à la quête d'un électorat, d'une part et, d'autre part, visent à noyer l'inaction de l'État face aux problèmes sociaux des populations. Il s'agit,

notamment des difficultés d'accès aux soins dans les régions en dehors des grandes agglomérations ou l'insuffisance du plateau médicotannique ou encore l'absence d'une véritable couverture sociale de santé. Le choix des villes devant abriter les cérémonies

Encadré 6: Entretien avec un acteur communautaire de la communication de prévention, administrateur d'une ONG de lutte contre le cancer, le 19 août 2020

A.M : Que pensez-vous de l'action du Ministère de la santé dans l'organisation de la prévention ?

AC_2: La Côte d'Ivoire est tellement politique que, la plupart du temps, la ville où se tiennent les journées de sensibilisation est soit la ville d'origine d'un Ministre du gouvernement, soit une zone acquise à sa cause ou encore un bastion de l'opposition où le pouvoir en place compte séduire quelques voix en raison de toute la publicité faite autour des actions dites de haute portée sociale que les dirigeants initient pour le bonheur des populations.

officielles de célébration des journées commémoratives de la santé semble être également une décision des politiques (Encadré 6).

Le plus souvent, pour des raisons politiques, on note également l'existence d'un certain « favoritisme » au niveau des gouvernants. En effet, il peut arriver qu'en raison des relations qu'entretiennent des responsables de certaines ONG avec un membre du gouvernement, ces derniers bénéficient de traitements de faveur. Cela se manifeste par l'octroi d'autorisations visant à organiser des activités de sensibilisation qui, quelques fois, peuvent être inappropriées comme le soulignent les acteurs institutionnels de la prévention que nous avons rencontrés (Encadré 7).

Encadré 7: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 12 mars 2020

A.M : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention ?

AI_6 : ... la Côte d'Ivoire est tellement politique qu'il y a des « intouchables (ONG) ». Donc, le cabinet leur octroie des autorisations pour organiser des activités sans des critères objectifs. Certaines ONG posent des actions inappropriées. Elles vont chercher des médicaments dont on ignore l'origine et les donnent gratuitement aux gens, à la population. Quand vous allez vous plaindre à la limite, il n'y a pas de suite. Entre prescrire un médicament et faire un diagnostic d'une maladie il y a une différence. Ce n'est pas parce qu'on a découvert qu'une personne a une maladie chronique par exemple qu'il faut forcément un comprimé, un médicament, l'individu peut bénéficier d'un régime uniquement, un peu d'activité physique, on peut revoir son alimentation, il y a des choses qu'on peut régler. Ces ONG font des consultations, ce n'est pas structuré, ce n'est pas organisé, on n'est pas informé parfois. Nous n'avons pas de moyens de répression.

Les acteurs institutionnels de la communication de prévention déplorent l'action de certains pouvoirs publics qui délivrent des agréments à des ONG pour mener des activités sans informer les programmes de santé qui sont les structures techniques du Ministère de la santé en matière de communication de prévention. Ainsi, il peut arriver que des ONG entreprennent des actions de dépistage mal réalisées et procèdent même à la prescription et à la distribution de médicaments gratuits (dont la provenance n'obéit pas au circuit normal) à la population. Ces actions de consultation des ONG sont organisées de façon sporadique et il n'y a pas de suivi des patients, ce qui est inquiétant pour la santé des populations.

Comme l'indiquent les acteurs institutionnels de la prévention au niveau des programmes de santé, en raison des actes spécifiques relevant de la biomédecine que posent certaines ONG, il est souhaitable que les programmes qui regorgent de médecins spécialistes des pathologies chroniques puissent avoir un regard, voire encadrer les activités des ONG afin d'éviter d'éventuelles dérives d'une part, et, d'autre part, de protéger les populations. Ainsi, la prédominance de la politique dans le domaine de la santé réduit la marge de manœuvre des techniciens de la santé qui n'ont pas de moyens ou de recours pour rappeler à l'ordre ces ONG,

puisqu'elles bénéficient de soutien politique.

Les préoccupations des acteurs des programmes de santé sont également partagées par des ONG qui dénoncent aussi le fait que des individus qui ne sont pas professionnels de la santé réalisent des activités de dépistage et bénéficient d'autorisation du cabinet du Ministère de la santé (Encadré 8).

Encadré 8: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, volontaire au sein d'une ONG de lutte contre le cancer, le 12 mars 2020

A.M : Quelles sont vos perspectives pour améliorer la prévention ?

AC_1: ...Nous avons eu la visite de la responsable d'une l'ONG et notre responsable a souhaité travailler avec elle afin qu'elle se charge de la mobilisation des populations vue que son ONG ne comporte pas de médecins mais elle a carrément refusé. Elle voulait plutôt louer nos appareils pour faire un dépistage à Grand-Bassam. Nous avons émis des réserves par rapport à cette location et souhaité rencontrer d'abord l'utilisateur de nos appareils. Imaginez-vous un dépistage par exemple du cancer du col de l'utérus qui est réalisé sans spécialiste en cas de problème de saignement, quelle sera la conduite à tenir ? Dans le cas où cette dame décide de traiter une femme alors que ce n'est pas l'indication elle risque de faire la prison. J'ai donc demandé à notre responsable de lui expliquer les risques qu'elle encourt en réalisant des dépistages sans spécialistes pour la dissuader. Quand nous réalisons un dépistage avec les infirmiers et les sages-femmes en cas de difficulté, nous nous adressons à notre responsable afin de prendre son avis quant à la conduite à tenir, elle est spécialiste de ce domaine, médecin anatomo-pathologiste, spécialiste dans le traitement des lésions précancéreuses du col de l'utérus. C'est l'Etat de Côte d'Ivoire qui tolère le fait que des non spécialistes, puisque cette dame n'est pas médecin posent des actes de dépistage. Nous sommes contre ce genre de pratique, elle n'est ni médecin généraliste, ni gynécologue encore moins oncologue comment peut-elle poser des actes de dépistage. Il y aussi le fait que certaines ONG sont plus attirées par le gain que par la santé des populations, elles font de leurs activités des fonds de commerce.

Pour ces Organisations Non Gouvernementales, le « laisser-aller » dans l'organisation de la prévention est du fait de l'Etat. Cette situation est peut-être due au fait que l'organisation même des campagnes des ONG n'est pas clairement définie au niveau des acteurs institutionnels

(Encadré 9 et 10). Comme l'indiquent ces acteurs, le dispositif de demande d'autorisation inclut les acteurs politiques et les professionnels de santé. Cette situation a pour effet de favoriser l'existence de certains mécanismes d'autorisations parallèles qui permettent à des ONG en raison de leur relation au sein du cabinet ministériel de bénéficier de faveur et d'échapper à tout

contrôle.

Encadré 9: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, responsable de service, le 10 février 2020

A.M : Quelle est la procédure à suivre si une ONG souhaite organiser une campagne ?

AI_2: Avant de mener une action dans le domaine de la santé, les ONG doivent obtenir une attestation de reconnaissance délivrée par nous, et, demander une attestation d'exercer une activité au préalable. Elles doivent nous adresser un courrier que nous transmettrons au Ministre accompagnée des termes de références de l'activité afin de recevoir une autorisation médicale d'exercice qu'elles transmettront aux directeurs départementaux et directeurs régionaux de la santé qui sont sur le terrain.

Encadré 10 : Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 12 mars 2020

A.M : Quelle est la procédure à suivre si une ONG souhaite organiser une campagne ?

AI_6 : Nous sommes la structure technique de l'Etat, c'est-à-dire du Ministère de la santé qui est chargé de mettre en place la politique sur les maladies non transmissibles, la prévention, les soins, voilà et l'éducation, c'est-à-dire la sensibilisation tout ça quoi...Nous sommes la structure technique du Ministère et nous dépendons directement du cabinet. Toutes les ONG qui exercent dans notre domaine dépendent de nous, du moins, doivent dépendre de nous. Ces ONG doivent normalement passer par nous avant d'aller au service des ONG du Ministère de la santé. Le service des ONG attribue des subventions de l'Etat aux ONG, donc ce service voit comment les choses marchent. Normalement, les ONG doivent nous transmettre leur procès-verbal (PV) de réunions, des assemblées générales (AG) et autres régulièrement parce qu'on a un cadre qui est formel qui existe au cabinet, qui s'appelle les acteurs agissant dans la lutte contre les maladies non transmissibles et c'est un cadre formel qui regroupe tous les acteurs qui agissent dans le cadre de la lutte, il y a des ONG, des associations, il y a des structures privées ou publiques...

A l'analyse des propos des interviewés, il semble qu'il existe une certaine confusion dans la procédure qui encadre la tenue des activités des ONG. Cette situation semble être la conséquence de l'intervention directe du cabinet dans un domaine dont il s'est dessaisi en déléguant ses tâches à ses structures techniques. Ainsi, les domaines de compétences ne sont pas clairement définis. En effet, si les responsables du service des ONG du Ministère de la santé se déclarent compétents pour octroyer les autorisations d'une campagne de sensibilisation aux ONG, les acteurs de la prévention au niveau des programmes, eux, ne partagent pas cet avis en raison des arguments évoqués plus haut. Chaque ONG a donc sa propre procédure pour organiser ses activités (Encadré 11 et 12).

Encadré 11 : Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, administrateur d'une ONG de lutte contre le cancer, le 19 août 2020

A.M : Quelle est la procédure à suivre si une ONG souhaite organiser une campagne ?

AC_2: Nous informons toujours par mail le programme de nos activités c'est-à-dire quand on va à une activité A. Quand on sort de cette activité on envoie un rapport systématiquement au service de communication du Programme National de Lutte contre le Cancer, c'est ce que nous faisons. Nous ne devons pas informer le service des ONG directement. Qu'est-ce que nous faisons quand il y a une activité, nous écrivons à la communauté qui nous sollicite avec laquelle nous écrivons au Programme National de Lutte contre le Cancer pour dire qu'à telle date nous aimerons effectuer une activité de lutte contre le cancer dans telle région, tel département, telle ville, tel quartier, quand tout est précisé, le Programme National de Lutte contre le Cancer à son tour fait une note technique à la Direction Générale de la Santé qui va elle maintenant autorisée l'activité en mettant tous les moyens de l'Etat à notre disposition. C'est-à-dire le centre de santé et tout ce dont on n'a besoin dans le centre de santé pour la lutte contre le cancer. Donc du coup, nous sommes liés au Programme National de Lutte contre le Cancer, maintenant c'est au programme d'informer pour nous, le Ministère.

Encadré 12: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, volontaire au sein d'une ONG de lutte contre le cancer, le 12 mars 2020

A.M : Quelle est la procédure à suivre si une ONG souhaite organiser une campagne ?

AC_1: Si nous devons faire une activité, nous informons le Ministère de la santé. On leur adresse une demande, après cela, il nous donne une autorisation. Normalement c'est le Ministère de la santé qui donne l'autorisation mais on informe quand même la Direction des ONG par un courrier, qui peut également nous donner une autorisation également. Mais, généralement ce service n'a jamais refusé un dépistage. Notre autorisation vient toujours du cabinet du Ministre de la santé, c'est ce cachet qui est apposé sur nos documents d'autorisation. Donc quand nous finissons notre activité normalement on doit déposer notre rapport auprès du cabinet, mais la Direction des ONG nous a expliqué que si nous déposons dans leur service, elle se chargera de transmettre le document au cabinet du Ministre.

Dans les extraits ci-dessus, l'on constate que certaines ONG s'adressent directement au cabinet, d'autres s'en réfèrent aux programmes de santé, d'autres encore préfèrent passer par le canal de la Direction des ONG du Ministère en charge de la santé lorsqu'elles envisagent organiser une campagne de sensibilisation. Nous l'évoquions dans le paragraphe précédent, il existe une certaine confusion au niveau de l'autorisation accordée aux ONG pour l'organisation d'une campagne au niveau institutionnel. Cette situation se ressent également sur les ONG, qui ne savent pas exactement quelle est la procédure indiquée en raison de l'intervention parallèle du cabinet dans ce domaine.

En ce qui concerne le financement des activités des programmes de santé, dans les textes portant création, attribution et organisation des programmes de santé, ces structures sous tutelle sont dotées d'un budget pour assurer leurs missions. Cependant, dans la réalité des faits, les moyens mis à leur disposition ne sont pas conséquents et elles peinent à réaliser leur plan d'action. Entre la confusion qui entoure la distribution des rôles des acteurs de la prévention et les interventions récurrentes de la puissance publique dans la communication de prévention, nous nous interrogeons sur les attributions véritables des programmes de santé en charge des maladies chroniques. Ainsi, la prééminence de la politique soumet la communication de prévention aux décisions des pouvoirs publics.

1.5 Campagnes de prévention ou propagande électorale ?

Dans leur déroulement, les campagnes de communication constituent la matérialisation de la puissance publique et semblent obéir à une volonté politique visant à susciter l'unanimité chez les populations et à garantir la légitimité de l'Etat.

Le contrôle exercé sur les activités des programmes s'exerce également sur le discours des acteurs institutionnels de la prévention (Encadré 13).

Encadré 13: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 12 mars 2020

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de l'exercice de vos activités de prévention ?

AI_6 : ...Nous animions des émissions à la télévision, mais nous avons été obligés de les arrêter sur instruction du Ministre de la santé d'alors qui exigeait de connaître la qualité et le contenu intégral des propos de celui qui devait intervenir sous peine d'être convoqué et sanctionné. Il nous faut des autorisations avant d'intervenir dans les médias. On ne peut pas parler de maladie chronique sans mentionner et faire l'éloge des actions du gouvernement, du Ministre de la santé, des membres du gouvernement...

La surveillance politique des campagnes de sensibilisation est renforcée, lorsqu'il s'agit des mass media. L'acteur institutionnel qui doit intervenir sur les ondes, s'il n'est pas désigné par le cabinet, doit bénéficier de son accord préalable. Son discours fait également l'objet de validation. Par ailleurs, ces propos doivent s'inscrire plutôt dans une logique de publicité de l'action des dirigeants, qui vise semble-t-il à vanter les mérites des gouvernants dans leur combat contre les maux qui minent la société ivoirienne. Dans ce cas de figure, la lisière entre discours politique et discours de prévention n'est plus perceptible.

L'objectivité des techniciens de la santé est ainsi rationalisée par les pouvoirs publics puisque ces derniers ne peuvent pas se prononcer de façon claire sur les problèmes auxquels ils sont confrontés de « peur », semble-t-il, de faire l'objet de sanctions.

Cette prédominance politique n'est pas spécifique à la Côte d'Ivoire elle semble être partagée par les autres pays d'Afrique subsaharienne notamment le Sénégal et le Burkina Faso (Meessen

et al, 2011)⁵⁴¹. La dimension « électorale » de la communication de prévention est aussi perceptible lors du lancement des campagnes où les membres du gouvernement sont toujours présents (Encadré 14).

Encadré 14: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 12 mars 2020

A.M : Quel est le rôle de la tutelle? Est-ce que le ministre de la Santé intervient au cours des campagnes ?

AI_6 : Le Ministre de la santé est présent lors des célébrations des journées thématiques mais quelques fois il délègue, mais c'est rare, il a délégué une seule fois, mais il y a toujours des représentants du Ministère. Ils sont toujours là. On ne fait jamais d'activités sans le cabinet, les membres sont présents soit le directeur de cabinet ou le chef de cabinet, le conseiller des ONG est toujours là, le protocole. On est supposé avoir un budget !

Les pouvoirs publics sont donc présents aux lancements des activités. Les campagnes sont également l'occasion pour les membres du gouvernement de faire l'annonce de grands chantiers dans le domaine de la santé afin semble-t-il, de soulager les populations. Ces annonces qui s'apparentent à des promesses électorales ont une mise en œuvre de courte durée, elles sont un « feu de paille », comme ce fut le cas dans la prise en charge du cancer. En effet, à l'occasion du lancement officiel de la campagne de lutte contre le cancer de sein dénommé « Octobre rose » le 9 octobre 2017 (Figure 21)⁵⁴², le Vice-président avait annoncé la gratuité des soins pour les cancers liés aux hépatites, les cancers du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire, du côlon et du cerveau.

⁵⁴¹ B. Meessen, D. Hercot, M. Noirhomme, [et al.], « Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six sub-Saharan African countries », *Health Policy and Planning*, vol. 26 / Suppl. 2, novembre 2011, p. ii16-ii29.

⁵⁴² Théodore Sinzé, « Cancer du sein. Les soins sont désormais gratuits en Côte d'Ivoire ! », *Fraternité matin*, Abidjan, 10 octobre 2017, p. 5.

Figure 21: Article de journal sur la gratuité de la prise en charge du cancer, 10 octobre 2017

Mardi 10 octobre 2017

Eternité Matin **Société** 5

Cancer du sein

Les soins sont désormais gratuits en Côte d'Ivoire !

Le vice-Président de la République, Daniel Kablan Duncan, a annoncé cette bonne nouvelle au cours du lancement officiel de la campagne de lutte contre ce fléau.

Les malades atteints du cancer du sein peuvent pousser un soupir de soulagement. Le gouvernement ivoirien a décidé de leur permettre d'avoir accès gratuitement aux soins. Daniel Kablan Duncan a donné l'information hier, à l'occasion du lancement de la campagne de lutte contre le cancer du sein dénommée « octobre rose » qui a lieu chaque année au cours du mois d'octobre.

Jusqu'à présent, les femmes atteintes de ce type de cancer devaient payer une quote-part de 10% représentant environ 100.000 francs CFA, sur le million de francs nécessaires aux soins. De fait, comme l'a rappelé le vice-Président, la réduction des frais supportés par les malades résulte elle-même

charge de la Santé fait remarquer à ce propos qu'il y a « 40% de pertes de vue ». Le gouvernement a donc décidé de prendre les choses en main en dispensant totalement les patients du paiement de quelque frais. C'est dans cette optique qu'un deuxième protocole d'accord a été signé, toujours entre Roche et l'Etat de Côte d'Ivoire, au cours de la cérémonie de lancement d'« octobre rose ». Globalement, le gouvernement a décidé de porter sa contrepartie de 30 à 40% en prenant à son compte les 10% réservés aux malades. Par ailleurs, les types de cancers adressés par les nouveaux protocoles ont augmenté. Outre le cancer du sein et ceux liés aux hépatites, les cancers du col de l'utérus, du ovaire et du cerveau (lymphomes) font aussi l'objet de la gratuité.

Daniel Kablan Duncan a donné des chiffres qui font des cancers « des enjeux majeurs de santé publique ». Ainsi, ils représentent environ 13% de décès dans le monde et plus de 14 millions de nouveaux cas

sont enregistrés chaque année dans le monde. En Côte d'Ivoire, le nombre de cas diagnostiqués chaque année est de douze mille avec un taux de mortalité de près de 75% en 2012, d'après l'Oms.

Le ministre Raymond Goudou-Coffi de la Santé et de l'Hygiène publique, fait remarquer qu'heureusement, un dépistage précoce permet de venir à bout du fléau. L'instauration de la campagne « octobre rose » entre justement dans le cadre de la sensibilisation et de l'information des femmes. Dans la même veine, le ministre Mariama Koné de la Solidarité, de la Femme et de la Protection de l'Enfant, a appelé les femmes à prendre leur santé en main, parce que « chaque femme doit avoir la culture du dépistage précoce ». La cérémonie a eu lieu en présence de l'ambassadeur de Suisse en Côte d'Ivoire, Thomas Lüscher, de membres du gouvernement et d'associations et d'ONG de lutte contre le cancer ■

THÉODORE SINDI

Le vice-Président Daniel Kablan Duncan (2^e à partir de la droite) se félicite de la collaboration du laboratoire pharmaceutique suisse, ici représenté par ses directeurs Afrique subsaharienne. (PHOTO: VERONIQUEUCHE)

d'un premier protocole d'accord signé en décembre 2014 entre l'Etat de Côte d'Ivoire et le laboratoire suisse Hoffmann-La Roche. Au terme de ce contrat, le groupe suisse prend en compte 90% du coût du traitement, l'Etat de Côte d'Ivoire, 30% et les malades 10% (atteints du cancer du sein et des cancers liés aux hépatites). Malgré tout, la contrepartie attendue des malades a souvent été un véritable obstacle à leur accès aux soins. Le ministre en

Cette annonce de la gratuité n'est pas la première du genre, en 2014 le Ministère de la santé annonçait un partenariat avec le laboratoire Roche qui aurait permis de réduire de 90%, les frais liés au traitement contre le cancer. Aux dires du vice-président, les patients n'avaient qu'un reste à charge de 10%. Le partenariat de 2017 avait pour objet de prendre en charge les 10% restant et, partant, de permettre une gratuité totale des soins⁵⁴³.

Cependant, sur le terrain, cette gratuité n'a été effective que pendant un bref moment soit deux mois et ne concernait que certains médicaments utilisés dans la thérapeutique cancéreuse. Aujourd'hui, elle n'est plus d'actualité puisque les médicaments ne sont plus disponibles. En

⁵⁴³ www.gouv.ci/actualite-article.php?recordID=9142&d=2

témoignent les propos de cet oncologue que nous avons interrogé au sein de l'unité d'oncologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville (Encadré 15).

Encadré 15: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, technicien de la santé le 12 décembre 2020

A.M : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention ?

AI_4 : ...La gratuité du traitement du cancer annoncé par le vice-président lors de son discours du 9 octobre 2017 à l'occasion du lancement officiel de la campagne de lutte contre le cancer dénommée « Octobre rose » ne cible pas tous les médicaments utilisés dans le traitement du cancer du sein, mais en réalité concernait deux médicaments sur cinq, voire dix à quinze utilisés dans le protocole. Les médicaments ciblés par la gratuité étaient les plus chers qui coûtent des millions de francs CFA dans les officines privées, cette gratuité a fonctionné pendant deux (2) mois. Mais aujourd'hui nous sommes confrontés à une rupture de ces médicaments parce l'Etat ne semble pas avoir honoré son engagement vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques. Aujourd'hui, les malades ont commencé le traitement et n'ont pas pu le continuer parce qu'il y a une rupture des médicaments.

Les promesses non tenues des autorités publiques peuvent décrédibiliser les actions des structures institutionnelles et rendre les populations réticentes aux préconisations de santé publique.

A la lecture des propos de nos interlocuteurs, les actions de prévention s'apparentent plus à de la propagande qu'à de la sensibilisation dans une certaine mesure, au-delà elles semblent s'inscrire dans la recherche d'une légitimité à exercer le pouvoir d'Etat. On note une personnification de la figure de l'Etat à travers les campagnes. En s'affichant en avant-première lors des campagnes, les politiciens semblent donner l'impression d'avoir une maîtrise de la variante sociale, peut-être en vue d'obtenir le consensus autour de leur mandat devant les défis du système de santé, entre autres, l'insuffisance de la réponse sanitaire, les difficultés d'accès véritables aux soins, l'insuffisance des personnels de santé, l'insuffisance du plateau médicotechnique ainsi que le recouvrement des frais de santé depuis le désengagement de l'Etat suite à l'initiative de Bamako en 1986 et, notamment la contestation politique.

La politisation de la communication de prévention est également ressentie sur le terrain,

notamment au niveau de la population. En effet, s'il arrive qu'une autorité politique associe son

Encadré 16: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, volontaire au sein d'une ONG de lutte contre le cancer, le 12 mars 2020

A.M : Que pensez-vous de l'action du Ministère de la santé dans l'organisation de la prévention ?

AC_1: ... Il reste encore beaucoup de travail à faire dans la sensibilisation et la lutte contre le cancer. Ce que nous attendons aussi de l'Etat c'est qu'il puisse mobiliser les autorités des circonscriptions où se tiennent nos activités afin qu'elles s'impliquent dans la mobilisation des populations, puisque ces autorités constituent des garants pour les populations qui sont plus réactives à leur message que par le nôtre. Elles ne nous connaissent pas donc elles participent difficilement ou avec beaucoup d'hésitation à nos activités... une de nos difficultés dans la sensibilisation se sont les problèmes de personnes au sein des autorités politiques locales. A titre d'exemple, dans une ville, nous avons pris contact avec le maire et un de ses adjoints. Au départ, le maire était très impliqué mais quand il a su que nous avons également pris contact avec son adjoint il a coupé tout contact avec nous jusqu'à la fin de l'activité. Dans ce cas, si la population préfère le maire à son adjoint elle ne participera pas à l'activité. C'est pourquoi, notre responsable voudrait qu'il ait un consensus au niveau des autorités politiques locales pour éviter ce genre de situation...

image ou soutient une activité de prévention, si elle ne fait pas l'unanimité chez une partie de la population, ces individus refusent de participer aux activités à l'exemple de la situation décrite par cette ONG qui intervient dans la lutte contre le cancer (Encadré 16).

Les ONG engagées dans la lutte souhaitent que les autorités politiques locales fassent fi de leurs différentes appartenances politiques et travaillent de concert afin de s'impliquer dans la prévention pour favoriser la participation des populations aux différentes campagnes de sensibilisation.

Le mode de fonctionnement des entités de la prévention, les conditions de production ainsi que le déroulement des campagnes laisse entrevoir l'emprise politique qui est omniprésente à toutes les étapes du processus. En effet, comment comprendre que les pouvoirs publics puissent demander des résultats à des structures qui ne bénéficient que de budget de fonctionnement

destinés au paiement des salaires (Encadré 3)⁵⁴⁴. En plus de cette situation, il est fait obligation aux techniciens de la santé de faire la publicité et remercier l'Etat pour son dévouement dans la cause de la santé (Encadré 13)⁵⁴⁵. C'est toute la maestria des stratèges politiques qui dit, définit et anime la communication de prévention en Côte d'Ivoire. Nous pouvons dire dans la perspective foucauldienne que la gestion de la santé apparaît donc comme un biopouvoir. D'une part, l'action des autorités publiques semble s'inscrire dans une perspective qui vise à convaincre les plus sceptiques et à neutraliser les conflits qui pourraient naître de leurs éventuelles difficultés à œuvrer à l'amélioration du bien-être des populations. D'autre part, la multiplication des actions de publicité qui précèdent les campagnes s'apparente à une campagne électorale et contribue à détourner l'attention des populations sur les problèmes sociaux, dans une certaine mesure.

A l'instar d'Isabelle Pailliar et de Géraldine Strappazon (2007)⁵⁴⁶ qui ont mis en avant la logique de publicité dans laquelle s'inscrivent les actions des pouvoirs publics, l'organisation de la communication de prévention en Côte d'Ivoire constitue un espace de mise en visibilité des gouvernants. Par ailleurs, elle permet de renforcer leur légitimité et met en lumière la faiblesse de la démocratie qui a cours dans les pays en voie de développement de l'Afrique subsaharienne. Ainsi, la communication de prévention semble être une technologie politique d'un pouvoir autoritaire qui investit et soumet les corps mais aussi les esprits. Si dans le premier cas, le gouvernement des corps est assuré par la diffusion des normes tel que développé par Michel Foucault, dans le second cas, celui de l'assujettissement des esprits, il se traduit par de nombreuses stratégies. Il est question de l'obligation d'une pensée unique, puisque, en plus de la réduction de marge de manœuvre des techniciens de la santé, ces derniers doivent réfléchir et diffuser des discours qui correspondent et s'inscrivent dans le raisonnement des dirigeants politiques. A côté de ce fait, les campagnes de sensibilisation font également ressortir les rivalités politiques au niveau des collectivités locales. Si bien que certaines autorités peuvent se désolidariser des actions sociales, si elles se tiennent sous l'égide de leurs adversaires politiques.

⁵⁴⁴ Encadré 3, page 241.

⁵⁴⁵ Encadré 13, page 250.

⁵⁴⁶ Isabelle Pailliar et Géraldine Strappazon, *op. cit.*

Les individus paraissent également sujets à cette influence des esprits. Cela se manifeste par les spots qui précèdent les campagnes qui font toujours référence à la figure d'un Etat « bienveillant » qui se soucie du bien-être de sa population. Au surplus, l'ampleur du débat politique est telle qu'il altère également le jugement des populations. Ainsi, ces dernières agissent aussi comme des politiques. Dans certains cas, elles refusent de se faire dépister si les campagnes de dépistage sont conduites par des autorités politiques avec lesquelles elles ne partagent pas la même idéologie (Encadré 16)⁵⁴⁷.

Les campagnes de prévention apparaissent alors comme des dispositifs de biopouvoir visant la soumission des corps et des esprits. Elles participent à la construction et au renforcement d'un ordre politique et social en Côte d'Ivoire. En plus de cette réalité, la communication de prévention constitue d'une part un instrument de déploiement de toute la stratégie politique des gouvernants et participe ainsi à la consolidation de leur légitimité, d'autre part, un moyen leur permettant de conserver le pouvoir.

⁵⁴⁷ Encadré 16, page 254.

2. Les insuffisances des dispositifs info-communicationnels

Dans le but d’appréhender la pertinence des dispositifs info-communicationnels, nous avons recueilli l’opinion de notre population-témoin, c’est-à-dire les malades atteints du cancer à l’unité d’oncologie du CHU de Treichville, sur la communication de prévention.

Nous présentons ici les caractéristiques des dispositifs info-communicationnels que nous analysons par rapport aux objectifs de la prévention, à savoir les moyens qui sont mis en œuvre afin de favoriser l’adhésion des populations aux recommandations de santé publique. Nous mettons, l’accent sur le décalage qui existe entre ces dispositifs d’information et les caractéristiques d’une partie de la population. Concrètement, nous abordons les insuffisances des dispositifs telles qu’énoncées par Michel Foucault dans le cadre des éléments relatifs aux vices du pouvoir. L’analyse des données fait ressortir un écart entre les dispositifs mis en place et les populations locales à différents niveaux.

2.1 Le caractère incompréhensible des messages par une partie de la population

Dans tous les supports de communication utilisés dans le cadre de la prévention des maladies chroniques tous les messages sont écrits et délivrés en langue française. Même si la Côte d’Ivoire est qualifiée de pays le plus francophone de la région ouest de l’Afrique, il n’en demeure pas moins que certaines réalités doivent être prises en compte. En effet, selon l’enquête par grappes à indicateurs multiples 2016, réalisée par l’Institut National de la Statistique (INS), le taux d’analphabétisme était estimé à 43,90% (concerne les personnes âgées de 15 ans et plus) en Côte d’Ivoire. De fait, une partie de la population peut ne pas comprendre les messages de prévention.

Au cours de notre enquête auprès des malades du CHU de Treichville, lorsque nous avons croisé les données entre le niveau de scolarisation et le fait d’avoir le souvenir d’une campagne de sensibilisation sur le cancer, nous avons obtenu les résultats qui sont consignés dans le tableau ci-dessous (Tableau 13).

Tableau 13: Relation entre le niveau d'étude et le souvenir d'une campagne de prévention ces dix dernières années

Niveau d'étude	Nombre de personnes ayant entendu parler d'une campagne de prévention	Pourcentage des personnes ayant entendu parler de campagne de prévention	Nombre de personnes n'ayant jamais entendu parler d'une campagne de prévention	Pourcentage des personnes n'ayant jamais entendu parler de campagne de prévention
Non scolarisés	44	26,7	118	57,9
Primaire	31	18,8	21	10,3
Secondaire	66	40	46	22,5
Supérieur	24	14,5	19	9,3
Total	165	100 ²	204	100

Dans notre population interrogée, 55,3%, n'ont jamais entendu parler de campagne de prévention. Parmi ces personnes, 57,9% ne sont pas scolarisées, 10,3% affirment avoir suivi le cycle primaire contre 22,5% pour le secondaire et 9,3% pour le supérieur. Le niveau de scolarisation semble être un élément déterminant dans les critères de réception, partant, il peut être considéré comme une cause de non réception et de non appropriation des messages. Comme l'a souligné Faustine Régnier (2018)⁵⁴⁸, l'illettrisme des populations est un facteur qui constitue un obstacle à l'adhésion des populations aux recommandations de santé publique, puisque les affiches de campagnes s'adressent seulement à une catégorie de personnes comme le montre les résultats de notre enquête.

Dans le cas des maladies chroniques, il n'y a pas de sensibilisation à l'endroit des analphabètes. Les messages ne sont pas traduits en langues locales comme c'est le cas pour le paludisme et la covid19.

Il est également important de noter que lors de notre enquête, nous avons échangé avec une femme sourde et muette atteinte du cancer de sein par l'intermédiaire de son époux qui nous a servi d'interprète. Nous nous sommes alors rendu compte que ces personnes, notamment les muets, les malentendants et les malvoyants, ne sont pas prises en compte dans les campagnes. Il n'existe pas d'audiodescription, de sous-titrages ou de transcription en langage des signes

⁵⁴⁸ Faustine Régnier, *op. cit.*

dans les mini-films de sensibilisation.

De ce point de vue, nous avons constaté qu'au niveau des programmes de santé, les messages et les supports de communication sont conçus en interne par un comité scientifique pluridisciplinaire. Il n'y a pas véritablement de pré-test qui soit réalisé auprès des destinataires finaux afin de tenir compte de leurs éventuelles propositions.

A côté des points évoqués ci-dessus, il est important de rappeler qu'en raison de l'insuffisance de moyens financiers, la sensibilisation qui précède la tenue des campagnes n'est pas accentuée, si bien que le nombre de personnes qui participent aux séances de dépistage est en-deçà des prévisions, comme l'ont souligné nos différents interlocuteurs institutionnels et communautaires de la prévention.

Au niveau du déroulement des campagnes, lorsqu'elles sont organisées dans les villes, elles se tiennent en moyenne sur deux jours. La durée qui est courte peut être évoquée au nombre des facteurs qui altèrent la portée des messages. Les populations, en raison de leurs différentes occupations professionnelles peuvent ne pas être disponibles pour participer aux activités de dépistages et sensibilisations.

En ce qui concerne l'insuffisance des informations sur le cancer au niveau des populations, les acteurs institutionnels de la prévention, nous ont expliqué qu'elles figurent au nombre des facteurs qui amenuisent les actions de la communication de prévention (Encadré 17).

Encadré 17: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 26 décembre 2019

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population?

AI_5: ... Je pense que c'est plus un problème d'ignorance, de manque d'informations qui fait que les gens ne vont pas vers les sites de dépistage de cancer. Et aussi un problème de nous-même prestataires de soins, nous sommes aussi un frein parfois à ces dépistages parce qu'on ne donne pas l'information ou bien parce qu'on ne donne pas l'information juste ou bien parce qu'on ne propose pas ce test quand bien même il existe dans le centre, on ne le propose pas à la population. Ça aussi, ce sont des freins.

L'insuffisance ou l'absence de communication sur le cancer a pour effet d'entraîner de « fausses » informations. A propos de ces a priori sur le cancer en Côte d'Ivoire, nous en avons recueilli quelques-uns auprès des malades lors de notre enquête (Encadré 18).

Encadré 18: Propos recueillis auprès des malades de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville sur le cancer du 19 au 23 mai 2020

« Le cancer fait peur »
« Il faut se faire retirer l'utérus après 45 ans »
« Dès qu'on a le cancer on vous coupe le sein »
« Le cancer est contagieux »
« Le cancer est incurable et fatal »
« Je n'écoute pas les messages sur le cancer parce que pour moi, on ne nous dit pas la vérité. Avant que les médecins confirment que j'ai le cancer de sein, j'ai une amie qui avait le cancer et qui a accepté de faire des séances de chimiothérapie et qui est finalement décédée. »
« La biopsie est dangereuse, elle multiplie les cellules cancéreuses ! »
« La chimiothérapie tue »
« Il paraît que le port du soutien-gorge à armature donne le cancer »
« Le port du soutien-gorge de couleur noir cause le cancer »
« Garder de la monnaie dans son soutien-gorge donne le cancer »
« Parler du cancer attire la malchance sur vous et vous pouvez avoir la maladie »
« Le cancer est un sort des jaloux ou des sorciers »
« Le cancer, le diabète et l'hypertension artérielle sont des maladies causées par les produits et l'alimentation des blancs »
« C'est la colonisation qui a apporté toutes ces maladies avant, aux temps de nos grands-parents, elles n'existaient pas. »

Ces propos révèlent que le cancer fait l'objet de croyances bien ancrées au sein de la population. Ces rumeurs qui circulent sur le cancer, le diabète et l'hypertension artérielle, dans les communautés découragent les individus dans leur volonté de se faire dépister et créent une stigmatisation des malades. Ces derniers préfèrent vivre cachés et souffrir en silence de peur de se faire rejeter par les autres. Des femmes parmi les enquêtés nous ont expliqué qu'elles ont été abandonnées par leur époux et leur famille après le diagnostic du cancer. Face à l'ignorance,

les populations développent des attitudes de peur et de crainte vis-à-vis de la maladie.

Certains patients affirment qu'avant leur diagnostic ils ne voulaient pas entendre parler de cancer et ne faisaient donc pas attention aux messages en raison du caractère effrayant de la maladie.

2.2 Les caractéristiques de la diffusion des messages

La diffusion des messages concerne les canaux de transmission et les lieux de diffusion.

2.2.1 L'inadéquation des moyens de transmission institutionnels des messages avec les habitudes informationnelles des populations

D'une façon générale, lors de nos entretiens avec les acteurs institutionnels de la communication de prévention, ces derniers ont mentionné le fait que les canaux de diffusion des messages de prévention sont la première chaîne de télévision nationale, la radiodiffusion nationale, quelques radios de proximité, la distribution de dépliants, l'affichage sur les grandes artères de la capitale et internet, dans une moindre mesure. Les moyens financiers faisant défaut, ces voies de diffusion grand-public ne peuvent pas être utilisées de façon optimale, vu que les coûts pratiqués sont prohibitifs (Encadré 19).

Encadré 19: Entretien avec un responsable institutionnel de la prévention, chargé de communication le 4 décembre 2019

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de vos activités de prévention ?

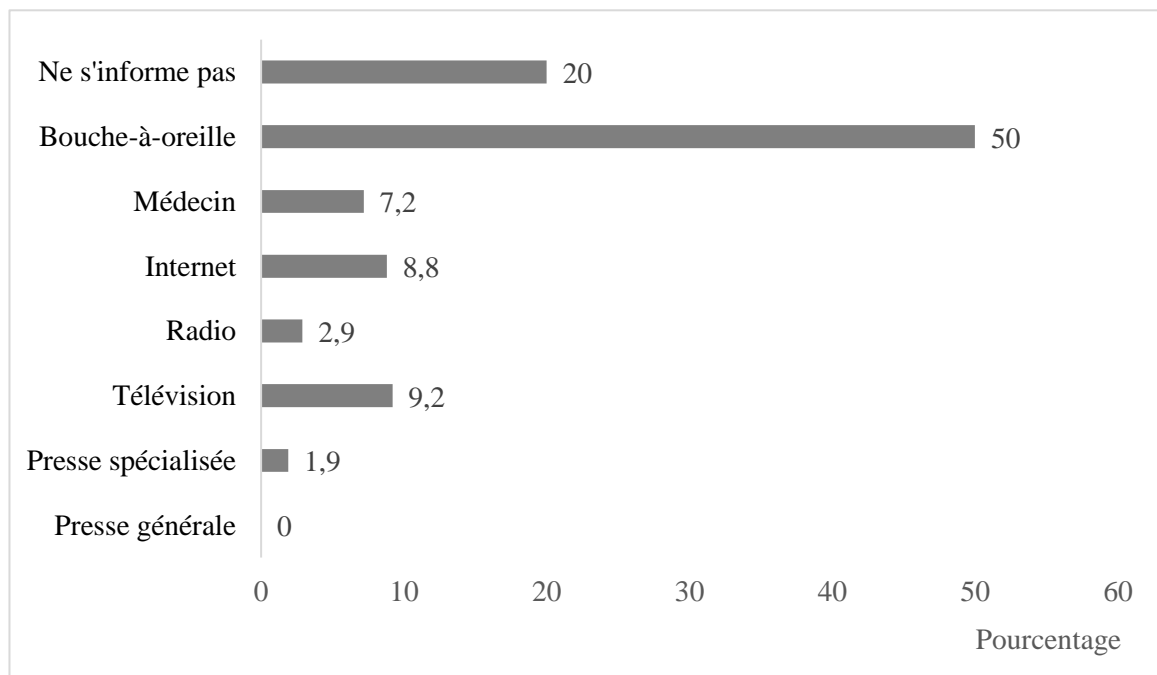
AI_3 : La conception et la diffusion d'affichage grand format, des spots à la télévision nationale coûtent excessivement cher et constituent une des difficultés de la prévention...

La fréquence de diffusion des recommandations de prévention est donc parcellaire et les messages ne sont pas suffisamment relayés. On note par conséquent une insuffisance de communication sur les médias traditionnels, puisque les structures chargées de la communication de prévention ne disposent pas de moyens financiers conséquents pour payer des espaces publicitaires afin de faire passer les recommandations de santé publique à la

télévision. Au niveau de la Radiodiffusion et de la télévision nationale, comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie de notre mémoire au chapitre 4 sur la situation de l'information de santé en Côte d'Ivoire, c'est à compter du 4 mars 2020 qu'un magazine consacré à la santé a commencé à être diffusé.

Au-delà des contraintes politiques, la communication de prévention dépend, dans une certaine mesure, de la variante économique. En effet, l'insuffisance de ressources financières peut empêcher le déploiement véritable de la stratégie de communication. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la portée des messages auprès des populations. Selon les propos des animateurs de la prévention, il ressort que la communication de prévention à travers les moyens classiques de diffusion n'est pas mise à contribution conformément aux vœux des programmes de santé qui voudraient communiquer davantage afin de sensibiliser un plus grand nombre de personnes. Afin d'évaluer la pertinence d'une telle affirmation qui suppose que la communication par le moyen des médias traditionnels a pour effet d'atteindre la majorité de la population, nous avons interrogé les malades sur les supports qu'ils mobilisent dans la recherche d'information sur leur santé. Les résultats sont consignés dans la figure ci-après (Figure 22).

Figure 22: Répartition des interrogés par rapport aux supports d'information (Enquête 2020)



La majorité des répondants, soit 50% utilisent le bouche-à-oreille pour s'informer, 20% ne s'informent pas du tout. Si la télévision est le moyen d'information de 9,2% d'entre eux, internet, quant à lui, est priorisé par 8,8% alors que 7,2% préfèrent s'informer auprès des médecins, quand respectivement 2,9% et 1,90% s'informent par le biais de la radio et de la presse spécialisée. Aucun des répondants n'utilise la presse générale comme moyen d'information.

A la lecture de ces chiffres, nous faisons le constat que plus de la moitié des répondants mobilisent des canaux de communication informelle, ces derniers préfèrent s'informer auprès de leur proche et de leur communauté. Ces résultats laissent transparaître la dimension communautaire d'appropriation de l'information de santé qui caractérise les sociétés dites traditionnelles. En effet, comme nous l'avons mentionné dans la deuxième partie de notre travail, la communication de bouche-à-oreille a été pendant longtemps le moyen de communication publique dans la Côte d'Ivoire précoloniale. Cette communication était le fait des crieurs traditionnels appelés griots. Malgré la transformation de la société ivoirienne en raison de la colonisation, les populations continuent de garder les us issus de leur patrimoine culturel. Ceci pourrait expliquer le taux élevé de personnes qui ont recours à la communication de voisinage comme source d'information.

En raison des voies d'information mobilisés par la population, nous pouvons supposer que, même si les programmes de santé disposent de moyens importants afin d'assurer une communication soutenue dans les médias traditionnels, cela peut ne pas obtenir l'effet escompté, à savoir, toucher le maximum de personnes en raison du fait que les populations préfèrent s'informer via leur communauté. D'un autre côté, une communication abusive peut entraîner des effets de « brouillage » ou de « saturation » (Ollivier-Yaniv, 2001)⁵⁴⁹.

2.2.2 La diffusion parcellaire des messages

Au nombre des difficultés de la communication de prévention, les responsables évoquent également le coût élevé de réalisation de l'affichage grand public qui est édité la plupart du temps grâce à certains partenaires. Les affiches grand-format sont rares en raison du coût de production. C'est donc dans les grandes villes du pays que l'affichage grand-public est

⁵⁴⁹ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

accentué.

A côté de ce fait, il convient de noter qu'en raison des moyens logistiques insuffisants, les campagnes de communication sont davantage organisées dans des grandes agglomérations par rapport aux villes de l'intérieur du pays. Dans le but d'apprécier les conséquences de ces choix stratégiques, au niveau de notre enquête, nous avons fait un parallèle entre le lieu de résidence et la réception des campagnes de prévention (Tableau 14).

Tableau 14: Relation entre le lieu de résidence et le souvenir d'une campagne de prévention

Lieu de résidence	Souvenir d'une campagne de prévention ces dix dernières années				Total	Pourcentage
	Oui	Pourcentage	Non	Pourcentage		
Abidjan 1-Grands ponts, Abidjan 2	132	80	134	65,7	266	72,1
Sud-Comoé	9	5,5	11	5,4	20	5,4
Loh-Djiboua	5	3	10	4,9	15	4,1
Bélier	6	3,6	8	3,9	14	3,8
Haut Sassandra	3	1,8	10	4,9	13	3,5
Gbeké	4	2,4	7	3,4	11	3
Marahoué	3	1,9	8	3,9	11	3
Tonpki	0	0	6	2,9	6	1,6
Boukani-Gontougo	0	0	4	1,9	4	1,1
Kabadougou- Bafing-Folon	2	1,2	1	0,6	3	0,8
Worodougou-Béré	1	0,6	2	0,9	3	0,8
Poros-Tchologo-Bagoué	0	0	3	1,6	3	0,8
TOTAL	165	100	204	100	369	100

Parmi les enquêtés qui avaient déjà entendu parler des campagnes de prévention, 80% d'entre eux, résident dans la région des lagunes, c'est-à-dire la région d'Abidjan, la capitale économique. 5,5%, habitent les périphéries de la capitale. Les 14,5% restant résident dans les 10 autres régions sanitaires. Cette situation dénote une disparité dans l'organisation des campagnes. Les campagnes sont plus prégnantes dans les grandes agglomérations que dans les milieux ruraux. Ces chiffres concordent avec les informations que nous avons consultées au niveau des programmes de santé sur les lieux de déroulement des campagnes. Cette inégalité

dans la couverture médiatique, qui a été mise en exergue par Joëlle Kivits et al (2014)⁵⁵⁰ en France, constitue également en Côte d'Ivoire, une insuffisance des supports info-communicationnels qui peut entraîner des attitudes de rejet chez les populations les moins informées. La forte concentration des campagnes dans la capitale économique peut être évoquée au nombre des raisons du dépistage tardif chez les populations qui résident en-dehors de la capitale. C'est ce que déplore cet acteur institutionnel de la prévention (Encadré 20).

Encadré 20 : Entretien avec un responsable institutionnel de la prévention, technicien de la santé, le 12 décembre 2019

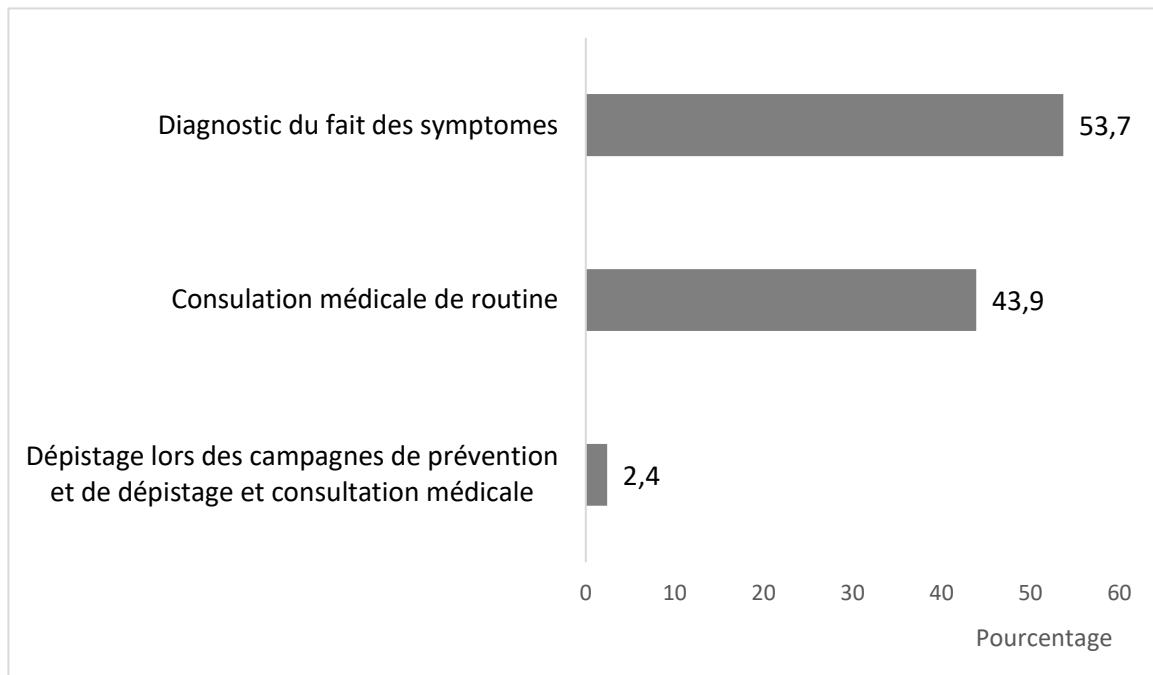
A.M : Est-ce que vous êtes sollicité pour participer aux actions de prévention par les programmes de santé / les ONG (merci de préciser) ? Quel est votre apport ?

AI_4 : ... Avec les activités de prévention, de dépistage, on a eu vraiment des cas de détection précoce, mais étant donné que les campagnes sont concentrées beaucoup à Abidjan, les patients qui viennent d'autres régions arrivent tard surtout à des stades de complications. Donc on doit multiplier plus d'actions, décentraliser ces actions au niveau d'autres localités dans tout le pays.

Les campagnes de prévention ont lieu le plus souvent dans la capitale économique au détriment des autres villes du pays. Cette centralisation des actions de prévention défavorise les populations résidant en-dehors d'Abidjan et a des répercussions sur les probabilités d'une détection précoce du cancer. Ainsi, dans le but de vérifier cette éventualité, nous avons voulu connaître les modalités de diagnostic du cancer chez les patients que nous avons interrogés. La figure ci-dessous récapitule les réponses de notre population-témoin sur les circonstances de diagnostic de leur maladie (Figure 23).

⁵⁵⁰ Joëlle Kivits[et al.], *op. cit.*

Figure 23: Répartition des enquêtés selon les circonstances de diagnostic du cancer (enquête 2020)



La quasi-totalité des répondants, soit 97,6%, affirment qu'ils ont su qu'ils étaient atteints d'un cancer lors d'une consultation médicale et cela a été ensuite confirmé par des examens. Cette consultation a été suscitée par la dégradation de leur état de santé. Les autres interrogés soit 2,4% ont connu leur diagnostic qui a été confirmé ensuite par des examens après leur participation à des campagnes de dépistage. Ces résultats pourraient traduire le manque d'intérêt que les populations manifestent vis-à-vis des campagnes de prévention pour des raisons que nous avons évoquées plus haut. L'absence d'information peut également expliquer le désintérêt des individus pour les séances de sensibilisation.

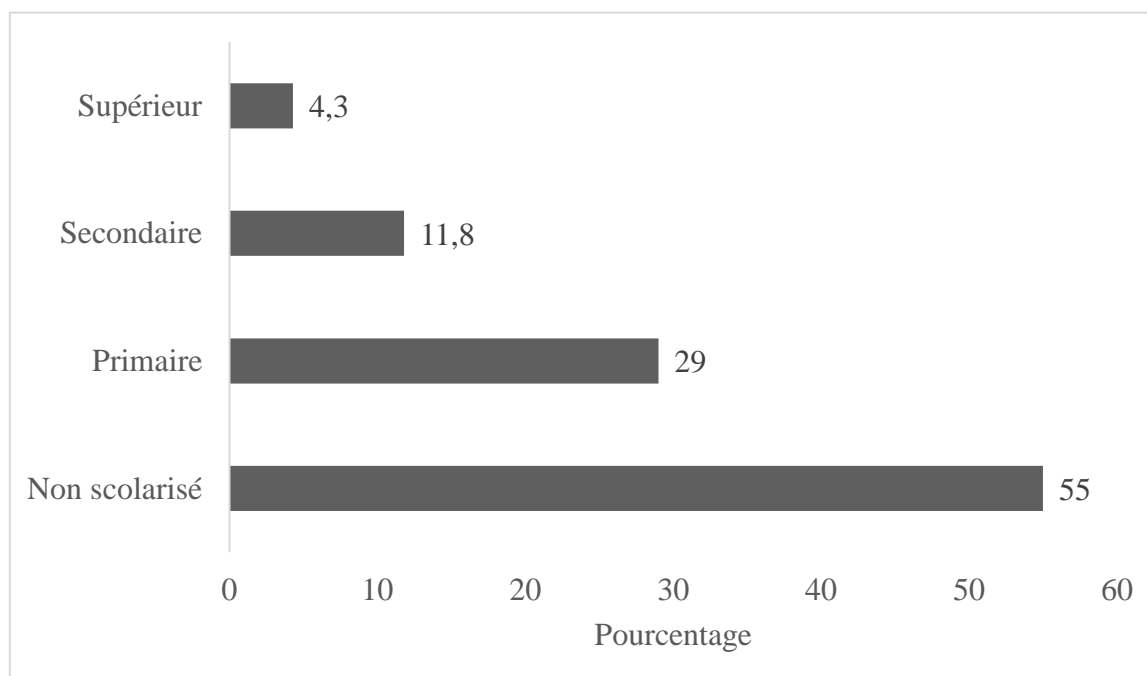
D'autres éléments que nous n'avons peut-être pas pris en compte peuvent également justifier le fait que les interrogés ne participent pas aux campagnes de dépistage. Ainsi, le rapport biennal du registre du cancer pour la période 2014 à 2015 indique que 80% des cancers sont dépistés tardivement, au stade des métastases. Cette situation a pour effet de compliquer la prise en charge thérapeutique et réduit les chances de survivre à un cancer (N'da et al, 2015)⁵⁵¹.

⁵⁵¹ N'da, Ayemou et Adoubi, *op. cit.*

2.2.3 La répartition des messages retenus en fonction du niveau scolaire

Au niveau des réponses à cette question, nous avons constaté une réduction de notre échantillon de départ des trois quarts. Ainsi, de 44,7% de notre échantillon représentant le nombre de patients ayant entendu parler de campagnes de prévention, nous sommes passés à 25,2% correspondant au pourcentage d'interrogés ayant retenu un message. Parmi ceux qui ont entendu parler de campagnes de prévention et n'ont pas retenu de message, lorsque nous faisons un parallèle avec le niveau scolaire, nous obtenons la figure suivante (Figure 24).

Figure 24: Lien entre le niveau scolaire et le message retenu (enquête 2020)



Parmi les personnes qui n'ont pas retenu de messages, 55% sont analphabètes et 29% ont fait des études primaires. Ceux qui affirment avoir effectué des études secondaires ou supérieures représentent respectivement 11,8% et 4,3%. Nous pouvons donc affirmer que le niveau de scolarisation influence dans une certaine mesure le processus de mémorisation des recommandations.

2.2.4 Le message retenu

A ceux qui avaient le souvenir d'une campagne de prévention, nous leur avons soumis une série de slogans qui figurent sur les affiches des campagnes (Annexes 1 et 2). Les résultats figurent dans le tableau ci-dessous (Tableau 15).

Tableau 15: Répartition des messages retenus par les répondants

Quels messages avez-vous retenu des campagnes de communication	Nombre	Pourcentage
	Se faire vacciner contre l'hépatite pour prévenir le cancer du foie	0
Ne pas consommer d'alcool	0	0
Tabac l'ami du cancer	1	0,9
Faire vacciner les jeunes filles de 9 à 14 ans contre le papillomavirus pour prévenir le cancer du col de l'utérus	1	0,9
Se faire dépister du cancer de la prostate	2	1,9
Mangeons équilibré, varié et sain	2	1,9
Activité physique un remède contre les maladies chroniques	5	4,7
Cancer du sein, le dépistage peut te sauver la vie	9	8,5
Se faire dépister du cancer du col de l'utérus	14	13,2
N'attendez plus, faites votre autopalpation	72	68

L'utilité de se faire dépister du cancer de sein enregistre le plus fort taux soit 68%. L'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus correspond à 13,2% des réponses. La nécessité du diagnostic précoce du cancer afin d'augmenter les chances de guérison concerne 8,5%. La recommandation sur l'activité sportive enregistre 4,7% des réponses. Le dépistage de la prostate et la consommation de repas équilibrés enregistrent chacun un taux de 1,9%. L'interdiction du tabac et la vaccination des jeunes filles contre le papillomavirus pour prévenir le cancer du col de l'utérus correspondent respectivement à un taux de 0,9%. Aucun des répondants n'a fait allusion au danger de la consommation abusive de l'alcool et à l'importance de la vaccination contre l'hépatite dans la prévention du cancer du foie. Pour tous les répondants, il n'existe pas de lien entre ces éléments et la survenue d'un cancer. Ces derniers ne voient pas l'intérêt de se faire vacciner contre l'hépatite et de s'arrêter de consommer de l'alcool pour éviter un cancer.

Au surplus, tous les répondants dénoncent une trop grande féminisation du cancer dans les campagnes au détriment des autres cancers, notamment en ce qui concerne les cancers de l'homme à l'image du cancer de la prostate. Pour ces derniers, ils entendent plus parler du dépistage du cancer de sein (Encadré 21).

Encadré 21: Propos recueillis auprès d'un patient atteint de cancer du foie au sein de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire) le 16 mars 2020

On ne parle que du cancer des femmes, le cancer de sein. Les autres cancers là on n'en parle pas. On n'a aucune information sur les autres cancers alors qu'ils existent...

En effet, lors de notre enquête, la majorité des affiches auxquelles nous avons eu accès traitent plus du cancer du sein que celui des autres organes comme le foie ou le colon. Cette absence ou cette insuffisance de communication sur les autres types de cancer constitue une insuffisance de la stratégie de communication qui peut amener les populations à consulter tardivement l'hôpital.

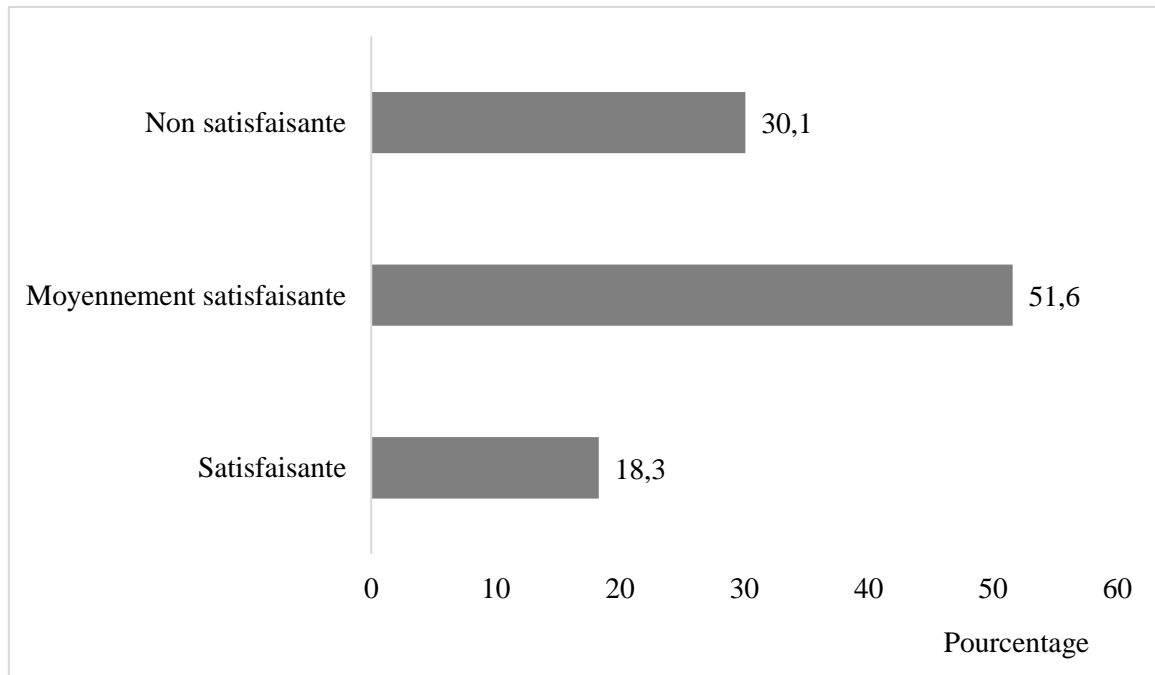
2.3 Le caractère non convaincant des campagnes

Nous avons voulu connaître l'opinion des interrogés sur l'information diffusée. Il s'agit entre autres de la clarté des messages et du niveau de persuasion.

2.3.1 La clarté des messages

Les avis des interrogés sur la clarté des messages sont consignés dans la figure ci-dessous (Figure 25).

Figure 25: Avis des répondants sur la clarté de l'information diffusée (enquête 2020)



Parmi les personnes qui ont retenu un message, 51,6% jugent les informations moyennement satisfaisantes. 30,1%, les trouvent satisfaisantes. Pour les 18,3% restants, ces informations ne sont pas du tout satisfaisantes. Au nombre des raisons évoquées, nous avons noté une absence d'information explicite sur les facteurs de risques et les premiers signes du cancer. Lorsque nous avons demandé aux enquêtés de donner les raisons pour lesquelles ils ne trouvent pas l'information satisfaisante, ils ont surtout mentionné les messages sur l'alimentation, le sport et le dépistage du cancer. Pour eux, les slogans tels que « mangeons équilibré, varié et sain », « activité physique un remède contre les maladies chroniques », « cancer du sein, le dépistage peut te sauver la vie » et « obésité un danger pour la santé » ne sont pas assez explicites. Les enquêtés mentionnent le fait que l'image qui illustre le slogan sur l'alimentation est quelque peu difficile à comprendre (Figure 26).

Figure 26: L'importance d'une alimentation équilibrée PNLMM-PNPMNT / PNN



Pour les patients, le message : « mangeons sain » renvoie à la consommation exclusive de fruits alors qu'un être humain ne peut pas se nourrir que de fruits. Les patients affirment également qu'ils ne comprennent pas exactement à quoi font références les termes « équilibré » et « varié » employés dans ce message du fait que l'on ne voit que des fruits et légumes sur l'affiche.

Au nombre des messages « ambigus », les répondants mentionnent également, les affiches diffusées lors des campagnes « Octobre rose » sur le dépistage du cancer de sein. A l'exemple de l'affiche ci-dessous (Figure 27)⁵⁵².

Figure 27: Le dépistage du cancer de sein - PNLCA

Pour les malades, même si l'expression « dépister » est employée depuis un moment lors des campagnes, sa signification ne paraît pas aussi évidente. Ils évoquent certains éléments qui, pour eux, sont importants dans le processus d'appropriation, à savoir, le sens exact du terme, le lieu où réaliser le dépistage et les personnes ressources pour cet examen. Selon ces derniers, l'absence de ces informations rend le message imprécis.



⁵⁵²Affiche diffusée par le PNLCA lors de la campagne « Octobre rose » sur le cancer de sein en 2017 (toutes les affiches sur le dépistage sont semblables à celle-ci annexe 1).

Figure 28: L'importance de l'activité physique –
PNLMM-PNPMNT



En ce qui concerne la pratique de l'activité physique (Figure 28), les interrogés ont mentionné le fait qu'ils ignorent les modalités pratiques de cette activité physique, surtout en ce qui concerne les mots « intense à modérée » figurant dans la notice explicative de l'affiche.

En raison de la relation positive avec l'embonpoint que nous avons évoquée au chapitre 4 de la deuxième partie de notre mémoire, nous pensons que cette thématique doit être abordée sous un angle plus conciliateur afin de ne pas faire l'objet d'un rejet systématique des populations. Ainsi, les patients interrogés ne comprennent pas le lien entre l'obésité et les maladies chroniques (Figure 29).

Figure 29: Les dangers de l'obésité -
PNLMM -PNMPNT



2.3.2 Le niveau de persuasion des messages

Les personnes qui ont retenu les messages de prévention soit 25,7%, se sont prononcés sur le caractère convaincant des messages. Les résultats sont consignés dans le tableau suivant (Tableau 16).

Tableau 16: Répartition des messages selon le niveau de persuasion

Comment jugez-vous le niveau de persuasion des messages	Satisfaisant	Moyennement satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Femmes	26	44	16
Hommes	1	4	2
Total	27	48	18
Pourcentage	29	51,6	19,4

Parmi les répondants, 29% jugent les messages persuasifs, 19,4% pensent le contraire et 51,6% trouvent les messages moyennement satisfaisants. Parmi les personnes qui jugent les messages non convaincants, des patientes soit 88,8%, affirment que les messages sur les signes dans le cas du cancer du sein par exemple ne sont pas exhaustifs. Ces patientes, se plaignent du fait que leur cancer n'a pas débuté par l'apparition d'une boule dans le sein. Certaines évoquent des brûlures ou picotements, d'autres des écoulements au niveau du mamelon, d'autres encore le retournement du mamelon. Pour ces dernières, l'absence d'affiches sur les différents signes d'alerte du cancer de sein ne permet pas de prendre la décision de consulter tôt un médecin, c'est la raison pour laquelle leur cancer a été découvert au stade tardif.

2.3.3 Les personnes indiquées pour animer les campagnes de sensibilisation

En vue de connaître l'opinion de tous les patients sur les intervenants des campagnes, c'est-à-dire les acteurs que les programmes de santé mettent à contribution dans les mini-films et dans les campagnes, nous leur avons demandé de se prononcer sur les personnes ressources qui devraient s'exprimer lors des campagnes. En effet, lors des entretiens avec les acteurs institutionnels de la communication de prévention, ils nous ont expliqué que les agences de communication qui réalisent les mini-films, les spots, les dépliants et autres supports de communication sont sollicitées uniquement en vue d'exécuter les commandes. Ainsi, les

maquettes, les slogans sont conçus en interne, au niveau des programmes par une équipe de spécialistes en communication, infographes, graphistes. Il est rare que les programmes tiennent compte des propositions des agences de communication.

Les réponses des enquêtés sont récapitulées dans le Tableau 17.

Tableau 17: Répartition des réponses selon les personnes ressources pour la sensibilisation

Qui devrait s'exprimer	Nombre	Pourcentage
Autorités villageoises	1	0,3
Artistes	6	1,6
Politiques	9	2,4
Ne se prononce pas	10	2,7
Associations	16	4,3
Journalistes	18	4,8
Médecins	35	9,5
Malades guéris	369	100

Toutes les réponses des enquêtés, soit 100%, sont pour l'intervention des malades guéris dans les campagnes de sensibilisation. En plus de ce choix, parmi les interrogés 9,5%, sont en faveur des professionnels de la santé en raison de leur savoir scientifique, par contre, ils voudraient que ces derniers soient de véritables oncologues et non des acteurs de cinéma à l'image des comédiens qui figurent dans les films de prévention en Côte d'Ivoire. Pour eux, la question des maladies chroniques est trop sérieuse pour qu'elle soit mimée par des artistes, qu'ils soient acteurs de cinéma ou chanteurs.

2,4% des répondants sont favorables à la participation des politiques aux campagnes, puisque, selon les patients, le pouvoir de décision leur appartient. Pour les malades qui ne partagent pas leur avis, ils n'accordent pas de crédit à la présence des politiciens parce que ces derniers ne respectent pas leur promesse. Ils dénoncent le manque d'implication véritable des politiques sur le terrain en dehors des médias. Pour les malades, l'action des politiques relève plus de la « publicité ». Pour preuve, les malades rappellent le discours du Vice-président de la République de Côte d'Ivoire relatif à la gratuité des soins dans la prise en charge contre le cancer. Ainsi, les engagements non tenus des gouvernants entachent leur crédibilité, et partant

leur légitimité à communiquer sur la question du cancer auprès des malades.

Pour la majorité des répondants, la participation des malades rendrait la sensibilisation efficace et plus crédible. Jusqu'à présent, les malades sont absents des campagnes de sensibilisation institutionnelles. Les malades qui interviennent dans les mini-reportage sur le cancer, le font à visage caché pour des raisons qui leur sont personnelles. Au surplus, dans ces reportages, à l'exemple de celui qui a été diffusé le 4 mars 2020 à la Radiotélévision Nationale (RTI 1), dans le premier magazine consacré à la lutte contre le cancer, le journaliste a mentionné le décès de certains malades avant la diffusion de la vidéo. Ces éléments peuvent décourager les populations dans leur volonté de se faire dépister ou prendre en charge.

Pour les malades, l'expérience de la maladie justifie leur plébiscite en faveur des malades comme personnes ressources pour relayer les messages de sensibilisation. Selon eux, l'intervention d'un malade en rémission dans la sensibilisation peut engendrer des effets bénéfiques. Elle peut redonner espoir aux malades en traitement, d'une part, et, d'autre part, inciter ceux qui souffrent en silence à consulter. La participation des malades à la sensibilisation a la possibilité également d'amener les populations à prendre conscience de la réalité du cancer et mettre fin aux préjugés sur le cancer. Au surplus, elle peut favoriser la réception des messages et augmenter les chances de détection précoce des cas. En effet, faire témoigner les malades en rémission lors des campagnes de sensibilisation pourrait encourager les populations au dépistage. A l'instar des propos de ces patientes que nous avons rencontrées lors de notre enquête (Encadré 22).

Encadré 22: Propos recueillis auprès des malades de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville sur le cancer du 19 décembre 2019 au 23 mai 2020

<p>« Si les malades atteints du cancer témoignent dans les campagnes, cela rendra la sensibilisation plus sérieuse et amènera les populations à se faire dépister. » ;</p> <p>« Si je suis venue à l'hôpital c'est parce que mon époux m'a présenté une dame en rémission sinon je n'aurai jamais consulté... »</p>

Toujours en ce qui concerne la qualité des personnes indiquées pour animer les campagnes de sensibilisation, surtout au niveau des cancers féminins, certaines patientes souhaitent que le personnel de santé qui réalise le dépistage soit des femmes. Pour elles, il est inconcevable que

des hommes parlent de cancer de sein ou du col de l'utérus, puisqu'ils ne sont pas concernés. Elles évoquent également des raisons religieuses qui font qu'elles ne veulent pas montrer leurs parties intimes à d'autres hommes en dehors de leur conjoint. La barrière culturelle par rapport

Encadré 23: Propos recueillis auprès d'une patiente atteinte de cancer du sein à l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire), le 1^{er} avril 2020

« Dans ma religion, le corps de la femme est sacré, elle doit le montrer qu'à son époux, ou en cas de maladie à une autre femme, médecin, il est donc inconcevable pour moi de participer à des campagnes de prévention où le dépistage est réalisé par des hommes. »

au refus des femmes de participer au dépistage organisé à leur intention a été évoquée par Coralie Pereira (2018)⁵⁵³, dans notre mémoire, ces barrières sont relatives à des convictions religieuses (Encadré 23).

Au demeurant, pour tous les interrogés, en plus du témoignage des malades en rémission, il est aussi important de décentraliser les centres d'exams de diagnostic afin d'éviter que les malades se déplacent jusqu'à la capitale économique (Abidjan) pour réaliser les tests de confirmation des cas. En effet, la distance peut décourager les personnes désireuses de se faire dépister. L'insuffisance des centres de diagnostic est aussi décriée par cet acteur communautaire œuvrant dans la lutte contre le cancer que nous avons rencontré (Encadré 24).

⁵⁵³ Coralie Pereira Da Silva, *op. cit.*

Encadré 24: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, administrateur d'une ONG de lutte contre le cancer, le 19 août 2020

A.M : Que pensez-vous de l'action du Ministère de la santé dans l'organisation de la prévention ?

AC_2: Il faut que l'État mette à la disposition des malades des centres d'examen de diagnostic et de traitement. D'ailleurs, même à Abidjan, il n'y a plus de centres de cryothérapie si ce n'est au privé. Il n'y a n'en plus et quand il n'y a n'en plus comme ça, qu'est-ce qu'on fait ? Il faut repartir dans les centres là pour faire un suivi, pour voir si l'appareillage que nous avons déposé là fonctionne toujours, mais ça ne se fait pas. A Koumassi ça fait un an que ça ne fonctionne pas, je sais que ça été signalé au Directeur de l'hôpital, l'Etat a envoyé des maintenanciers qui sont allés se faire former en Europe pour venir suivre ces appareils-là, mais ils sont débordés... La dernière fois j'ai été à l'Institut National de la Santé Publique, j'ai vu que le service de lutte contre le cancer où on fait la mammographie, le dépistage, la cryothérapie était fermée avec des cadenas. Je me suis renseigné auprès du docteur que j'ai rencontré le même jour dans le centre il m'a expliqué que c'est parce que leur mammographe est tombé en panne il y a longtemps, ils n'ont pas pu le réparer. Le seul mammographe des structures publiques qui devrait être fonctionnel actuellement c'est celui du CHU de Treichville. Bof ! Je viens de me renseigner il est en panne. Où iront donc les malades que nous dépistons ? Tout ça se sont des difficultés vous voyez, dans ce cas-là il n'y a pas lieu d'aller faire un dépistage, il n'y a pas lieu d'aller faire une sensibilisation.

Une chose est de dépister, l'autre est de pouvoir confirmer ou infirmer les cas. A cet effet, Philippe Lamoureux (2005)⁵⁵⁴ soulignait qu'il n'est pas opportun d'organiser des campagnes de sensibilisation si la réponse du système sanitaire n'est pas en mesure de répondre aux sollicitations qui pourraient résulter de ces campagnes. Ainsi, même si certains cas sont dépistés lors des campagnes, l'insuffisance des centres de diagnostic ne permet pas aux populations

⁵⁵⁴ Philippe Lamoureux, *op. cit.*

d'être situées par rapport à leur état de santé. Ces propos confirment l'observation que nous avons faites dans la deuxième partie de notre mémoire à propos de la disparité de la réponse sanitaire qui est plus pourvue au sud par rapport aux autres régions sanitaires du pays. Cette situation, constitue selon les acteurs de la communication de prévention, un des éléments qui découragent les populations qui désirent participer aux campagnes.

2.4 Une insuffisance de communication sur le cancer auprès des malades

Dans le cadre de notre enquête, nous avons voulu saisir les connaissances, les attitudes et les pratiques des patients pendant leur itinéraire thérapeutique.

2.4.1 Les connaissances des patients sur le cancer

Nous nous sommes intéressée aux connaissances des patients afin d'appréhender les enjeux de de la communication dans la relation soignant/soigné. A cet effet, nous leur avons soumis deux questions, à savoir les connaissances sur la maladie et le traitement.

Le tableau ci-dessous résume les réponses des malades (Tableau 18).

Tableau 18: Répartition des enquêtés selon les réponses sur les connaissances de la maladie

Réponses	Connaissance des manifestations	Pourcentage	Connaissances des traitements	Pourcentage
Oui	302	81,8	252	68,3
Non	67	18,2	117	31,7
Total	369	100	369	100

Interrogés sur les symptômes de la maladie, la majorité des malades soit 81,8% se réfèrent à leur expérience personnelle et non à des informations scientifiques. Pour les 18,2% restants ils ne se rappellent d'aucun symptôme conforme à ce qui est évoqué dans les campagnes de prévention.

A propos des connaissances sur le traitement, 68,3% des répondants affirment qu'ils ont une idée du protocole de prise en charge. Lorsque nous leur avons demandé d'expliquer concrètement en quoi consistait leur traitement, ces derniers ont répondu qu'ils avaient juste

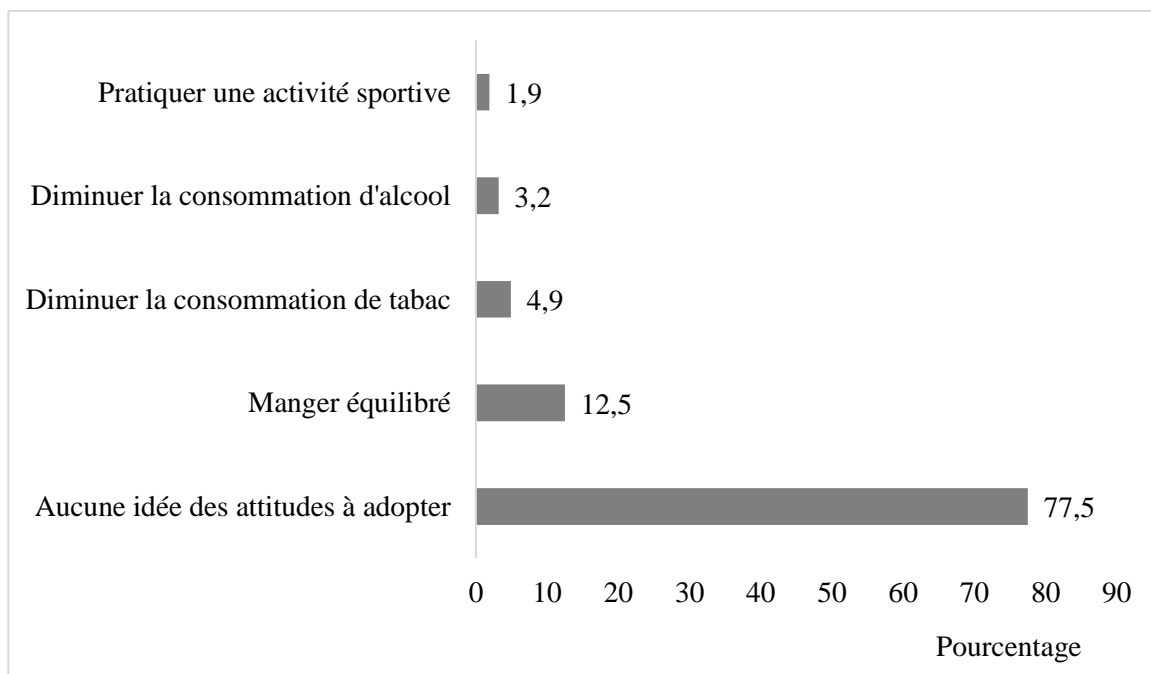
une idée très vague sur la question et qu'ils n'osaient pas poser les questions sur les détails de leur prise en charge aux oncologues en raison de la peur de la maladie. Cette situation traduit le sentiment de crainte qui anime les malades. Pour les autres, soit 31,7%, ils n'ont aucune idée des étapes de la thérapie.

Il est important de noter l'absence d'une prise en charge psychologique des malades. Cet accompagnement pourrait être mis en place dès l'annonce de la confirmation du diagnostic afin d'aider les malades dans leur parcours thérapeutique.

2.4.2 Les attitudes de prévention secondaire

Dans le but d'appréhender les enjeux de la communication entre soignant et soigné, nous avons également demandé aux patients de se prononcer sur une liste de mesures de prévention recommandée par les médecins dans leurs conduites thérapeutiques. Les réponses suivantes que nous présentons sous la forme d'un diagramme à bâton, font références aux attitudes de prévention secondaire des patients (Figure 30).

Figure 30: Répartition des réponses sur les attitudes de prévention secondaire (enquête 2020)



Sur cette question, la majorité des répondants soit 77,5%, affirment qu'ils ignorent l'existence

d'attitudes à adopter au cours de leur traitement. En ce qui concerne les patients qui se sont prononcés, 12,5% d'entre eux affirment qu'ils ont une alimentation riche en fruits et légumes, 1,9% pratiquent une activité sportive. Les attitudes à avoir vis-à-vis des addictions, notamment le tabac et l'alcool, elles enregistrent respectivement des taux de 4,9% et 3,2%.

Le fait que les patients ne sont pas informés sur les attitudes à adopter durant leur traitement peut être due à l'absence de groupe de parole et de counseling où les malades pourraient exposer leurs inquiétudes mais aussi s'informer sur les attitudes idoines à adopter durant leur conduite thérapeutique.

2.4.3 Des patients qui ne souhaitent pas participer aux campagnes de sensibilisation

Le tableau qui suit récapitule les réponses des patients quant à leur disposition éventuelle à participer aux campagnes de sensibilisation (Tableau 19).

Tableau 19: Répartition des répondants selon leur accord pour participer à la sensibilisation

Etes-vous prêt à témoigner autour de vous	Nombre	Pourcentage
Oui	6	1,6
Non	363	98,4
Total	369	100

Parmi les enquêtés, seulement 1,6% ont émis le souhait de participer à des campagnes de sensibilisation. La majorité des patients, soit 98,4% ne sont pas disposés à être des relais de sensibilisation, pourtant, ces derniers mentionnaient plus haut, l'importance pour les malades de participer aux actions de prévention.

Interrogés sur ce sujet, les patients avancent plusieurs raisons. Certains évoquent des problèmes de stigmatisation dans leur communauté, d'autres, la culpabilité d'avoir consulté tardivement, d'autres encore, les difficultés à accepter la maladie. Tous font également allusion au mauvais œil ou à la sorcellerie dont ils peuvent être victimes et remettent encore en cause le manque d'informations suffisantes sur le cancer (Encadré 25).

Encadré 25: Propos recueillis auprès une patiente atteinte de cancer du sein à l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire), le 30 mars 2020

« Nous ne sommes pas véritablement informés sur le mal que nous avons notamment sur les facteurs de risques, les différentes étapes du traitement et les éventuels effets secondaires. Comment pourrions-nous être des relais auprès de nos sœurs. »

2.5 L'insuffisance de sensibilisation institutionnelle sur les réseaux socio-numériques et le manque de coordination entre les actions de communication de prévention

Le champ de la prévention en Côte d'Ivoire est miné par bien des situations. A côté des insuffisances évoquées par les patients interrogés, nous avons également constaté certaines limites de la communication de prévention. Il s'agit de l'insuffisance de sensibilisation sur les médias socio-numériques et le manque de coordination entre les actions de communication de prévention.

2.5.1 L'absence de sensibilisation sur les réseaux socio-numériques

En raison de la mutation des modes de communication, internet constitue désormais un moyen incontournable de diffusion de l'information ; et, partant, une source d'information pour certains publics. Cependant, dans la communication de prévention en Côte d'Ivoire, les deux programmes de santé en charge des maladies dont il est question ici, n'ont pas de site internet qui pourrait permettre au public cible de s'informer, soumettre leurs préoccupations et, participer éventuellement aux activités organisées. Nous avons relevé également une absence de communication sur les réseaux socio-numériques, notamment dans les groupes de discussions sur la thématique des maladies chroniques. Les actions des programmes manquent ainsi de visibilité. Plusieurs pages Facebook appartiennent au même programme de santé. La dernière page Facebook du Programme National de Lutte contre le Cancer a été créée en janvier 2020, probablement en prélude à la célébration de la journée internationale de lutte contre le cancer qui se tient au mois de février de chaque année. Le dernier message de la page Facebook

PNLMM/PNPMNT⁵⁵⁵ datait de 2016. C'est en novembre 2020, à la faveur de la journée mondiale de lutte contre le diabète, qu'il y a eu une publication consacrée à cette thématique. Quatre années (4) séparent donc les deux messages. L'apport que constitue internet dans la sensibilisation des populations n'est donc pas mis à profit. Dans ces conditions, il semble difficile pour les techniciens de la santé de vérifier la nature et la crédibilité des informations échangées dans les groupes de discussion sur la santé, et, partant, de susciter l'adoption des recommandations de santé publique chez les utilisateurs. A cet effet, selon le médecin oncologue, spécialiste de la prévention que nous avons rencontré lors de nos entretiens, il est souhaitable que les programmes de santé puissent investir les réseaux socio-numériques afin de mettre à contribution cet outil de diffusion de l'information, car les patients sont influencés par les différents remèdes de la médecine traditionnelle qui sont proposés (Encadré 26).

Encadré 26: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, technicien de la santé, le 12 décembre 2020

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population des malades

AI_4 : Beaucoup de malades ont recours à la médecine traditionnelle parce qu'aujourd'hui à travers les médias, les réseaux sociaux, il y a plusieurs propositions thérapeutiques par rapport au cancer. Dans la recherche de la guérison, certains ont tendance à suivre ces informations.

2.5.2 Le manque de coordination dans les actions de prévention

Outre l'absence de communication sur les réseaux socio-numériques, nous avons également constaté un manque de coordination entre les actions de prévention des structures en charge des maladies chroniques. A cet égard, un acteur institutionnel de la prévention s'exprimait sur la nécessité d'harmoniser les différentes activités pour augmenter les chances d'adhésion des populations (Encadré 27).

⁵⁵⁵ Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques / Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

Encadré 27: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, responsable de service, le 10 février 2020

A.M : Que pensez-vous de l'organisation de la prévention en Côte d'Ivoire ?

AI_2 : Je pense que, vu l'importance de la prévention, il doit y avoir un département dédié. Il sera chargé d'organiser la prévention à tous les niveaux, que ce soit avec les programmes de santé ou les ONG. Cela facilitera une unicité des actions pour plus d'efficacité.

Le manque de coordination des actions s'observe au niveau de la prise en compte des déterminants de la santé mais aussi au niveau des activités des programmes. Il n'y a pas d'actions concomitantes visant l'amélioration des déterminants sociaux de la santé, notamment l'amélioration du niveau de vie des populations, l'éducation, l'environnement qui conditionnent dans une large mesure la santé des populations. En réalité, vu les actions des programmes, il s'agit plus de programmes destinés à la gestion de la maladie que de prévention. Leur champ d'action se limite aux facteurs de risques et aux symptômes qui ne représentent que « la face cachée de l'iceberg ».

Dans l'exécution de leur plan d'actions chaque programme « prêche pour sa propre chapelle », chacun exécute ses activités sans véritable concertation avec les autres programmes. Il semble exister une certaine « cacophonie » dans les actions de prévention, puisqu'aux dires des acteurs institutionnels de la prévention, chaque programme de santé a ses relais sur le terrain, ces derniers travaillant chacun selon le mandat de leur programme d'origine. Ainsi, la Direction de la santé communautaire travaille avec ses Agents de Santé Communautaire (ASC) qu'elle forme. Le programme cancer, quant à lui, s'appuie sur les professionnels de santé qui exercent dans les structures sanitaires, et n'a pas de point focal véritable sur le terrain. Le programme de prévention du diabète utilise, lui, des pairs éducateurs.

Le Centre National de Radiothérapie Alassane Ouattara qui est un centre de prise en charge de traitement du cancer initie également des actions de prévention. A tout cela s'ajoutent les agents communautaires des ONG locales et internationales dont les actions sont quelques fois

décriées⁵⁵⁶.

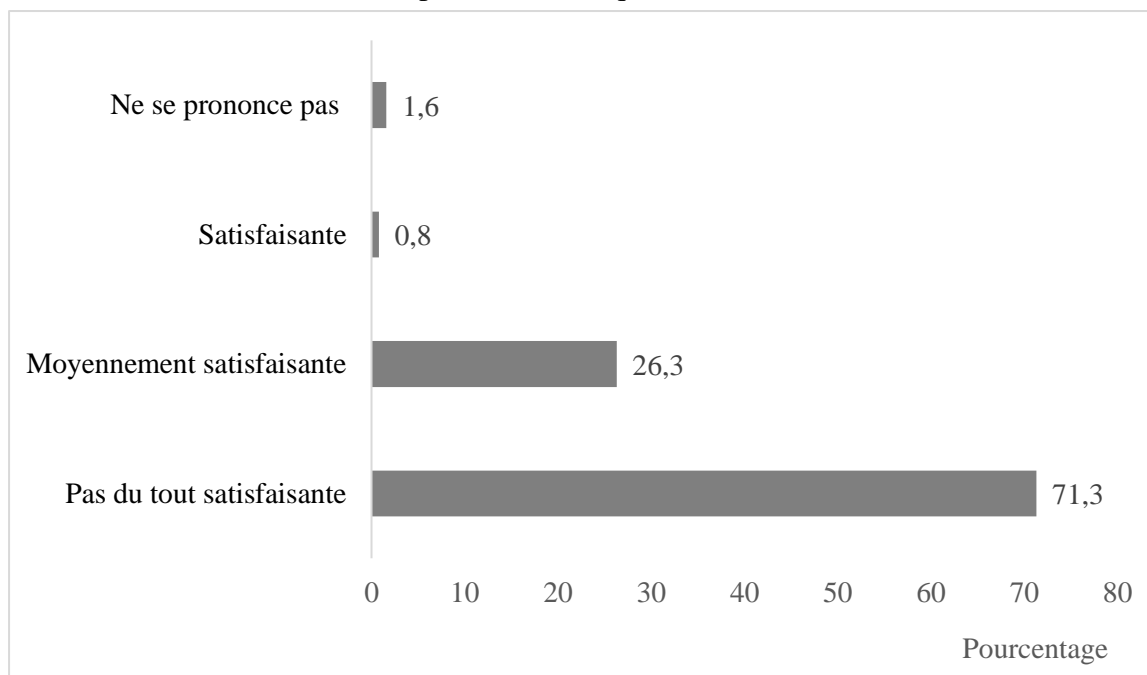
Nous supposons alors toute la difficulté des populations à synthétiser toutes ces recommandations de santé à plus forte raison se les approprier. Il y a donc une pluralité d'acteurs dans le champ de la communication de prévention des maladies chroniques, cependant, comme le soulignait cet acteur institutionnel de la prévention dont les propos figurent dans l'encadré 27⁵⁵⁷, il faudrait que ces actions soient organisées de façon collégiale dans une optique d'efficacité et d'efficacités. Cela pourrait augmenter les probabilités d'appropriation chez les publics cibles d'une part, et, d'autre part, permettre de réaliser des économies en termes de ressources humaines, si les programmes de santé s'accordent pour désigner et former les mêmes agents de sensibilisation.

A cet effet, concernant l'avis des personnes de notre échantillon sur la question de l'organisation globale de la communication de prévention, les résultats indiquent un niveau de satisfaction très faible (Figure 31).

⁵⁵⁶ Nous l'avons évoqué dans la section 1.6 de ce chapitre, les acteurs institutionnels ont décrié l'action de certaines ONG qui mènent des campagnes de communication sans l'accord des programmes en charge de la prévention et procèdent à des prescriptions médicales. Les deux responsables des ONG de lutte contre le cancer que nous avons interrogés ont également dénoncé le rôle des autres ONG qui posent des actions de dépistage sans médecins spécialistes ou qui organisent des activités dans le but uniquement de faire du bénéfice ou de récolter de l'argent.

⁵⁵⁷ Encadré page 283

Figure 31: Répartition des enquêtés selon leur avis sur l'organisation de la communication prévention (Enquête 2020)



Selon nos résultats seulement 0,8% des répondants affirment être satisfaits des campagnes de prévention. Plus de la moitié soit 71,3 % ne partagent pas leur avis. 26,3% d'entre eux, trouvent passable la politique de prévention et 1,6% ne veulent pas se prononcer.

En-dehors des limites des dispositifs info-communicationnels que nous avons évoqués plus haut, les patients déplorent l'absence d'une prise en charge financière afin d'alléger les coûts onéreux des examens de diagnostic, de thérapie du cancer pour éviter les abandons de traitement. Par ailleurs, ils exhortent les autorités sanitaires à renforcer les compétences et à sensibiliser les personnels soignants qui exercent dans les périphéries et dans les localités éloignées de la capitale sur les cas de suspicion afin qu'ils adressent les malades dans un centre de prise en charge spécialisé, dès la découverte des premiers signes du cancer.

2.6 Éléments de bilan sur les insuffisances des dispositifs info-communicationnels

Dans cette section, nous avons présenté les insuffisances des dispositifs info-communicationnels de prévention dans le cadre des maladies chroniques. Ces caractéristiques s'observent aux niveaux socio-culturels, politiques et stratégiques.

Au niveau social, tout comme les résultats de l'étude conduite par Faustine Régnier (2018)⁵⁵⁸, nos conclusions montrent que le niveau scolaire est un facteur déterminant dans la réception des recommandations de santé publique. Dans le cadre de notre étude, nous avons constaté que les messages délivrés exclusivement en langue française, constituent un frein à l'atteinte des objectifs de prévention puisque la population locale est caractérisée par un fort taux d'analphabétisme, soit 43,9% (INS, 2016)⁵⁵⁹. La méthode qui préside à l'élaboration des messages est verticale, elle ne tient pas réellement compte des attentes des publics cibles. A l'instar des conclusions de Matthieu Grossetête (2011, 2012)⁵⁶⁰ sur l'importance du critère social qui est occulté dans les campagnes de prévention, nos conclusions indiquent que d'autres éléments ne sont pas pris en compte dans les campagnes. Ainsi, c'est la dimension socio-culturelle locale qui n'est pas intégrée dans les messages de prévention. Il s'agit, notamment, du rapport positif avec l'embonpoint dans la société ivoirienne.

Pour ce qui est des orientations stratégiques, nous avons noté une diffusion parcellaire des messages de prévention par les moyens classiques de transmission (la radio et la télévision) de l'information en raison des coûts prohibitifs. L'insuffisance de moyens financiers explique aussi le fait que l'affichage grand public n'est pas suffisamment exploité. Les lieux de déroulement des campagnes sont aussi en cause puisque la sensibilisation est accentuée dans les grandes villes par rapport aux zones rurales comme l'a également souligné Joëlle Kivits (2014)⁵⁶¹ en France. Les populations qui vivent en zones rurales sont donc défavorisées et ne bénéficient pas d'informations suffisantes leur permettant d'améliorer leur connaissance sur le cancer et consulter dès l'apparition des premiers signes de la maladie.

Même si l'insuffisance de ressources financières ne permet pas aux campagnes d'être mises en œuvre conformément aux plans d'actions, force est de constater que la stratégie communicationnelle de prévention présente des paradoxes. Dans le cadre de la lutte contre le cancer les données épidémiologiques ne sont pas actualisées et ne permettent pas aux acteurs de réaliser des actions ciblées en direction des populations à risque. A côté de ce fait, nous

⁵⁵⁸ Faustine Régnier, *op. cit.*

⁵⁵⁹ Institut National de la Statistique, « MICS 5: La situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire: Enquête à indicateurs multiples », Ministère du plan et du développement de Côte d'Ivoire, 2016.

⁵⁶⁰ Matthieu Grossetête, *op. cit.*

⁵⁶¹ Joëlle Kivits[et al.], *op. cit.*

avons également noté, l'absence de communication sur les réseaux socio-numériques et dans les « parlements » ainsi que le manque de coordination entre les actions de communication de prévention.

Concernant les aspects plus politiques de la prévention au niveau des opinions des enquêtés, il s'agit de la remise en cause de la légitimité de l'Etat à communiquer sur la prévention du cancer en raison des promesses non tenues.

Nous pouvons conclure que les dispositifs info-communicationnels de la prévention manquent de pertinence dans une certaine mesure et sont en décalage avec les objectifs de la prévention. Tout ceci nuit à l'efficacité des campagnes de communication.

3 Des attitudes de résistances vis-à-vis des discours de la communication de prévention

Michel Foucault, dans son ouvrage *Histoire de la sexualité I, la volonté de savoir* écrivait que le dispositif constitue non seulement une conséquence du pouvoir mais également un « point de résistance et départ pour une stratégie opposée. » (Foucault, 1994, p.133)⁵⁶². Pour nous, le fait que la médecine traditionnelle est totalement ignorée par le dispositif sanitaire de prévention, alors qu'elle fait partie du patrimoine culturel des populations locales, amène les individus à développer des formes de résistances vis-à-vis des discours institutionnels de prévention sur les maladies chroniques. Dans cette section, nous cherchons à valider notre troisième hypothèse qui avance le fait que les populations développent des attitudes oppositionnelles vis-à-vis des recommandations de santé publique. Nous présentons ici les résultats issus de l'analyse du corpus (Annexes 9, 10 et 11) constitué de trois fils de discussions à raison d'un fil par pathologie (cancer, diabète, hypertension artérielle) que nous confrontons par ailleurs avec certaines données de nos enquêtes auprès des malades de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville et des acteurs de la prévention.

En raison du nombre important des abonnés au groupe, il est impossible de voir le nombre de vues pour tous les messages. Toutefois, comme le fil de discussion sur le diabète que nous avons retenu fait partie des meilleurs messages du groupe, grâce à l'outil Facebook insights nous avons pu voir le nombre de vues. Il avoisinait deux cent cinquante-huit mille trois cent soixante-quatre (258 364) au 18 novembre 2020. Lorsque que nous faisons un ratio entre le nombre de messages et les vues, il ressort que les commentaires représentent 0,1% des réactions.

Ainsi, à l'instar de Viviane Clavier et al (2010)⁵⁶³, nous pouvons confirmer que les personnes qui se contentent de consulter les messages, constituent la majorité des usages du forum. L'une des limites de l'analyse de ce corpus réside dans le fait que nous n'avons pas d'information sur les usagers « passifs » du groupe de discussion « Guérison à travers les plantes (Recettes maisons) ».

⁵⁶² Michel Foucault, *op. cit.*, p. 133.

⁵⁶³ Viviane Clavier[et al.], *op. cit.*

Dans la perspective de catégoriser l'étiquette des messages, comme indiqué plus haut, en réutilisant la méthode de Viviane Clavier et Céline Paganelli (2010)⁵⁶⁴, nous les avons classés en deux groupes. Il s'agit du groupe « question » et du groupe « réponse ». Après avoir réalisé cette distinction, nous avons constaté que la majorité des messages soit 80% concernent des apports d'informations et les 20% restants représentent des demandes d'information. Comme l'ont souligné les conclusions des travaux de Viviane Clavier et Céline Paganelli (2010)⁵⁶⁵, la recherche d'information n'est pas la raison première pour laquelle les individus fréquentent un forum de santé, bien au contraire c'est la dynamique du partage d'information qui amène les individus à le faire. Dans leur étude sur *Doctissimo*, les auteures avaient montré que 27% des messages étaient des questions contre 73% pour les apports d'information. Dans notre étude également, cette logique est respectée quel que soit le type de maladie en question, que ce soit pour le diabète, l'hypertension artérielle ou le cancer la tendance est au partage d'information. De façon plus détaillée, le tableau ci-après retrace les étiquettes des échanges pour chaque type de pathologie (Tableau 20).

Tableau 20: Répartition des « questions » « réponses » par pathologie

Nom du fil	Total Q-R	Libellés
Hypertension artérielle	13	Demandes/questions
	154	Apports/réponses
Cancer	39	Demandes/questions
	67	Apports/réponses
Diabète	66	Demandes/questions
	234	Apports/réponses

⁵⁶⁴ *Ibidem*.

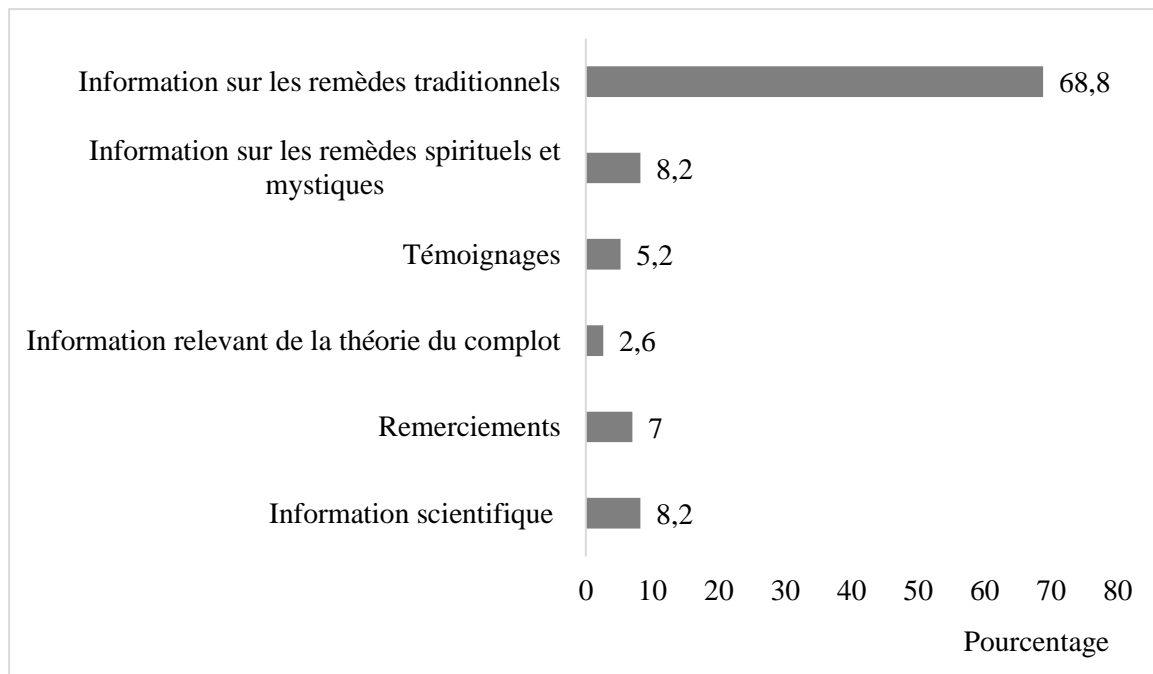
⁵⁶⁵ *Ibidem*.

La prépondérance des apports d'information caractérise la majeure partie des échanges. Bien qu'il soit question ici d'un groupe de discussion sur la médecine traditionnelle, les abonnés interviennent pour partager leur expérience.

3.1 Un espace qui occulte les discours de la santé publique sur la chronicité des maladies

En vue d'appréhender la typologie des échanges, nous avons réalisé une analyse détaillée de la nature des informations échangées à partir de nos items. Les résultats de cette analyse sont synthétisés dans la figure ci-après (Figure 32). Le descriptif détaillé figure en annexe 12.

Figure 32: Typologie des échanges



Les informations sur les remèdes représentent 76,9% des échanges avec respectivement 68,7% pour les remèdes traditionnels et 8,2% pour les remèdes de l'ordre du mystique. Les messages de gratitude qui font suite aux remèdes proposés représentent 8,2%. Pour ce qui est de l'information scientifique, elle constitue 8,2% des échanges. Les informations qui s'inscrivent dans la théorie du complot représentent 2,6% des échanges. Lorsque nous faisons une autre classification des informations à partir des catégories ; Informations Scientifiques (IS), relevant

de la médecine conventionnelle et Informations Traditionnelles (IT) validées par d'autres canaux, nous obtenons 8,2% d'informations scientifiques et 91,8% d'informations traditionnelles. Ainsi, la majorité de l'information échangée concerne des remèdes à employer en vue d'une guérison certaine (Figure 33). Or, dans le cas des maladies chroniques, parler de rétablissement total est inapproprié, il est plutôt question d'amélioration de l'état de santé ou précisément de rémission dans le cas du cancer. Ce type d'information sur les remèdes opère


donc dans un cadre de déni de la chronicité des maladies faisant l'objet de notre étude.

Comme l'illustre la figure ci-dessus, le caractère chronique de la maladie n'est pas encore admis et accepté par les participants au groupe de discussion. Cette perception partagée par les sociétés

Figure 33: Extrait N°3 -fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »

Jean-Claude : Le diabète n'est pas une maladie contrôle juste ton alimentation
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H27 mn 

Mansourra : On peut tout guérir avec beaucoup de foi et le changement de vie dans tous les sens du mot (l'alimentation, le types d'habillement...)
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H34 mn

Soguolon : On ne guérit pas. Mais on peut vivre avec en réduisant les apports en sucre sel en huile protéines opter pour les légumes et du poisson éviter les viandes rouges au max et les décoctions qu'on propose ici
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 06 H36 mn 

Lucette : Soguolon ma sœur, on guéri du diabète maintenant ooh
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H22 mn 

Soguolon : Lucette il faut déjà savoir ce que s'est pour parler de guérison merci
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H23 mn

Lucette : Soguolon c'est ça qu'on se met dans la tête et trouve que c'est inguérissable sinon ça se guéri
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H41 mn

Nathan : Lucette bjr, tu peux me donner la recette?
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H01 mn

Soguolon : Lucette ça se stabilise si tu ne respectes pas les règles tu peux mourir du diabète
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H31 mn

Lucette : Nathan j'ai fait ça en commentaire il faut essayer avec foi
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H56 mn

dites traditionnelles est également véhiculée dans ce groupe de discussion. En effet, en Afrique,

la conception de la maladie chronique n'est pas acceptée, vu que certains tradipraticiens prétendent guérir toutes sortes de maladies. Dans ce contexte, les messages des programmes de santé sur la prévention ne trouvent pas d'accueil favorable auprès des populations comme le déplore cet acteur institutionnel de la prévention (Encadré 28).

Encadré 28 : Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, chargé de communication, le 4 décembre 2019

A. M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population?

AI_3: ... Le poids des us et coutume constitue une difficulté à la sensibilisation, les gens ont tendance à dire que tout *cela c'est chez les blancs*, ils ne se sentent pas concernés, c'est pourquoi, il faut des preuves, des illustrations, des données afin de réorienter la sensibilisation, la lutte. Malheureusement et ça c'est propre à toutes maladies non transmissibles ce sont des maladies qui s'installent à bas bruit sur le long terme ce qui fait que la population ne voit pas, ne croit pas et n'écoute pas les messages d'avertissement.

A côté de ce constat émis par les acteurs de la prévention, lors de notre enquête auprès des personnes atteintes de cancer, un fait a attiré notre attention. Nous avons constaté que les patients accordaient une grande confiance aux promesses de guérison de la médecine traditionnelle. Dans le but d'appréhender cette préférence, nous leur avons soumis trois questions, à savoir, le recours à la médecine traditionnelle, la composition du traitement et le prescripteur thérapeutique.

3.2 Les discours sur la médecine traditionnelle comme dispositif d'opposition vis-à-vis des discours institutionnels de la communication de prévention

Les résultats de notre enquête sur le recours des patients à la médecine traditionnelle figurent dans le Tableau 21.

Tableau 21: Répartition selon le recours à la médecine traditionnelle

Autre traitement en dehors de la médecine conventionnelle		
	Nombre	Pourcentage
Oui	233	63,1
Non	136	36,9
Total	369	100

Interrogés sur leur pratique en matière de santé, plus de la moitié soit 63,1% des enquêtés affirment avoir eu recours à la médecine traditionnelle dès les premiers signes du cancer. Par contre, les 36,9% restants soutiennent le contraire. Cependant, ils affirment qu'il est illusoire pour un Africain de déclarer qu'il n'a jamais eu recours à la médecine traditionnelle.

Pour ceux qui assument leur confiance en la médecine traditionnelle, c'est en raison de la dégradation de leur état de santé qu'ils ont décidé de consulter la médecine conventionnelle. En dépit de ce fait, ces patients continuent de croire aux prouesses de la médecine traditionnelle, ils déplorent la malchance de ne pas pouvoir bénéficier de traitement d'un tradipraticien reconnu et continuent de garder espoir dans l'attente de rencontrer des tradipraticiens afin de retrouver la guérison. Cette préférence pour la médecine traditionnelle est partagée par tous les corps de métiers, à l'image de cette infirmière que nous avons interrogée (Encadré 29).

Encadré 29: Propos recueillis le 27 janvier 2020 auprès d'une patiente atteinte de cancer du foie à l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)

« Je suis infirmière, malgré le fait que je fasse partie du corps soignant, j'ai été surprise par ce mal. Si par chance, j'ai un témoignage probant de tradipraticien qui guérit le cancer, je suis prête à abandonné la médecine conventionnelle pour bénéficier de son traitement. »

Pour la plupart des patients, le traitement traditionnel est efficace ; ses effets secondaires sont insignifiants comparés à ceux de la chimiothérapie qui ne peut pas venir à bout du cancer. Parmi les patients, il y en a qui continuent de suivre le traitement traditionnel en parallèle avec celui de l'hôpital.

3.2.1 Répartition des répondants selon le traitement utilisé

Les données de l'enquête sur la composition du traitement traditionnel administré est indiqué dans le Tableau 22.

Tableau 22: Répartition selon le traitement

Précisez les traitements utilisés	Nombre	Pourcentage
Plantes, décoctions...	179	76,8
Rites, sacrifices, désenvoutement	54	23,2
Total	233	100

Dans la majorité des cas la thérapeutique est composée de plantes. Parmi les répondants, qui ont eu recours à la médecine non conventionnelle 76,8%, ont utilisé les plantes et d'autres remèdes (écorces d'arbres, décoction, poudre...) dans leur thérapeutique. Les 23,2% restants, ont eu recours en plus à des rites de divination.

3.2.2 Répartition des interrogés en fonction de leur prescripteur thérapeutique

Nous avons également interrogé les patients sur leur prescripteur thérapeutique de médecine traditionnelle (Tableau 23).

Tableau 23: Prescripteur thérapeutique

Prescripteur thérapeutique	Nombre	Pourcentage
Praticien de médecine traditionnelle/ non spiritualiste	171	73,4
Praticien de médecine traditionnelle / spiritualiste	54	23,2
Proche	6	2,6
vous-même	2	0,8
Total	233	100

Les praticiens de médecine traditionnelle (spiritualistes et non spiritualistes) représentent la quasi-totalité des prescripteurs thérapeutiques, soit 96,6%. Suivent ensuite les proches ou les patients eux-mêmes avec respectivement 2,6% et 0,8%.

En Afrique, l'individu admet qu'on peut être atteint d'une maladie, qu'elle soit grave ou non.

Par contre, si cette maladie persiste dans le temps, elle a une dimension surnaturelle et, dans ce cas, la médecine conventionnelle ne peut à elle seule suffire pour obtenir une amélioration de l'état de santé (Alhassane, 2012)⁵⁶⁶. Dans ce cas, il faut nécessairement l'intervention des praticiens de médecine traditionnelle spiritualistes dans le traitement de ce genre de maladies. Cette dimension surnaturelle de la maladie a été confirmée lors de notre entretien avec une praticienne de médecine traditionnelle spiritualiste (Encadré 30).

⁵⁶⁶ Cherif Alhassane, *Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration: diagnostic, pronostic et prise en charge*, Paris, L'Harmattan, 2012, 238 p., (« Etudes africaines »).

Encadré 30: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, praticienne de médecine traditionnelle spiritualiste, le 26 avril 2020

A.M : Pour vous qu'est-ce que la prévention ? Fait-elle partie de vos activités ? Comment se déroule vos consultations ?

AC_4 : La prévention c'est pour éviter une maladie. Nous on intervient aussi bien avant ou quand la personne est malade où quel que soit le type de problème qu'elle a... Nous prenons en charge toutes les maladies. Que ce soit pour l'hypertension artérielle, le diabète, le cancer, quel que soit la maladie nous faisons le traitement jusqu'à la guérison. Nous aidons aussi les gens à régler leurs problèmes. En consultant toi-même tu n'ouvres pas la bouche pour dire que c'est parce que j'ai besoin de ça ou c'est parce que j'ai tel problème que je suis venu, tu dis je suis venu consulter, maintenant c'est en salle de consultation là que nous aussi on voit ce qui ne vas pas. Le traitement est composé de plantes. C'est en fonction des problèmes qu'on guérit. Des sacrifices peuvent intervenir, tout dépend des maladies... Le sacrifice c'est pour payer ta dette envers les sorciers pour qu'ils puissent te laisser, tu as vu non. ...Il y a des maladies vraiment comme le diabète, la tension, le cancer, ce sont des sorts que les gens lancent. Donc quand ce genre de cas viennent nous on demande d'abord si vous avez fait le traitement de l'hôpital, si la personne dit que j'ai fait le traitement de l'hôpital et qu'il n'y a pas d'amélioration, on vous demande de faire une pause sur le traitement de l'hôpital. Maintenant en fonction de ça nous aussi on commence pour nous aussi à l'indigénat jusqu'à ce que le moment arrive, on vous dit de partir à l'hôpital pour revoir ce que le médecin va dire. Maintenant quand vous partez aussi, quand vous revenez aussi, vous avez une bonne nouvelle à nous annoncer, pour dire que quand nous sommes partis le médecin dit il n'y a rien que tout est normal.

Selon les propos de la guérisseuse traditionnelle, appelée « comian » en ethnie Akan, toute maladie a une explication mystique. Ainsi, le processus de guérison passe nécessairement par l'intervention des esprits, la pratique de rituels et de sacrifices afin de conjurer le mauvais sort. Des maladies comme l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer sont les résultats de « mauvais sorts » dont les auteurs sont des sorciers pour la plupart du temps. Dans pareille situation comment faire comprendre aux populations l'importance des mesures de prévention ? Quelles soient de l'ordre de l'alimentation (pour le diabète et l'hypertension artérielle) ou du médical (vaccination contre le papillomavirus, l'hépatite ou le dépistage du cancer) ?

Dans le groupe de discussion que nous avons étudié, la croyance en la certitude de guérir d'une maladie chronique est renforcée par la présence de personnes qui prétendent avoir été guérie ou qui donnent le témoignage d'un proche, le taux de témoignage est de 5%. Contrairement aux études sur les forums de santé (Paganelli et Clavier, 2011⁵⁶⁷, 2014⁵⁶⁸), ici le témoignage ne représente pas la majorité des messages, leur proportion est faible. Parmi ces témoignages, 70% sont des témoignages de guérison suite à l'utilisation des remèdes et 30% concernent l'efficacité des remèdes. Au nombre des 70% de témoignages de guérison, 52% concernent les intervenants eux-mêmes, 24% pour les parents, 19% pour une connaissance et 5% pour un ami.

Le témoignage constitue à n'en point douter un critère de validité de l'information dans ce groupe, et, partant suscite l'adhésion chez les autres participants surtout si cette information est communiquée par un proche. Les témoignages de guérison, d'une part, et, d'autre part, l'efficacité des remèdes s'apparentent à l'expérience personnelle de la maladie. En effet, comme l'ont souligné les études sur les forums de santé, ces espaces constituent des lieux d'expression et de construction d'une certaine expertise fondée sur l'expérience des participants avec la maladie (Akrich et Méadel, 2009)⁵⁶⁹. Dans les échanges, les exemples de guérison suite à l'utilisation d'un remède traditionnel comme mentionné dans l'encadré ci-après (Figure 34) viennent étayer l'information relative aux remèdes diffusés.

⁵⁶⁷ Céline Paganelli et Clavier Viviane, *op. cit.*

⁵⁶⁸ Céline Paganelli et Viviane Clavier, *op. cit.*

⁵⁶⁹ Madeleine Akrich et Cécile Méadel, *op. cit.*

Figure 34: Extrait N°4 - fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »

Affoué : Amani merci je suis diabétique, que dois-je faire pour trouver la guérison ? Svp
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H13 mn

Amani : Affoué Ma mère souffrait de sa dans les mois de février, mars, avril, mai. Nous avons tous fait à l'hôpital et c'est la banane plantain non mûre qui nous a sauvés
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H20 mn  3

Affoué : Amani elle prenait ça comment?
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H21 mn  1

Amani : Tu enlèves la peau de peut-être 8 à 10 bananes pour jeter et tu prépares bien la banane pour obtenir son eau qui peut atteindre 2 litres et mettre au frais. Chaque matin tu chauffe et boire à jeun.
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H24 mn  5

Amani : Maman a fait deux semaines. Les médecins lui demandaient de montrer son secret. Mais elle continue de prendre
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H28 mn  2

Akatia : bsr monsieur Amani. S'il vous plaît, on prend un quart de verre ou un quart de litre par prise ? Après les 02 semaines et elle continue de prendre comme dit plus haut, c'est en fait donc pour combien de temps? Le soir on ne prend pas?
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H03 mn

Amani : Akatia c'est madame svp. un quart de litre chaque matin et attendre une heure de temps avant de prendre le petit déjeuner svp.
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H56 mn  1

Mohamed : Amani S'il te plaît explique moi un peu c'est la banane ou sa peau ?
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H55 mn

Amani : Mohamed j'ai bien dit la banane on jette la peau
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H52 mn  2

Klaman : Amani est ce qu'on peut prendre aussi pour prévenir le diabète
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H 41 mn  1

Ces témoignages constituent une preuve de la prétendue efficacité de la thérapeutique traditionnelle qui peut être utilisée à titre curatif comme à titre préventif. Dès lors, les individus ont tendance à accorder la priorité à la consommation de ces décoctions au lieu d'observer par exemple un régime alimentaire riche en fruits et légumes dans la prévention du diabète. Selon

les médecins de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville d'Abidjan où nous avons réalisé notre enquête, cet usage, très répandu dans la population consistant à ingurgiter des breuvages de plantes et autres macérations, n'est pas sans conséquence pour la santé des individus. Ils ont ainsi indiqué que la majorité des patients qui s'adonnent à ces pratiques présentent des atteintes hépatiques et néphrotiques importantes qui compliquent la prise en charge médicale, puisque le degré de toxicité de ces préparations n'est pas évalué par les laboratoires assermentés et n'est donc pas connu pas les prescripteurs traditionnels. En effet, les effets néfastes des plantes médicinales sur les reins ont été mis en avant par les travaux de N'Zoué et al (2020)⁵⁷⁰, qui ont réalisé le bilan des répercussions bénéfiques ou non de ces plantes à partir des articles publiés à cet effet de janvier 1996 à octobre 2016 sur trente-une (31) espèces utilisées dans la pharmacopée africaine. Selon les conclusions de cette étude, 44% des plantes avaient causé une hyper créatininémie et 26% une toxicité du parenchyme rénal. Pour ce qui est de l'atteinte du foie, l'étude sur la toxicité aiguë d'extrait d'une feuille utilisée dans la pharmacopée africaine a révélé une nocivité hépatique à court terme (Fall et al, 2011)⁵⁷¹. Certaines plantes utilisées dans la médecine traditionnelle, peuvent avoir des conséquences sur le foie et les reins qui sont des organes chargés de la filtration et de l'épuration du sang. Partant, les effets de certains traitements traditionnels peuvent représenter de réels dangers pour la santé des populations.

Au-delà de la préférence pour la médecine traditionnelle, lorsque nous faisons un parallèle entre les informations échangées dans ce groupe au sujet des remèdes pour guérir d'une affection chronique et les discours de prévention en matière de santé publique relatifs au caractère irréversible des pathologies (diabète, hypertension artérielle, cancer) qui promeuvent l'adoption de comportements de santé (repas riches en fruits et légumes, pratique du sport, vaccination et autres dépistages précoces) dans la réduction d'exposition aux facteurs de risques, « il y a péril en la demeure ». En effet, ce groupe constitue dans une certaine mesure un cadre d'expression de rejet des discours info-communicationnels de prévention sur les maladies chroniques puisque, les échanges ne tiennent pas compte de l'information véhiculée par les dispositifs info-communicationnels institutionnels de prévention. A contrario, on assiste à un lieu de

⁵⁷⁰ Kanga N'Zoué, Mathieu Kouamé, B.M.S Yobo, [et al.], « Effets néphrotoxiques des plantes médicinales en Côte d'Ivoire », *Médecine d'Afrique Noire*, vol. 67 / 4, avril 2020, p. 193-201.

⁵⁷¹ M Fall, M. Boukandou, AD Fall, [et al.], « Toxicité aiguë et subaiguë d'extrait aqueux de feuilles d'*Aphania senegalensis* (juss. ex poir.) sur des rats wistar », *Dakar Med*, vol. 56 / 1, 2011, p. 216-223.

reconnaissance quasi-exclusive des « expériences » en matière de médecine traditionnelle, au mépris des recommandations de la médecine conventionnelle. Ces attitudes qui s'inscrivent dans un registre de déni de l'information scientifique, caractérisent la majorité des échanges de ce groupe.

Dans le cas de notre recherche, ces attitudes de résistance semblent être le résultat de facteurs culturels. En effet, la conduite à tenir devant la maladie résulte des conceptions que l'on se fait de la santé. Ainsi, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de nos travaux, en Afrique, la santé dépend dans une certaine mesure de l'équilibre entre le monde visible et le monde invisible. En d'autres termes, la maladie peut survenir à la suite d'un désordre biologique, psychologique, social ou mystique. Ces quatre dimensions conditionnent la santé de l'individu. Dans le dernier domaine cité, il s'agit de cas de manquements, de violations des règles, principes et autres interdits qui régissent la société (Alhassane, 2012)⁵⁷² et de l'action du monde maléfique (les mauvais génies). Cette préférence des populations pour la médecine traditionnelle résulte de l'héritage culturel des peuples, mais aussi, de la pratique de cette médecine ancestrale qui a, dans une certaine mesure une dimension sociale plus développée que la médecine conventionnelle (Moro et al, 2018)⁵⁷³.

Cette perception de la maladie et, partant, le processus qui entoure la recherche de son origine lorsque l'individu est malade, conditionne toute la démarche thérapeutique qui sera adoptée. Selon les patients, l'action du tradipraticien vise la guérison de l'individu. Elle va au-delà du simple fait d'administrer des soins. Il est à la fois médecin, pharmacien, psychologue et sociologue. La croyance en la médecine traditionnelle a un ancrage culturel avéré et l'exercice pluriel qui caractérise ses procédés dans la prise en charge de la santé de l'homme assure indubitablement sa pérennité auprès des populations. L'individu y a recours en premier lieu dans sa vie de tous les jours et, partant, dans son quotidien et dans son itinéraire thérapeutique. Ce dernier a confiance et croit en une pratique dans laquelle il se reconnaît. La nature des informations échangées dans ce groupe consacré à la thématique de la médecine traditionnelle traduit cette réalité.

⁵⁷² Cherif Alhassane, *op. cit.*


⁵⁷³ Moro Dominique Moro, Kouakou Gérard N'Goran et Kouakou Adrien Koua, « Dynamique sociale et pratiques thérapeutiques chez les tradipraticiens dans la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Revue ivoirienne d'anthropologie sociale KASA BYA KASA*, 2018, p. 179-191.

Au surplus, les usagers de ce groupe manifestent également des attitudes relevant d'un manque de confiance vis-à-vis des discours émanant des dispositifs info-communicationnels.

3.3 L'existence de la suspicion à l'égard des messages de prévention

A la suite de l'analyse des échanges, on relève la présence de plusieurs experts se réclamant du domaine traditionnel. Cela se traduit par la prescription exclusive de plantes, autres mixtures ou encore des remèdes relevant du mystique dans la prise en charge des maladies. Les participants interviennent afin de proposer des solutions thérapeutiques traditionnelles au point que les quelques usagers qui essaient de prodiguer des conseils relevant de la médecine conventionnelle, (informations scientifiques et conseils de la médecine conventionnelle 8%) pour rappeler le caractère chronique des maladies et l'importance de la prise en charge médicale, sont tournés en dérision par les autres membres (Figure 35).

Figure 35: Extrait N°4 - fil de discussion sur le diabète « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »

Telma : Tu te feras escroquer par des personnes qui te disent qu'elles soignent le diabète. C'est une maladie une fois installée on l'a à vie c'est à toi de mener une bonne hygiène de vie pour ne pas déséquilibrer ton diabète
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H18 mn 


Anicette : **Telma** ça se soigne mon frère
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H28 mn

Anicette : Ça se soigne, moi je connais une femme qui est guérie de ça
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H29 mn


Malan : Si tu n'as pas encore vu ne dit pas que ça n'existe pas. Sinon il y en a. C'est ce que la médecine conventionnelle vous a fait croire.
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H11 mn

Mapio : Le diabète est inguérissable
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H45 mn 

Tapé : **Mohalim** on peut guérir le diabète je t'envoie le remède en inbox
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H14 mn

Mohalim : **Mapio** je dis que le diabète se guéri bien.
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H54 mn 

Ablo : **Mohalim** aidez-nous autres avec ce remède
J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H58 mn

Danis : Tout se guérit sur cette terre ...
J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H23 mn 

Comme nous l'indiquions dans les résultats sur la nature des messages, bien que la majorité des messages correspondent à des remèdes, il est à noter que certains usagers interviennent aussi afin d'attirer l'attention des autres membres sur certaines réalités scientifiques relativement à l'improbable guérison d'une maladie chronique.


Lorsque nous avons voulu connaître la qualité de ces intervenants qui soutiennent cette thèse dans les fils de discussion que nous avons étudiés, nous nous sommes rendu compte qu'il s'agissait de deux médecins, trois auxiliaires de soins et un malade du diabète, mais leur autorité n'est pas reconnue du fait que leur statut n'est pas révélé. Ces abonnés au groupe de discussion essayaient tant bien que mal de donner un avis sur la question. Cependant, le nombre d'utilisateurs qui réfutent leurs propos est considérable. Ils soutiennent avec des « témoignages » à l'appui et sont convaincus de l'efficacité de la médecine traditionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques. Ainsi, en plus de la croyance populaire sur l'embonpoint, le recours à la médecine traditionnelle à titre préventif et curatif est très prégnant dans les pratiques (Encadré 31).

Encadré 31: Propos recueillis auprès d'une patiente atteinte de cancer du col de l'utérus à l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire), le 1^{er} avril 2020

« Nos parents préservaient leur santé et se soignaient avec les plantes et ils avaient une bonne santé et une longue vie.»

Ces interventions qui battent en brèche les arguments fondés sur le discours scientifique présentent la médecine traditionnelle comme une science irréfutable qui peut venir à bout de tout mal. Pour certains inconditionnels de la médecine traditionnelle, la maladie provient de l'Occident qui veut à tout prix imposer sa vision du monde aux Africains. Parmi ces messages, on note également une expression de refus de la médecine conventionnelle qui se manifeste par le rejet du traitement médical. La chimiothérapie est alors taxée de « complot » mis en place par les États et les laboratoires afin de réaliser le maximum de profits économiques au détriment des populations (Figure 36).


Figure 36: Extrait N°5 – fil de discussion sur le cancer « Guérison à travers les plantes (recettes maisons) »


Libellule_blanche : La chimio tue c'est claire l'huile de chanvre soigne très vite et bien le cancer. Les kiwis la carotte comme fruits la betterave sont de solides soutiens pour le malade, maintenant faut du clou de girofle et la cannelle écorce pour rétablir et renforcer son système immunitaire et tuer les corps il ou elle se portera bcp mieux et vous allez en faire le constat bien de choses à vous J'aime Répondre-Partager - 16 août 2020 – 00H50 mn  16

Libellule_blanche : Attention ce qui est mauvais avec les gens est qu'ils sont irresponsables on dit respectez la dose prescrite mais on veut tout et tout de suite alors on fait à sa guise après on vient se plaindre. Je le sais depuis bientôt 30 ans de travaux alors je donne des pistes sérieuses et concrètes. Sérieux le noir fatigue et aime les problèmes on te dit fais ça mais c'est le contraire tu fais bref
J'aime Répondre Partager- Modifié - 16 août 2020 – 11H42 mn

Luciole-verte : Libellule_blanche pourquoi vous dite que la chimio tue ? J'ai très peur à grande sœur est dans une clinique actuellement pour suivre une chimio parce qu'elle a un cancer.
J'aime- Répondre - Partager- 16 août 2020 – 17H55 mn

Libellule_blanche : Luciole_verte c'est prouvé si la chimio soignait les laboratoires f fermeront, reprenez une chose la chimio détruit et affaibli le système immunitaire du malade c'est pas discutable. Demandez à celui qui a prescrit cela de vous dire la vérité à deux sois on enlève le sein malade tout simplement une ablation. Restez à l'hôpital mais Il n'y a pas 1000 solutions l'huile de chanvre thérapeutique est plus efficace bon dimanche à vous
J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 – 18H51 mn

Luciole_rouge : Luciole_verte mon neveu est sorti d'une chimio, une semaine après, il est décédé'. Ça me tente d'être convaincu 
J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 19H34 mn

Libellule_blanche5 : Luciole_rouge je redis la chimio tue c'est de l'escroquerie médicale tout le monde le sait bref 
J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 19H58 mn

Libellule_jaune1 : Libellule_blanche Bjr Mr svp j'ai besoin de votre aide ma mère souffre du cancer et en même temps à une plaie inguérissable comment utiliser l'huile de chanvre ? Svp
J'aime Répondre-Partager- 23 janvier 2021- 23H29mn

La suspicion à l'égard des discours émanant des dispositifs de prévention amène les individus

à développer des attitudes de rejet des recommandations de santé publique. Ici, la confiance en la médecine traditionnelle est la norme partagée par les usagers de ce groupe.

Les motifs qui sous-tendent le désintérêt des populations face aux discours institutionnels de la prévention sont divers. Il peut s'agir entre autres, de la non reconnaissance par les populations de la légitimité de l'État à communiquer de façon publicitaire sur les problèmes sociaux (Ollivier-Yaniv, 2001)⁵⁷⁴, du manque de confiance en certains acteurs communautaires de la prévention (ONG) et la résignation face à la maladie dans le cas du cancer (Kivits et al, 2014)⁵⁷⁵. En outre les nombreux scandales sanitaires du XXe siècle ou les fausses informations sur la maladie, font partie des causes qui amènent les individus à douter de l'information sanitaire, voire à rejeter les recommandations de la santé publique. Ainsi, des informations échangées dans ce groupe, il ressort des attitudes de défiance, de déni, voire de rejet de la médecine conventionnelle, et partant de résistance à la communication institutionnelle sur la prévention. Il y a une sorte de confusion dans les motifs de rejets, qui se cumulent comme l'ont souligné Céline Paganelliet al 2021)⁵⁷⁶ dans leur article sur *les Figures de l'expertise sanitaire et confiance dans l'information de santé*.

Toutefois, l'attitude des populations, qui s'assimile à première vue à une défiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle, peut être également perçue comme une résistance qui porte en elle les germes du passé. Elle correspond dans une certaine mesure à l'affirmation d'une identité culturelle africaine, qui depuis la colonisation, après l'imposition des procédés thérapeutiques de la médecine conventionnelle, cherche ses marques. Puisque les praticiens n'y ont pas de repère en raison du fait que l'interprétation de la maladie et la vision du monde sont différentes et opposées. Comme nous l'avons mentionné dans notre deuxième partie, la transmission du pouvoir et du savoir thérapeutique de la médecine traditionnelle est assurée par les « puissances invisibles » qui enseignent aux initiés (notamment la caste des guérisseurs, féticheurs, marabouts, prophètes...) la science des plantes médicinales, la phytothérapie et autres rites sacrificiels, libations, cultes d'exorcisme. Ces savoirs constituent ainsi les maillons essentiels dans la prise en charge de la santé des peuples africains. De fait, les politiques de santé publique

⁵⁷⁴ Karine Berthelot-Guiet et Caroline Ollivier-Yaniv, *op. cit.*

⁵⁷⁵ Joëlle Kivits[et al.], *op. cit.*

⁵⁷⁶ Céline Paganelli, Adrian Staii et Viviane Clavier, *op. cit.*

visant à promouvoir les attitudes de prévention issues des sciences biomédicales rencontrent des résistances dans les sociétés africaines qui sont restées attachées à leur tradition, à l'idéologie de la médecine traditionnelle qui exprime leur mal-être, voire un rejet des théories « venues d'ailleurs ». Il est peut-être question d'une dialectique perpétuelle du rapport de pouvoir sur la rationalisation des conduites et des corps tels que développés par Michel Foucault et qui continue non seulement d'alimenter les débats dans le système sanitaire ivoirien, et, représente également un défi pour les autorités sanitaires. Dans notre cas, en lieu et place des facteurs sociaux à prendre en compte dans les campagnes de prévention tels ceux énumérés par Matthieu Grossetête et Jean Comby (2011,2012)⁵⁷⁷, il s'agit plutôt de la variante culturelle qui doit être intégrée dans les politiques de santé afin d'augmenter les probabilités d'adhésion aux messages chez les populations locales.

3.4 L'usage d'internet pour la promotion des remèdes traditionnels

Le processus relatif à la quête d'information est une activité difficile à cartographier, elle implique plusieurs moyens et ressources que l'individu va mobiliser en vue de satisfaire sa recherche (Paganelli et Clavier, 2011)⁵⁷⁸. Au nombre des ressources sollicitées, on peut citer, d'une part, internet, les médias, qu'ils soient écrits, audio ou audiovisuels et, d'autre part, les proches ou certaines sources officielles. Au demeurant, cette liste de ressources n'est pas exhaustive. En ce qui concerne la thématique de la santé, les résultats de notre enquête sur la liste des ressources mises à contribution dans le cadre de la recherche de l'information chez les patients du CHU de Treichville en cas de maladie montrent une diversité des sources (Figure 22)⁵⁷⁹. En effet, 50% des interrogés s'informent auprès de leurs proches, 9,2% au moyen de la télévision, 8,8% via internet, 7,2% par les professionnels de la santé, 2,9% par le biais de la radio et 1,9% grâce à la presse spécialisée. Puisque nous n'avons pu rencontrer les auteurs des échanges en ligne afin d'appréhender leurs attitudes réelles dans la prise en charge de leur santé, lors de notre enquête auprès des malades atteints du cancer au CHU de Treichville d'Abidjan, à ceux qui ont affirmé qu'ils avaient eu recours à la médecine traditionnelle, nous

⁵⁷⁷ Jean-Baptiste Comby et Matthieu Grossetête, *op. cit.*. Matthieu Grossetête, *op. cit.*

⁵⁷⁸ Céline Paganelli et Clavier Viviane, *op. cit.*

⁵⁷⁹ Figure 22, page 262.

avons demandé s'ils avaient expérimenté les conseils diffusés sur les réseaux socio-numériques à propos des traitements traditionnels contre le cancer. Ainsi, au nombre des personnes qui ont eu recours à la médecine traditionnelle, 63,1%, soit plus de la moitié ont consommé une infusion à base de feuilles de corossol qui est un remède promu dans le groupe de discussion que nous avons étudié et qui est jugé efficace contre le cancer pour ses prétendues qualités thérapeutiques supérieures à tous les traitements. Certains parmi les patients, soit 50%, ont carrément refusé la chimiothérapie en espérant qu'ils auraient gain de cause sur leur maladie grâce aux propriétés miraculeuses de la feuille de corossolier. Cependant, ces derniers ont expérimenté la fausseté de cette information à leurs dépens. Les témoignages des malades, à cet effet, sont nombreux ; nous avons choisi de n'en présenter qu'un seul (Encadré 32).

Encadré 32: Propos recueillis auprès d'une patiente atteinte d'un cancer de sein, le 21 avril 2020 au sein de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)

« Au début, lorsque les médecins m'ont diagnostiqué un cancer de sein, ils m'ont expliqué en quoi est ce que le traitement allait consister. Mais comme j'avais lu dans un groupe de discussion de santé sur la médecine traditionnelle que les feuilles de corossol pouvaient me guérir si je consommait leur infusion pendant au maximum trois mois et qu'il fallait éviter les séances de chimiothérapie, j'ai décidé de ne plus fréquenter l'hôpital et de suivre ce traitement à la lettre. Malheureusement, après seulement deux mois de consommation de cette préparation mon état de santé s'est fortement dégradé, je suis devenu paralytique. Lorsque mes parents m'ont ramené afin que je consulte le médecin, après les analyses (IRM, scanner...) qu'il m'a prescrites, il m'a expliqué que j'étais au stade de métastases, le cancer s'est répandu dans mon corps, il a atteint presque tous mes organes mon foie, mes poumons, ma colonne vertébrale, bref... Je suis pleine de regrets, au départ la boule était localisée uniquement dans mon sein droit, j'avais juste un ganglion enflammé sous l'aisselle, si seulement j'avais accepté de suivre le traitement médical, mon état aurait pu s'améliorer... j'ai peur d'en parler aux médecins, je ne sais pas comment ces derniers réagiront. Comment dissuader les autres afin qu'ils ne se fient pas à ce type d'information... Aujourd'hui mon état s'empire je vais sûrement mourir puisque je n'ai plus de force, ça m'a fait du bien d'en parler avec vous... (Pleurs). »

Les remèdes diffusés dans ce groupe de discussion semblent influencer les attitudes des

populations qui préfèrent les expérimenter. A côté des praticiens de médecine traditionnelle, ce groupe joue, dans une certaine mesure, un rôle de déconstruction des discours institutionnels de prévention. Interrogés sur l'efficacité des plantes dans le traitement et la prévention du

Encadré 33: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, technicien de la santé, le 12 décembre 2019

A.M : Est-ce que vos patients ont recours à la médecine traditionnelle ?

AI_4 : Beaucoup de malades ont recours à la médecine traditionnelle parce qu'aujourd'hui à travers les médias, les réseaux sociaux, il y a plusieurs propositions thérapeutiques par rapport au cancer. Dans la recherche de la guérison, certains ont tendance à suivre la médecine traditionnelle. Dans le cas du cancer, cette médecine traditionnelle ne marche pas du tout, elle n'est pas efficace. D'emblée, lorsque nous recevons les patients nous n'abordons pas la question de la médecine traditionnelle pour ne pas qu'ils aient à l'idée qu'il existe une médecine alternative, jusqu'à ce que quelqu'un leur propose et qu'ils reviennent me voir et qu'ils me posent la question, je leur explique clairement que durant mes dix-sept années d'expérience professionnelle, je n'ai jamais vu un cas de cancer du col de l'utérus ou quel que soit l'organe qui a été géré correctement par la médecine traditionnelle. Après cela, certains abandonnent la médecine traditionnelle mais d'autres s'entêtent et à la fin le résultat c'est la mort anticipée. Dans le cas du cancer, la médecine traditionnelle est un placebo, elle ne joue aucun rôle, la maladie continue d'évoluer parce qu'elle ne fait pas l'objet d'un traitement assez spécifique.

cancer, ce médecin oncologue (Encadré 33) a exprimé son désarroi face à l'attitude des populations qui refusent, soit de participer aux séances de dépistage pour les potentiels malades, soit de suivre le protocole médical et qui préfèrent avoir recours aux solutions traditionnelles qui sont relayées sur les réseaux socio-numériques.

A la lecture des propos de ce professionnel de la santé, nous pouvons dire que la crédibilité des informations échangées dans ce groupe pose problème dans une certaine mesure. La nature de l'information échangée ici est différente des conclusions des articles de Cécile Méadel et Madeleine Akrich (2009, 2010)⁵⁸⁰ qui indiquent que l'information de santé échangée sur les

⁵⁸⁰ Cécile Méadel et Madeleine Akrich, *op. cit.*. C. Méadel et M. Akrich, *op. cit.*

forums est complémentaire des dispositifs info-communicationnels et participe à la construction d'un certain savoir profane dans le cas des maladies rares. Le manque de fiabilité de l'information de santé sur le web dénoncé par les professionnels de la santé (Dupagne, 2010)⁵⁸¹ et leurs appréhensions vis-à-vis de la manipulation de l'information et son appropriation par les populations trouvent ici toute leur raison d'être. A cet effet, la régulation et l'encadrement de cette information est de mise (Nabarette et Caniard, 2010)⁵⁸². L'enjeu réside ici dans l'aptitude des populations à faire un discernement sur la qualité de l'information en ligne avant de se l'approprier. En effet, la consultation de l'information en ligne peut influencer dans une certaine mesure les populations qui peuvent délaissier les mesures préventives biomédicales au profit des panacées diffusées. Le discours sur la médecine traditionnelle relayé par certains intervenants sur les réseaux socio-numériques avec à l'appui des témoignages de guérison constitue une sorte de « savoir » proche du vécu des patients et une source d'information pour certains usagers (Paganelli et Clavier, 2011)⁵⁸³. Ils y ont recours lorsque ces derniers ou leurs proches font face à la maladie. A l'image du message de cet usager qui, cinq (5) mois après la clôture de la discussion, est intervenu pour se renseigner sur la posologie d'un remède contre le cancer qui avait été diffusé sur ce groupe de discussion en août 2020 (Figure 36)⁵⁸⁴.

3.5 Le rôle de certains praticiens de médecine traditionnelle dans la déconstruction des discours institutionnel de la communication de prévention

Comme nous l'avons mentionné dans la deuxième partie de notre mémoire, la pérennisation des us et coutumes concernant la prise en charge de la santé dans la société ivoirienne est assurée dans une certaine mesure par les praticiens de médecine traditionnelle. Cependant, parmi ces croyances, il en existe certaines qui annihilent les efforts réalisés par les techniciens de la santé dans le cadre de la prévention. Cette situation est aussi décrite par les acteurs institutionnels de la prévention (Encadré 34).

⁵⁸¹ Dominique Dupagne, *op. cit.*

⁵⁸² Hervé Nabarette et Étienne Caniard, *op. cit.*

⁵⁸³ Céline Paganelli et Viviane Clavier, *op. cit.*

⁵⁸⁴ Figure 36, page 302.

Encadré 34: Entretien avec un responsable institutionnel de la prévention, responsable de service, le 4 décembre 2019

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prévention par rapport à l'attitude des populations ?

AI_1 : La prévention n'est pas optimale parce que nous sommes confrontés à nos mœurs et coutumes. Le VIH SIDA est qualifié de maladie venue d'ailleurs, certaines vaccinations sont rejetées par la population qui les considèrent comme cause d'infertilité, en dépit des campagnes sur l'allaitement les nourrices continuent de donner l'eau aux enfants avant l'âge de six mois. Pour ce qui est du diabète et l'hypertension artérielle, beaucoup de naturothérapeutes avec une clientèle assidue proposent des remèdes miracles qui sont prisées par la population. Les maladies sont perçues comme résultante d'attaques mystiques des sorciers et les populations ont encore recours aux guérisseurs traditionnels appelés « comians » dans le traitement des maladies.

Selon ce responsable institutionnel de la prévention, le rejet des mesures préventives des sciences biomédicales par une partie de la population est la conséquence de l'influence de certaines croyances traditionnelles et des discours de certains acteurs en l'occurrence les praticiens de médecine traditionnelle.

En dépit des efforts réalisés par le PNPMT⁵⁸⁵, force est de constater que, sur le terrain, la responsabilité de certains praticiens de médecine traditionnelle est en cause pour bien des raisons.

La première réside dans leur nombre qui ne cesse de croître au fil du temps. En effet, le secteur de la médecine traditionnelle est un domaine où prolifère un nombre important de praticiens. L'Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire (ONMCI) dénombrait six mille huit cent cinquante (6850) médecins en 2020⁵⁸⁶ alors qu'au 24 avril 2020, le Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle (PNPMT), structure chargée de l'organisation de ce secteur, enregistrait plus de huit mille cinq cent (8500) praticiens. Il y a donc plus de tradipraticiens que de médecins. Dans la pratique selon les responsables du Programme

⁵⁸⁵ Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle

⁵⁸⁶ www.medecins.ci

National de Promotion de la médecine Traditionnelle, leur nombre est plus important, puisque, tous les tradipraticiens ne sont pas répertoriés. Parmi ceux qui ne sont pas enregistrés au programme, certains ignorent l'existence d'une telle structure. C'est le cas de cette praticienne spiritualiste que nous avons rencontrée :

« Nous ne savons pas qu'un tel programme existe. Nous n'avons aucun contact avec eux⁵⁸⁷. » .

Le nombre de ces acteurs s'accroît au fil du temps ce qui rend difficile le contrôle de leurs activités.

La deuxième raison est relative à l'exercice de leur fonction qui n'est pas soumis pour certains d'entre eux à des curricula, qu'ils soient formels ou non. Chez les tradipraticiens spiritualistes, comme nous l'avons indiqué dans la deuxième partie de notre mémoire, il existe des institutions de formation et d'apprentissage de la fonction. Elle dure en moyenne cinq (5) ans, sinon plus. A l'opposé, pour certains tradipraticiens non spiritualistes c'est-à-dire les herboristes et les phytothérapeutes, il n'existe pas de parcours à la suite duquel l'on devient apte à exercer l'activité. Cette affirmation a été confirmée par la praticienne non spiritualiste que nous avons rencontrée (Encadré 35).

Encadré 35: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, praticienne de médecine traditionnelle non spiritualiste, le 6 avril 2020

A.M : Comment devient-on praticien de médecine traditionnelle non spiritualiste ?

AC_3 : A notre niveau, il n'y a pas de formation type. Au niveau de notre fédération une fois que vous arrivez que vous leur dites que moi vraiment je soigne telle maladie ou telle maladie avec tel produit et tel produit, et en plus des témoignages que vous allez leur donner, en fonction de ça ils prennent un échantillon de chaque produit que vous avez, ils mettent dans leur vitrine et ils vous font remplir un document pour vous déclarer que vous êtes tradipraticien.

Il n'est donc pas rare de voir un individu qui au départ exerçait une activité de cordonnerie ou qui est au chômage devenir tradipraticien non spiritualiste d'un jour à l'autre. L'accès à l'exercice de cette fonction n'est pas conditionné, il est accessible à tous, tout le monde peut

⁵⁸⁷ Extrait entretien avec une tradipraticienne spiritualiste, le 26 avril 2020 à Grand-Bassam (Côte d'Ivoire)..

l'exercer il suffit de prétendre guérir une maladie.

La troisième raison pour laquelle les professionnels de la santé récusent certains praticiens de médecine traditionnelle est relative à la définition de leur domaine de compétences. La majeure partie du temps, le seul remède proposé est supposé prévenir et guérir tous les maux. Pour ceux qui se rendent au PNPMT, les acteurs institutionnels leur demandent de choisir au plus cinq (5) maladies qu'ils prétendent guérir à condition que ces maladies appartiennent au même champ. Cette question a été abordée lors de notre entretien au PNPMT⁵⁸⁸ (Encadré 36).

Encadré 36: Entretien avec un acteur institutionnel de la prévention, technicien de la santé, le 24 avril 2020

A.M : Quelles sont les obligations des praticiens vis-à-vis du PNPMT ?

AI_8 : A propos des obligations, il faut retenir que nous sommes la tutelle et quand vous voyez les fiches d'identification. Sur cette fiche ils doivent mentionner leur année d'exercice, les sources de leurs remèdes végétal ou non. On leur impose de choisir au plus cinq pathologies qu'ils prennent en charge, vous savez que les praticiens de médecine traditionnelle en général traitent toutes les pathologies.

Sur le terrain, les praticiens de la médecine traditionnelle prétendent tout prévenir et guérir. Certains produits à la vente sont même destinés à renforcer le système immunitaire, à nettoyer l'organisme, à savoir, la vessie, les reins, le foie afin de prévenir toutes les maladies.

La quatrième raison pour laquelle l'action des tradipraticiens est décriée, concerne les moyens de publicité qui entourent la promotion de leurs produits. En effet, comme c'est le cas pour la médecine conventionnelle, le code d'éthique et de déontologie⁵⁸⁹ des praticiens de médecine traditionnelle qui fait l'objet d'un décret, stipule en son article 39 l'interdiction de toute publicité. Cependant, selon les acteurs institutionnels de la communication de prévention, les tradipraticiens font la propagande de leurs remèdes. Ils investissent à cet effet tous les espaces de communication de proximité. Qu'ils s'agissent des moyens de transport en commun (des

⁵⁸⁸ Programme National de Prévention des Maladies Non Transmissibles

⁵⁸⁹ Présidence de la République de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

minibus assurant le transport dans la capitale appelés communément « gbaka », des cars de transport reliant les différentes villes), des radios locales, des *agoras* ainsi que des marchés. Ils utilisent également des moyens de communication informelle comme le bouche-à-oreille et « la radio Treichville ⁵⁹⁰ » afin de fédérer le plus grand nombre sur le fait que la médecine traditionnelle est efficace pour la résolution des problèmes en santé de tout genre et l'amélioration du bien-être. Pour les plus célèbres d'entre eux, ils sont invités sur les plateaux de la première chaîne de la télévision nationale RTI1 ⁵⁹¹. Les praticiens de médecine traditionnelle font « feu de tout bois », ils utilisent toutes les occasions de rassemblement pour vanter les mérites de l'exercice de leur activité et les propriétés exceptionnelles de leurs produits.

Pour les professionnels de santé que nous avons rencontrés, ces produits sont dangereux car ils ne font l'objet d'aucun test de toxicité. La population est donc exposée au quotidien à une quantité importante d'informations sur les remèdes spectaculaires de la pharmacopée traditionnelle.

Le coût des produits est relativement accessible à une grande partie de la population, mais pour certaines pathologies comme les maladies chroniques les coûts sont élevés. A titre d'exemple, lors de notre enquête, certains malades nous ont renseignée sur les coûts des honoraires et des produits (Encadré 37).

⁵⁹⁰ Radio Treichville : dénomination employée en Côte d'Ivoire pour désigner les rumeurs en vue d'influencer l'opinion des populations. A titre d'exemple, en septembre 2005 pendant la crise post-électorale un sentiment "anti-français" a été propagé au sein de la population par le biais de ces fausses rumeurs suites aux événements de novembre 2004. Gilbert Toppé, *op. cit.*

⁵⁹¹ Première chaîne de la Radiotélévision Nationale.

Encadré 37: Propos recueillis au sein de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire)

- Propos recueillis le 4 mars 2020 auprès d'un parent de patient atteint de cancer du col de l'utérus au sein de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire) La somme de 800 000 FCFA correspond à environ 1222 euros.

« J'ai payé 800.000 FCFA pour l'achat de produits traditionnels pour la guérison du cancer du col de l'utérus de l'utérus mon épouse. Le naturothérapeute nous a expliqué qu'avant qu'elle finisse la thérapie qu'il a prescrite pour un mois elle sera guérie. Vous voyez l'état dans lequel elle est actuellement. Sa santé ne fait que se dégrader de jour en jour. »

- Propos recueillis le 21 janvier 2020 auprès d'une patiente atteinte de cancer du sein de l'unité d'oncologie du CHU de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire). 50.000 FCFA correspond à environ 76 euros et 2 500 000 FCFA à 3817 euros

« Dès que j'ai senti une boule dans mon sein, mes parents m'ont envoyée chez un naturothérapeute avec lequel nous avons payé 50.000 FCFA pour un traitement de 2 semaines, il nous a dit que la boule allait disparaître. Malgré cela, la boule a augmenté de volume quand nous sommes venus consulter à l'hôpital, après les analyses, les médecins nous ont expliqué que c'est un cancer. Nous sommes repartis voir le naturothérapeute, cette fois-ci nous avons dépensé plus 2.500.000 FCFA pour une thérapie de 1 à 2 mois sans compter les frais annexes. Malheureusement, ça n'a pas marché. Je regrette, ma famille et moi nous avons dépensé toutes nos économies. Ce tradipraticien nous a grugés, je ne suis pas la seule dans ce cas, quand je discute avec les autres malades nous avons presque tous la même histoire »

Les coûts pratiqués dans la prise en charge des pathologies chroniques sont prohibitifs et ne sont pas soumis à un contrôle tarifaire.

S'il est vrai que la médecine traditionnelle connaît des prouesses sous d'autres cieux et qu'elle est efficace dans certains domaines, force est de constater que dans le cas des maladies chroniques comme le cancer, elle est limitée. En raison de la multiplicité des acteurs qui foisonnent dans ce secteur avec des méthodes de ventes qui relèvent d'un marketing très offensif, ajouté aux échecs thérapeutiques subis par les patients dans la quête de la guérison. Tout porte à croire qu'il y a plus de « loups que d'agneaux dans la bergerie ». Partant, les actions de ces acteurs rendent inaudibles les discours sur la prévention. Les campagnes sont frappées

d'une certaine inefficacité. Certaines ONG ont mentionné le fait que des personnes refusent de participer aux séances de dépistage organisées à leur intention malgré la sensibilisation qui se fait en amont en raison de leur recours à la médecine traditionnelle (Encadré 38).

Du côté de ces praticiens de médecine traditionnelle, ils déplorent le fait qu'ils ne sont pas associés aux actions de sensibilisation et l'absence de laboratoire en Côte d'Ivoire pour certifier leurs produits.

Encadré 38: Entretien avec un acteur communautaire de la prévention, volontaire au sein d'une ONG de lutte contre le cancer le 12 mars 2020

A.M : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population?

AC_1: Les pratiques traditionnelles entre autres le recours à la médecine traditionnelle constitue un frein à l'atteinte de nos objectifs. Puisque, les femmes confondent le cancer du col de l'utérus au fibrome utérin. Vous savez ce cancer agit comme un fibrome, quand le cancer est déclaré vous saignez, les gens disent également que lorsque que le fibrome atteint un stade où on ne peut rien faire vous commencez à saigner, donc lorsque les femmes font la confusion entre ces deux pathologies vous ne pouvez pas enlever ça de leur tête, vous ne pouvez pas les convaincre, elles disent que c'est la médecine traditionnelle qui peut soigner le fibrome donc dans ce cas nous on ne peut rien faire. Il y a un cas qu'on a eu à Abengourou, la dame a dit qu'elle souffrait de *bobodouman* (douleurs à l'utérus) qu'elle se soigne avec les médicaments traditionnels, lorsque notre Technicienne a réalisé le test HPV (Infection à papillomavirus humain) il s'est avéré positif. Nous avons essayé de lui faire comprendre elle a refusé...

Après l'analyse des fils de discussion de notre corpus, nous énumérons trois constats.

Le premier est relatif au fait que ce forum de discussion dédié à la médecine traditionnelle est un espace qui occulte les discours de la santé publique sur la chronicité des maladies telles que le diabète, l'hypertension artérielle et le cancer.

Le deuxième constat avance le fait que ce groupe de discussion représente un cadre de légitimité des expériences traditionnelles en matière de thérapeutique. De fait, il constitue un espace de

visibilité des pratiques médicales traditionnelles mais aussi un lieu d'expression de rejet des sciences biomédicales, qui sont au fondement des actions de prévention.

Le troisième constat montre que les informations échangées sur ce groupe de discussion peuvent influencer le comportement des individus au détriment des mesures promues par les acteurs de la santé publique.

Les formes de résistances des populations abordées ici relèvent du rejet, du déni et de la suspicion à l'égard des dispositifs info-communicationnels. En effet, en dépit du fait que ce forum est dédié à la médecine traditionnelle, il n'en demeure pas moins que certains usagers rappellent les discours institutionnels de la prévention et partant les recommandations de santé publique. Nous l'évoquons plus haut à propos de l'absence de communication de prévention sur les réseaux socio-numériques qui est dans une certaine mesure un biais de la communication de prévention.

Le fait que les médias socio-numériques constituent des moyens d'expression d'attitudes de résistance vis-à-vis des discours de prévention de la médecine conventionnelle ne concerne pas uniquement les maladies chroniques en Côte d'Ivoire. En effet, selon les conclusions d'une étude en sociologie (Gbété et al, 2020)⁵⁹² portant sur un corpus de cinq cent (500) commentaires issus de différents forums de discussion sur Facebook relativement aux messages de prévention institutionnelle sur les maladies comme la grippe aviaire, la maladie à Ebola virus, la fièvre lassa et la dengue, les messages des usagers s'inscrivent, pour la plupart, soit dans la théorie du complot incriminant les pays européens, soit dans un cadre visant à tourner en dérision les conseils de la santé publique sur ces maladies. En raison d'un accès limité des populations à une information de santé qui est sous le contrôle des politiques, les réseaux socio-numériques constituent dans une certaine mesure, un point d'appui et un support des discours de déconstruction des messages institutionnels de santé publique.

⁵⁹² Gbété Jean Martin Irigo, Zamblé Théodore GOIN Bi et Hamanys Broux De Ismael Koffi, « Réseaux sociaux, opinion et santé publique en côte d'ivoire : quand la perception des « alertes santé » oscille entre complotisme, récupération politique et dérision », *Recherches Africaines*, 2020, p. 69-69.

Conclusion du chapitre 6

Dans ce chapitre, nous avons présenté les principaux résultats de notre recherche : nous nous sommes interrogée sur les modalités pratiques de la mise en œuvre des campagnes de prévention, à savoir les forces en jeu, le processus par lequel les messages parviennent aux populations et la réception des messages chez les populations pour lesquelles ces campagnes sont organisées.

Les campagnes de communication sont organisées en vue de susciter l'adoption de comportements « sains » chez les populations. A cet effet, la diffusion des messages auprès des publics cibles constitue un des axes opératoires de la politique de prévention. Il est attendu des individus une appropriation effective des prescriptions qui devra se transformer en mécanismes à intégrer dans leur quotidien. Dans ce processus de gouvernement des corps, le Ministère de la santé, à travers ses structures techniques, notamment les programmes de santé, oriente sa stratégie communicationnelle sur la vulgarisation des premiers signes pour le cancer et des facteurs de risques pour le diabète, le cancer et l'hypertension artérielle. Des séances de dépistage sont également organisées dans cette perspective.

A la suite de l'analyse de notre corpus, il ressort que les campagnes de communication constituent des formes expressives de la puissance publique. Elles mettent en lumière, une présence des gouvernants à toutes les étapes du processus. En amont, c'est la « note ministérielle » qui autorise l'organisation d'une campagne, ainsi les supports de communication doivent être soumis à la validation de la Direction de Communication et des Relations Publiques du cabinet du Ministre de la santé. En aval, lorsque les campagnes se tiennent, la marge de manœuvre des techniciens est réduite par les politiques qui contrôlent leur discours et se mettent en scène lors du lancement officiel des campagnes afin de montrer à la population leur engagement à œuvrer pour leur bien-être.

En ce qui concerne les dispositifs info-communicationnels, ils présentent des insuffisances tant au niveau des canaux de diffusion que des caractéristiques des messages. Il s'agit entre autres, de l'incompréhensibilité des messages et de l'inadéquation entre les canaux de transmission choisis et ceux qui sont mobilisés par la population dans la recherche de l'information de santé. A côté de ces caractéristiques, il y a aussi le fait que la dimension socio-culturelle est ignorée dans les messages, notamment en ce qui concerne le rapport positif avec l'embonpoint et le

recours avéré des populations à la médecine traditionnelle. L'absence véritable de communication sur les réseaux socio-numériques, l'absence de coordination dans les différentes actions de communication et d'une unicité d'actions sur le territoire, marquée par une communication plus accentuée dans la capitale économique au détriment des autres régions sanitaires, constituent à côté des insuffisances mentionnées des biais de la communication de prévention. Face à cette situation, les populations manifestent des formes de résistances à l'égard des discours info-communicationnels qui sont transposées sur les réseaux socio-numériques qui représentent depuis peu en Côte d'Ivoire un cadre d'expression en raison de l'accès à une information de santé, qui jusque-là est produite par les responsables politiques, et donc décalée des réalités des individus.

Conclusion de la troisième partie

Cette partie de notre mémoire traite de la mise en œuvre des campagnes de prévention. Nous avons choisi d'utiliser une approche empirique afin de saisir les enjeux liés à notre recherche, notamment les modalités d'exercice du biopouvoir dans le cadre de la communication de prévention des maladies chroniques, les insuffisances des dispositifs info-communicationnels et les réactions des populations face aux recommandations de santé publique. Nous sommes rendus au siège des différentes structures de santé chargées de la sensibilisation sur les maladies chroniques afin de rencontrer huit (8) acteurs institutionnels de la communication de prévention dans un premier temps. Dans un deuxième temps, nous avons rencontré quatre (4) animateurs communautaires de la prévention. Dans un troisième temps, nous avons également interrogé trois cent soixante-neuf (369) malades atteints du cancer à l'unité d'oncologie du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville. Pour terminer, dans un quatrième temps, nous avons analysé le contenu d'un groupe de discussion, consacré à la médecine traditionnelle afin de saisir la réception des messages de prévention.

Nos résultats confirment, dans une certaine mesure, nos hypothèses de départ. Ainsi, les campagnes de prévention sont l'objet d'influences politiques qui dictent et soumettent la communication de prévention. En ce qui concerne les dispositifs info-communicationnels, ils présentent des insuffisances qui limitent la portée des messages. Ainsi, en raison du volet socioculturel qui semble ignoré dans les campagnes, les populations développent des formes de résistances vis-à-vis des discours de la communication de prévention. Cela se manifeste par des attitudes de déni, de rejet et de suspicion chez les populations qui sont également transposées dans les groupes de discussion sur l'outil Facebook comme celui que nous avons étudié, « Guérison à travers les plantes (Recettes maison) ». En effet, la médecine traditionnelle bénéficie d'une légitimité dont l'autorité se développe en raison des insuffisances du système sanitaire. Il s'agit notamment de l'insuffisance des moyens mis à disposition pour assurer la prise en charge médicale de la population, l'absence d'investissements pour la mise à niveau et le renforcement du plateau technique des structures sanitaires, du défaut d'une véritable couverture sociale pour permettre aux populations démunies de se soigner mais aussi de l'absence d'un véritable cadre institutionnel d'organisation effectif de la médecine traditionnelle. L'inexistence d'un dispositif de formation des praticiens de médecine traditionnelle et un véritable système de contrôle déontologique et pharmaceutique de la qualité

des remèdes traditionnels, constituent également des failles des dispositifs de prévention.

Conclusion générale

Notre recherche est partie d'un constat de départ qui concerne le taux de dépistage tardif des maladies chroniques en Côte d'Ivoire. En effet, la situation reste préoccupante dans toute l'Afrique car 60% des nouveaux cas de maladies chroniques surviennent dans les pays en voie de développement (l'OMS, 2014)⁵⁹³. Ainsi, l'incidence de la mortalité due aux maladies chroniques non transmissibles en Côte d'Ivoire reste considérable (MSLS, 2015)⁵⁹⁴. La durée moyenne de survie en Côte d'Ivoire, après le diagnostic d'un cancer, est de onze (11) mois (MSLS, 2009)⁵⁹⁵. Une des causes majeures de cette situation est le dépistage tardif dans 80 % des cas, en dépit des efforts réalisés par le Ministère de la santé à travers les programmes de santé et l'organisation de campagnes de communication. Nous nous sommes donc interrogée sur la manière dont les pouvoirs publics communiquent dans le cadre de la prévention. Nous avons par conséquent formulé l'hypothèse principale selon laquelle les institutions publiques communiquent sans prise en compte des spécificités locales et considéré le fait que la prévention est traversée par des enjeux politiques et socioculturels.

Nous nous sommes employée dans la première partie de notre travail à évoquer les enjeux théoriques en sciences de l'information et de la communication. Mais nous avons également présenté le concept de gouvernementalité qui est le cadre théorique de notre mémoire. Il s'agit notamment des notions de biopolitique et de résistance dans le cadre de la gestion politique de la santé. Après cette étape, nous avons exposé les notions à partir desquels notre étude s'inscrit en tant que cadre d'analyse en sciences de l'information et de la communication. Nous avons par conséquent, émis trois hypothèses. La première stipule que la communication de prévention est politisée, la deuxième porte sur les insuffisances des dispositifs info-communicationnels et la troisième est relative aux formes de résistances développées par les populations.

Afin de confronter nos hypothèses, nous avons mobilisé les recherches en sciences de l'information et de la communication et nous inscrivons notre réflexion dans la continuité des travaux de Caroline Ollivier-Yaniv, qui aborde la dimension politique de la communication publique utilisée en tant qu'outil de gouvernement d'une part, et d'autre part, les enjeux de la

⁵⁹³ OMS, *op. cit.*

⁵⁹⁴ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

⁵⁹⁵ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, *op. cit.*

réception des discours institutionnels de prévention.

Dans la deuxième partie, nous avons présenté le terrain de notre mémoire afin de permettre au lecteur d'appréhender le contexte dans lequel se déroulent les campagnes dans une société dite traditionnelle où la communication de prévention est exclusivement fondée sur la médecine conventionnelle. Nous avons ainsi présenté le système sanitaire ivoirien, évoqué les différents types de médecine qui coexistent et exposé le contexte historique dans lequel la médecine conventionnelle a été introduite en Côte d'Ivoire.

Après cette étape, nous nous sommes employée à présenter les caractéristiques de la prévention, et, partant de la communication publique et de l'information liées aux actions de prévention. Nous avons ainsi dressé le bilan des différentes campagnes sur les maladies chroniques évoquées dans notre mémoire, afin d'appréhender les objectifs et les actions qui ont été menées par les structures en charge de la prévention. Au-delà, nous avons aussi évoqué certaines particularités sociales, culturelles et politiques qui pour nous, sont susceptibles d'influencer la réception des messages de prévention.

Dans la troisième partie de notre mémoire, nous avons présenté les différents outils de collecte de données que nous avons utilisés afin de saisir les enjeux liés à notre recherche. Il s'agit des entretiens semi-directifs, d'une enquête de terrain par le biais d'un questionnaire auprès d'un échantillon représentatif de patients atteints de cancer et de l'analyse de contenu.

Premièrement, à partir des entretiens semi-directifs réalisés auprès de huit (8) acteurs institutionnels de la prévention et de quatre (4) intervenants communautaires, nous avons essayé d'appréhender l'influence des politiques sur la communication de prévention. Il s'agissait de saisir les conditions de production, les mécanismes et le déroulement des campagnes de communication.

Deuxièmement, nous avons analysé les dispositifs info-communicationnels des campagnes de communication sur le diabète, sur l'hypertension artérielle et sur certains cancers qui se sont tenues sur la période de 2011 à 2019. Ici l'absence d'archives sur les campagnes qui se sont tenues ont rendu difficile l'élaboration de cette rétrospective. Nous avons par ailleurs, mené une enquête auprès de trois cent soixante-neuf (369) malades recrutés au sein de l'unité d'oncologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Treichville, afin de recueillir l'avis des patients et de déceler les éventuelles insuffisances des dispositifs info-communicationnels institutionnels, telles celles évoquées par Michel Foucault

Troisièmement, nous avons voulu saisir les réactions des publics face aux recommandations de la santé publique. A travers l'analyse de contenu, nous avons étudié la nature de l'information échangée dans un groupe de discussion de Facebook dédié à la médecine traditionnelle.

Nous avons également confronté nos résultats à nos hypothèses. De notre analyse, il en ressort que la communication de prévention est traversée par des enjeux d'ordre politique, économique et socioculturel. Ainsi, nous avons dressé trois (3) constats majeurs.

1. Les campagnes de prévention apparaissent comme une technologie politique permettant aux gouvernants d'acquérir et de garantir leur légitimité

La communication de prévention semble faire l'objet d'influences politiques dans une certaine mesure. Telles quelles sont organisées, les campagnes de sensibilisation semblent s'inscrire dans une dynamique plus politique que sociale. Elles sont traversées par des enjeux politiques qui les assujettissent, qui dictent leur stratégie et leurs modalités opérationnelles. Ici, tout doit s'inscrire dans l'idéologie politique du parti au pouvoir, même les supports de communication et les lieux de déroulement des campagnes. En outre, la rationalisation de l'information concerne aussi bien le fonctionnement des structures sous la tutelle du Ministère de la santé, entre autres, les programmes, mais également les informations diffusées en direction de la population.

Dans un contexte où le climat social est mouvementé par la donne politique, les campagnes de prévention constituent une « aubaine » pour les gouvernants, afin de convaincre les populations et d'apaiser les éventuelles contestations. Ainsi, la communication de prévention en Côte d'Ivoire peut être assimilée à une communication « électorale » dans une certaine mesure. En effet, son objectif semble être la mise en visibilité des actions des membres du gouvernement.

La marge de manœuvre des acteurs de la communication de prévention est réduite de fait, en raison non seulement de l'insuffisance de moyens logistiques et financiers mais également d'une dynamique politique prégnante dans laquelle les campagnes devraient s'inscrire. Cette empreinte politique est présente à toutes les étapes des campagnes, depuis leur conception pour aboutir à leur tenue effective. Les forces politiques qui président aux destinées de la communication de prévention en Côte d'Ivoire, semblent reléguer au second plan les motivations premières qui ont nécessité la création des programmes de santé, à savoir la lutte contre les maladies chroniques et l'amélioration de l'état de santé des populations. Les

professionnels de la communication de prévention appréhendent la prégnance de cette influence politique et souhaitent que le domaine de la santé soit dépolitisé d'une part, et d'autre part, qu'il bénéficie de financements conséquents leur permettant de mettre en œuvre de véritables stratégies de prévention afin de réduire les dépistages tardifs et optimiser la thérapeutique.

La gestion de la santé considérée comme modalité de biopouvoir, permet donc aux gouvernants d'assurer et de renforcer leur légitimité tant au niveau international que national. Ainsi, au motif de l'intérêt général, la gestion de la santé laisse également entrevoir l'exercice d'un pouvoir autoritaire d'une part qui s'exerce aussi bien sur les institutions publiques que sur les corps et les esprits, et, d'autre part qui permet aux pouvoirs publics d'acquérir une reconnaissance internationale puisque ces derniers accordent la primauté à la mise en œuvre des recommandations qui émanent des institutions internationales au détriment des attentes locales. Tout semble organisé pour dissimuler les difficultés qu'éprouve l'Etat à agir véritablement dans la gestion des problèmes sociaux. C'est la responsabilité de l'individu qui est uniquement mise en cause dans le dépistage tardif alors que les politiques et les techniciens de la santé ont également leur part de responsabilité. Il s'agit entre autres de la disparité de la couverture sanitaire, de l'insuffisance des infrastructures sanitaires et de l'absence d'une véritable couverture sociale.

Ainsi, les campagnes de prévention en tant qu'instrument de biopouvoir sont à la solde des politiques. Elles sont donc mises en œuvre afin de renforcer leur emprise sur les populations.

2. Les dispositifs info-communicationnels manquent de pertinence et sont en décalage avec les objectifs de la prévention

Les dispositifs info-communicationnels comportent des insuffisances qui limitent la portée des messages.

L'axe de la prévention est orienté vers les facteurs de risques, les signes des maladies et le dépistage. Tous les messages ont pour but de susciter la prise de conscience générale avec un appel insistant sur la responsabilité individuelle. Dans cette situation, les recommandations de santé publique sont de plusieurs ordres. Entre autres, le volet nutritionnel (promotion de bonnes pratiques alimentaires en faveur de l'adoption d'un régime riche en fruits et légumes), la lutte contre les addictions (arrêt du tabac, de l'alcool...), l'aspect sportif (l'importance de la pratique régulière d'une activité physique) et le dépistage. Dans ce processus de sensibilisation, les

prescriptions visent à gouverner les corps. Cependant, cela s'opère sans prise en compte des réalités locales. Au nombre de celles-ci, figurent le rapport positif de l'ivoirien avec l'embonpoint et le recours d'une partie de la population à la médecine traditionnelle qui peuvent constituer des freins à l'atteinte des objectifs de la communication de prévention. Nous avons également relevé l'absence de communication de prévention dans certains endroits stratégiques comme les réseaux socio-numériques et les agoras ainsi que le manque de coordination dans les actions de la communication de prévention.

La communication de prévention comporte d'autres défaillances qui semblent annihiler l'efficacité des messages. Tout d'abord, la veille informationnelle nationale en santé n'est pas efficace. Les chiffres ne sont pas actualisés. Pour le cancer, les données datent de 2014. Il n'y a pas de précision sur les zones de prévalence élevée de façon à permettre aux acteurs de la prévention de mener des actions ciblées. Les insuffisances sont aussi relatives au caractère incompréhensible des messages en raison de la langue de délivrance. Ainsi, à cause du taux d'analphabétisme élevé dans le pays, soit environ 43,9%, (INS, 2016)⁵⁹⁶, notre échantillon a été réduit de 55,3%, puis de 19,5%. Ce sont donc seulement 25,2% des interrogés qui ont pu se prononcer sur la qualité des messages. En ce qui concerne les avis de ces derniers sur l'information de prévention, 18,3% la qualifie d'explicite et 29% de persuasive. Dans un contexte où les perceptions sociales de la santé ont une forte dimension collective, et, où les facteurs de risques sont extérieurs à l'homme, les messages de prévention qui appellent à la responsabilité individuelle sont ignorés par une partie de la population.

Un autre résultat significatif concernant les insuffisances des dispositifs info-communicationnels est relatif aux caractéristiques de la communication sur le cancer.

La première concerne l'inégalité dans la couverture médiatique. En effet, les campagnes de sensibilisation sont plus accentuées dans la capitale au détriment des autres villes. Ainsi, dans notre échantillon, parmi les interrogés qui avaient le souvenir d'une campagne de prévention, 14,5% seulement résidaient dans les autres agglomérations en-dehors de la région d'Abidjan. Les personnes interrogées ont donc déploré l'absence de campagnes de prévention dans leurs zones d'habitation.

La seconde est relative à l'inadéquation des canaux de diffusion. La majorité des enquêtés soit 50%, utilisent le bouche-à-oreille pour s'informer, alors que les programmes de santé

⁵⁹⁶ Institut National de la Statistique, *op. cit.*

communiquent par le biais des médias traditionnels.

La troisième fait référence à une insuffisance d'information sur certaines maladies comme le cancer, qui a pour effet de renforcer les croyances et les rumeurs au sein des populations. En outre, l'absence de centres de diagnostic publics dans les périphéries et le coût élevé des examens dans les cliniques privées découragent les populations candidates au dépistage. A ces éléments susmentionnés, s'ajoutent, l'absence d'information véritable sur la pathologie cancéreuse chez les malades, qui fait que parmi notre échantillon, seulement 2% des personnes sont disposées à témoigner afin d'amener les autres individus à consulter tôt.

La quatrième caractéristique se situe au niveau des personnes indiqués pour animer les campagnes de sensibilisation. Pour toutes les personnes interrogées, les patients en rémission dans le cas du cancer devraient participer aux campagnes afin d'augmenter les probabilités d'appropriation des messages et de susciter le dépistage précoce des cas.

Toutes ces caractéristiques des dispositifs info-communicationnels ont pour conséquences la non-participation des populations aux séances de dépistages organisées à leur intention. Ainsi, dans notre enquête, 2,4% des interrogés ont participé aux campagnes et ont décidé de consulter après s'être fait dépister. En outre, de façon globale, seulement 0,8% des personnes interrogées trouvent l'organisation de la communication de prévention satisfaisante.

3. Des attitudes d'ignorance, de déni, de suspicion et de rejet des discours de prévention

Le contexte de la prévention dans les sociétés africaines et notamment en Côte d'Ivoire est particulier. Les populations adoptent des attitudes de déni, de rejet et de suspicion face aux recommandations prescrites par les discours étatiques. Ainsi, une partie de la population refuse de suivre les préconisations de changement de comportements. A travers une enquête de terrain, nous avons tenté d'appréhender les causes qui sous-tendent ces attitudes. En dépit des mutations et des contacts avec les pays européens, les sociétés africaines sont marquées par des procédés culturels de prise en charge de la santé qui sont partagés par une partie de la population, surtout en ce qui concerne le recours à la médecine traditionnelle dans l'itinéraire thérapeutique. Cette réalité s'est transposée sur internet. En effet, la manipulation de ce dispositif en ligne dépend dans une certaine mesure des motivations des usagers. A cet effet, comme les études en SIC sur l'analyse des forums de santé l'ont montré, le web représente un lieu de discussion entre les usagers dont la profil varie et la majorité des utilisateurs qui fréquentent le forum, le font, en

vue de partager l'information (Clavier et al, 2010)⁵⁹⁷. En ce qui concerne le groupe de discussion que nous avons étudié, les usagers sont des patients, des praticiens de médecine traditionnelle, des professionnels de la santé, des parents de malades ou encore des curieux qui veulent en savoir davantage sur la prise en charge des pathologies. Il est question d'une sorte de « savoirs produits » par des individus qui prétendent maîtriser le traitement par les plantes ou de parents de patients qui y viennent pour donner des témoignages de guérison par rapport à l'efficacité des plantes ; chacun y va de sa propre expérience et propose son remède.

Après l'analyse des fils de discussion prélevés dans ce groupe d'échanges en ligne de Facebook, nous pouvons affirmer que ce groupe est un espace constitué de personnes partageant l'information sur la thérapeutique basée sur les plantes d'une part, et, d'autre part, ces dernières remettent en cause dans une large mesure les discours des sciences biomédicales. En effet, 80% des messages sont des apports d'informations contre 20% qui concernent des demandes d'information.

En ce qui concerne le typage des messages, il ressort que les informations sur les remèdes représentent 76,9% des échanges. Les messages de remerciements et l'information scientifique enregistrent chacun 8,2% des échanges et les informations relevant de la théorie du complot représente 3% des échanges. Ici, les témoignages (5%), même s'ils sont insignifiants, constituent des critères de validité de cette information auprès des usagers. Les informations échangées réfutent les discours issus des sciences biomédicales. De fait, l'information scientifique a une faible portée. Tout cela s'inscrit dans un déni de la chronicité des pathologies. A la différence des travaux de Viviane Clavier et Cécile Paganelli (2014)⁵⁹⁸ sur la nature de l'information de santé échangée en ligne, la forte proportion de messages sur les remèdes traditionnels dans notre étude montre que l'internet est un dispositif propre à développer l'automédication, ce qui est problématique dans un contexte où il n'y a aucun contrôle des médicaments traditionnels.

Les résultats de l'analyse de ce groupe confrontés à ceux de notre enquête auprès des patients du service d'oncologie de CHU de Treichville ont fait ressortir le fait que certains remèdes diffusés sur ce forum sont utilisés effectivement par les patients.

⁵⁹⁷ Viviane Clavier[et al.], *op. cit.*

⁵⁹⁸ Céline Paganelli et Viviane Clavier, *op. cit.*

A côté de ce constat, il y a le recours prioritaire d'une partie de la population à la médecine traditionnelle, qu'elle soit spiritualiste ou non et les croyances populaires qui entretiennent une relation positive avec l'embonpoint qui constituent un obstacle à l'atteinte des objectifs de la prévention. L'absence de communication sur la médecine traditionnelle et la place des réseaux socio-numériques a pour effet de laisser le champ libre à une transposition des « expériences » se réclamant de la médecine traditionnelle sur le web. Cette dynamique vise à présenter la médecine traditionnelle comme une science irréfutable capable de venir à bout de tous les maux d'une part, et, elle tente de fédérer et de convaincre les plus sceptiques, d'autre part. Surtout elle se glisse dans les failles du système de santé public qui quelques fois est dans l'incapacité d'assurer le suivi médical de la population. On assiste alors à l'existence d'une information non contrôlée remettant en cause les discours de prévention en ce qui concerne la chronicité même des maladies et à la qualification des maladies comme résultant de complot.

Tous ces éléments diluent le substrat des campagnes de prévention en Côte d'Ivoire. A cet effet, nous avons des préconisations qui font suite à l'état des lieux de la situation.

Ces propositions concernent la communication de prévention et la prise en charge des malades du cancer.

L'absence de suivi psychologique rend les malades du cancer vulnérables et émotionnellement fragiles. Ainsi, la totalité des patients que nous avons interrogés nous avaient demandé de leur accorder un peu de temps après le renseignement du questionnaire afin d'échanger sur leurs craintes et leur peur. La plupart d'entre eux fondaient en larmes lors de leur récit... L'institution de séances de counseling comme dans la prise en charge du VIH SIDA, pourrait permettre aux patients d'avoir une idée précise du protocole thérapeutique, notamment le coût, les éventuels effets secondaires, la conduite à tenir et constituerait également des espaces d'expression pour les patients.

Au niveau du volet socioculturel, il semble opportun que les politiques de prévention tiennent compte des spécificités socioculturelles et que l'Etat œuvre à la réalisation effective d'une collaboration entre médecine conventionnelle et médecine traditionnelle. En effet, la médecine traditionnelle fait partie du patrimoine culturel de la société ivoirienne. Quelle soit indiquée ou non dans la prévention, la question n'est pas abordée. Selon certains responsables de la communication de prévention, cela est fait à dessein, puisque le fait d'en parler pourrait légitimer les tradipraticiens et augmenter les pratiques de consultations de la population.

Cependant, nous pensons que cette tendance à ignorer l'existence de cette médecine locale peut avoir des répercussions néfastes sur la santé des populations. En effet, les campagnes devraient communiquer sur la médecine traditionnelle afin d'augmenter les probabilités d'appropriation des messages chez les populations. Dans cette même veine, Matthieu Grossetête (Grossetête, 2011)⁵⁹⁹, a souligné, dans ses travaux, l'importance d'intégrer la variante socioculturelle dans les messages de prévention, de sorte que les différentes couches sociales puissent se sentir concernées par les recommandations.

Le rapprochement des deux médecines est donc plus que d'actualité car l'une ne peut être efficace sans l'autre. Cette position de complémentarité est partagée par les populations (Harris, 1998)⁶⁰⁰ et par des praticiens de médecine traditionnelle. Ainsi, malgré la décision présidentielle de 1997⁶⁰¹ prise par le gouvernement ivoirien pour autoriser la collaboration entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle, sur le terrain cette collaboration est loin d'être effective.

Les mesures d'accompagnement, notamment le cadre de définition formel de cette collaboration, font défaut et cet avis ne semble pas être partagé par tous les professionnels de la santé. En effet, selon les résultats d'une enquête menée auprès des professionnels de la santé, seulement 27% se disent favorables à l'idée de collaborer avec les praticiens de médecine traditionnelle (Kroa et al)⁶⁰². Toutefois, la politique d'intégration de la médecine traditionnelle actuelle qui vise la valorisation de la pharmacopée se limite au remède et reflète la rationalité de la médecine conventionnelle qui exclut le sacré, le symbolique, qualifiés de subjectifs (Yao, 2004)⁶⁰³. Pour avoir une meilleure collaboration entre ces deux médecines, il faudrait que cette intégration soit revue afin de considérer la médecine traditionnelle et ses pratiques, c'est-à-dire la dimension surnaturelle et le sacré, dans toute leur globalité et leur complexité et surtout encadrer véritablement l'exercice de leur art. En raison des nombreux témoignages des patients que nous avons recueillis sur les échecs thérapeutiques des traitements contre le cancer, proposés par les praticiens de médecine traditionnelle, il serait également opportun d'organiser

⁵⁹⁹ Matthieu Grossetête, *op. cit.*

⁶⁰⁰ Memel-Fotê Harris, *op. cit.*

⁶⁰¹ lettre N° 3967 du 27 août 1997(relative à la médecine traditionnelle)

⁶⁰² E. Kroa[et al.], *op. cit.*

⁶⁰³ Yao Leopold Yao, *op. cit.*

des campagnes de sensibilisation. Ceci, afin de faire prendre conscience aux populations des limites de la médecine traditionnelle dans le cas du cancer et amener les individus à se rendre à l'hôpital dès les premiers signes de la maladie. tout cela bien entendu dans l'hypothèse que les soins puissent être prodigués à des coûts acceptables pour les populations dans les centres hospitaliers. Par ailleurs, les autorités sanitaires devraient œuvrer au renforcement des capacités des praticiens de médecine traditionnelle et à la surveillance de leurs activités, surtout en ce qui concerne la mise à disposition d'un laboratoire d'analyse toxicologique des plantes de la pharmacopée afin de protéger la santé des individus.

Pour ce qui est des campagnes contre l'obésité, selon nous, elles pourraient mettre en scène des personnes corpulentes qui pratiquent une activité sportive régulière d'une part, et, d'autre part, faire la promotion d'aliments sains et riches en lipides, puisque toutes les graisses ne sont pas mauvaises.

En ce qui concerne la sensibilisation via internet et les réseaux socio-numériques, il semble nécessaire pour les techniciens de la santé d'interagir dans ces groupes d'échanges afin d'encadrer les propos de ces « spécialistes » de la médecine traditionnelle, et, partant d'aider les usagers à prendre des décisions idoines concernant leur santé. Dans ce processus de responsabilisation face à l'information de santé (Lemire, 2009)⁶⁰⁴, les autorités sanitaires ont un rôle important à jouer. Ainsi, une démarche auprès des administrateurs pour la présence de professionnels de la santé pourrait contribuer à réduire « l'anarchie » voir réguler les échanges afin d'expliquer de façon claire et simple la notion de chronicité de la maladie et en quoi est ce que des attitudes de santé publique contribuent à réduire les risques d'expositions.

Il semble également nécessaire que les programmes de santé interviennent dans les agoras afin de vulgariser l'information scientifique et veiller à la crédibilité des informations échangées pour limiter la désinformation.

Pour terminer, notre travail empirique nous a permis de conforter nos hypothèses, à savoir que la communication de prévention est traversée par des forces oppositionnelles d'ordre politique et socioculturel. Partant, notre recherche souligne que la communication de prévention est fortement politisée d'une part, et qu'elle doit intégrer les réalités socioculturelles locales, si elle veut atteindre ses objectifs, d'autre part.

⁶⁰⁴ Marc Lemire, « Internet et responsabilisation : perspective de l'utilisateur au quotidien », *Santé Publique*, vol. 21 / hs2, 2009, p. 13.

Notre travail de recherche n'est pas exhaustif, il ne peut prétendre dresser ici tous les enjeux de la communication de prévention qu'ils soient d'ordre politique, économique ou socioculturel. Les limites de notre travail résident dans le fait qu'il aurait été intéressant pour nous de rencontrer deux groupes d'individus. Le premier concerne un échantillon des usagers du groupe Facebook, où nous avons extrait des fils de discussion pour analyse. Qu'ils soient émetteurs ou lecteurs passifs des messages, afin d'appréhender leur motivation et la manière dont ils prennent en charge leur santé.

Nous aurions également voulu interroger une population « saine » afin de comparer ses opinions sur la communication de prévention et de saisir le degré d'appropriation des messages d'une part, et, d'analyser les éventuels écarts ou concordances des avis avec ceux émis par les patients que nous avons interrogés, d'autre part. Cela permettra d'obtenir une idée plurielle et générale sur la question des campagnes de prévention et de généraliser ou non les conclusions de cette thèse.

En dépit des limites susmentionnées, notre travail aura permis de mettre en lumière le caractère invisible des campagnes en raison des contraintes politiques et des insuffisances des dispositifs info-communicationnels. Nous appréhendons à cet effet de nouvelles perspectives de recherche. L'une est relative à la dimension politique des campagnes de communication et l'autre concerne l'information de santé.

Dans la première perspective, l'analyse des campagnes de communication sur les maladies chroniques en Côte d'Ivoire laisse entrevoir un espace de la santé fortement politisé dans un contexte où la légitimité des pouvoirs publics à gouverner semble être mis à mal. Les campagnes se trouvent ainsi prises entre deux logiques. D'un côté, l'apparente volonté des pouvoirs publics d'exercer une gestion politique de la santé en vue de servir leurs intérêts. De l'autre, les problèmes sociaux auxquels toute communication de santé publique doit faire face afin de concourir à l'amélioration de l'état de santé des individus. Entre raison d'état et défis sociétaux de la santé, la réflexion sur la communication publique pourrait s'intéresser, non seulement aux enjeux de l'appropriation des messages face aux réalités socioculturelles mais aussi à la dimension politique de la gestion de la santé qui au-delà de l'exercice du pouvoir viserait à assurer la stabilité sociale, gage de succès de toute politique de développement.

Dans la seconde, en ce qui concerne les enjeux de l'information de santé, nous pouvons affirmer, à la suite de notre mémoire, qu'en Côte d'Ivoire, à la faveur d'internet, on assiste à

une formalisation de la contestation des discours médicaux à travers les médias socio-numériques. Cette contestation est le fait d'une catégorie de producteurs de l'information dont les discours promeuvent un autre système de prise en charge de la santé, celui de la médecine traditionnelle. Il est question d'une information en ligne dont l'objectif est la légitimation presque exclusive des « expériences » thérapeutiques traditionnelles qui suscite la ferveur au sein des communautés locales., posant du coup, le problème de son contrôle mais aussi de son rôle puisqu'elle semble constituer un relais voire un moyen permettant la circulation de normes locales en matière de santé dans une société caractérisée par une transmission des savoirs par l'oralité.

En outre, il semble également opportun de porter la réflexion sur les campagnes de communication publique en matière de santé dans un autre pays de l'Afrique francophone, anglophone ou lusophone afin d'analyser les éventuelles similitudes ou dissemblances avec le cas ivoirien. Cela permettrait d'enrichir le débat sur les éventuelles déclinaisons de la gouvernamentalité dans les pays non européens.

Bibliographie**Ouvrages**

- Barats, Christine. *Manuel d'analyse du web - en Sciences Humaines et Sociales - Christine Barats - Livres*. U. Paris: Armand Colin, 2016.
- Bardin, Laurence. *L'analyse de contenu*. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.
- Boubée, Nicole, et André Tricot. *Qu'est-ce que rechercher de l'information ?* Villeurbanne: Presses de l'Ecole Nationale Supérieure des Sciences de l'Information et des Bibliothèques, 2010.
- Bury, Jacques. *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*. savoirs & santé. Bruxelles: DeBoeck-Wesmael, 1988.
- Campenhoudt, Luc Van, Jacques Marquet, et Raymond Quivy. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5e éd. Malakoff: Dunod, 2017.
- Canguilhem, Georges. *Le normal et le pathologique*. 12e éd. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.
- Certeau, Michel de. *L'invention du quotidien, Tome 1 : Arts de faire - Edition originale*. 10^e-18 édition éd. Paris: Union générale d'éditions, 1980.
- Clavier, Viviane, et Jean-Philippe De Oliveira. *Alimentation et santé: Logiques d'acteurs en information-communication*. Londres: ISTE Group, 2018.
- Depecker, Thomas, Anne Lhuissier, et Aurélie Maurice. *La juste mesure: une sociologie historique des normes alimentaires*. Tables des hommes. Rennes Tours: Presses universitaires de Rennes Presses universitaires François-Rabelais, 2013.
- Dozon, Jean-Pierre, et Fassin Didier. *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*. Voix et regards. Paris: Balland, 2001.
- Fassin, Didier. *L'Espace politique de la santé: Essai de généalogie*. Sociologie d'aujourd'hui. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- Fassin, Didier, et Yannick Jaffré, éd. *Sociétés, développement et santé*. Universités Francophones. Paris: Ellipses, 1990.
- Foucault e, Michel. *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France*. Hautes Etudes. Paris: Gallimard Seuil, 2004.
- Foucault f, Michel. *Sécurité, Territoire, Population*. Hautes Etudes. Paris: Le Seuil, 2004.
- Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité, tome 1 : La Volonté de savoir*. 3 vol. Collection Tel 248. Paris: Gallimard, 1994.
- . « *Il faut défendre la société* ». *Cours au Collège de France*. 1976. Paris: Seuil, 1997.

-
- . *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2015.
- . *Surveiller et punir*. Bibliothèque des Histoires. Paris: Gallimard, 1975.
- Good, Byron Joseph. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Sciences Humaines. Le Plessis-Robinson: Institut synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- Harris, Memel-Fotê. *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*. Sociétés africaines et diaspora. Paris: L'Harmattan, 1998.
- Kivits, Joëlle, Frédéric Balard, Cécile Fournier, et Myriam Winance. *Les recherches qualitatives en santé*. U. sociologie. Paris: Armand Colin, 2016.
- Laborier, Pascale, et Danny (dir) Trom. *Historicités de l'action publique*. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.
- Lascoumes, Pierre, et Patrick Le Galès. *Sociologie de l'action publique*. 3e édition. Collection, Tout sur le savoir 128. Malakoff: Armand Colin, 2018.
- Legrand, Stéphane. *Les normes chez Foucault*. Presses universitaires de France. Collection, Pratiques théoriques 15-37. Paris: Presses Universitaires de France, 2007.
- Lehmann, Jean-Pierre. *Prophètes-guérisseurs dans le sud de la Côte d'Ivoire*. Paris: L'Harmattan, 2012.
- Lévy, Joseph Josy, et Christine Thoër. *Internet et santé: acteurs, usages, et appropriations*. Québec: Presses Universitaires du Québec, 2012.
- Maingueneau, Dominique. *Analyser les textes de communication*. ICOM. Paris: Armand Colin, 2016.
- Marchetti, Dominique. *Quand la santé devient médiatique: les logiques de production de l'information dans la presse*. Collection, Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 2010.
- Massé, Raymond. *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Les Classiques des sciences sociales. Paris - Montréal: Gaëtan Morin, 1995.
- Miège, Bernard. *Contribution aux avancées de la connaissance en information-communication*. Médias essais. Paris: Institut National de l'Audiovisuel, 2015.
- . *La société conquise par la communication*. Vol. 1. Presses universitaires de Grenoble, 1989.
- . *L'information-communication, objet de connaissance*. Bruxelles: De Boeck Supérieur, 2004.
- Millerand, Florence, Serge Proulx, et Julien Rueff. *Web Social: Mutation de la Communication*. Québec: Presses Universitaires du Québec, 2010.
- N'da, Paul. *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines. Réussir sa thèse, son*

mémoire de master ou professionnel, et son article. Paris: L'Harmattan, 2015.

Niangoran-Bouah, Georges. *Introduction à la drumologie.* Sankofa. Abidjan: Georges Niangoran-Bouah, 1981.

Olivesi, Stéphane. *Questions de méthode.* Communication et Civilisation. Paris: L'Harmattan, 2004.

Olivesi, Stéphane (dir). *Sciences de l'information et de la communication.* Communication en + 2. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2013.

Ollivier-Yaniv, Caroline. *L'Etat Communiquant.* La politique éclatée. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

Ollivier-Yaniv, Caroline, et Michael Rinn. *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite?* Communication, Médias et Sociétés. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.

Paul, Benjamin David. *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs.* New York: Russell Sage Foundation, 1990.

Peretti-Watel, Patrick, et Jean-Paul Moatti. *Le principe de prévention: le culte de la santé et ses dérives.* Paris: Le Seuil, 2009.

Piaget, Jean. *La représentation du monde chez l'enfant.* Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2013.

Revel, Judith. *Dictionnaire Foucault.* Paris: Ellipses Marketing, 2008.

Rivers, William Halse Rivers. *Medicine, Magic and Religion.* New edition. London ; New York: Routledge, 1924.

Romeyer (dir), Hélène, éd. *La santé dans l'espace public.* Communication santé sociale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

Routier, Cédric, et Agnès d'Arripe, éd. *Communication et santé: enjeux contemporains.* Santé et sciences sociales. Villeneuve-d'Ascq, France: Presses universitaires du Septentrion, 2010.

Toppé, Gilbert. *Communication politique et développement en Côte d'Ivoire.* Paris: Harmattan, 2010.

Chapitres d'ouvrages

- Appel, Violaine, H el ene Boulanger, et Luc Massou. « Dispositif[s] : discerner, discuter, distribuer ». In *Les dispositifs d'information et de communication*, 9-16. Culture & Communication. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2010.
- Aubé, Sandra, et Christine Thoër. « La construction des savoirs relatifs aux médicaments sur Internet:  tude exploratoire d'un forum sur les produits amaigrissants utilis es sans supervision médicale ». In *Les médias et la santé: de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*, 239-66. Collection Santé et société. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2010.
- Berlivet, Luc. « Déchiffrer la maladie ». In *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, 75-102. Voix et regards. Paris: Balland, 2001.
- Charaudeau, Patrick. « Il n'y a pas de société sans discours propagandiste ». In *Communication de l'État et gouvernement du social. Pour une société parfaite?* 19-47. Communication, Médias et Sociétés. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.
- Clavier, Viviane. « Le bon et le bien manger dans les forums de santé. Des ressources pour s'informer sur l'alimentation ? » In *Bien et bon à manger*, 24-31. Art archéologie et patrimoine. Dijon: Edition Universitaire de Dijon, 2018.
- Clavier, Viviane, et Céline Paganelli. « Organisation des connaissances et études des pratiques informationnelles : contribution à la caractérisation de l'information de santé ». In *C. Paganelli Céline et V. Clavier (dir.) Pratiques d'information et connaissances en santé*, ISTE Editions., Sous presse. Londres, 2022.
- Clavier, Viviane, Adrian Staii, Céline Paganelli, H el ene Romeyer, et Maria Caterina Manes Gallo. « Dynamiques interactionnelles et rapports à l'information dans les forums de discussion médical ». In *Web Social: Mutation de la Communication*, 297-312. Québec: Presses de l'Université du Québec, 2010.
- Dean, Mitchell. « Risk, calculable and incalculable ». In *Risk and Sociocultural Theory*, Lupton Deborah., 131-59. Cambridge ; New York: Cambridge University Press, 1999.
- D eplaude, Marc-Olivier. « Une conformité par surcroît. Réception et usages des normes nutritionnelles dans le secteur agroalimentaire ». In *La juste mesure. Une sociologie historique des normes alimentaires*,  dit e par Thomas Depecker, Anne Lhuissier, et Aurélie Maurice, 349-71. Presses universitaires de Rennes/Presses universitaires François Rabelais, 2013.
- Dozon, Jean-Pierre. « Quatre modèles de prévention ». In *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, 23-46. Paris: Balland, 2001.
- Foucault a, Michel. « La gouvernementalité, texte N 239 ». In *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III*

1976 -1979, 635-57. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault b, Michel. « La naissance de la biopolitique, texte N° 274 ». In *Dits et écrits 1954 - 1988. Tome III 1976 -1979*, 818-25. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault c, Michel. « La politique de la santé au XVIIIe siècle, texte N°168 ». In *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, 13-27. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault d, Michel. « Le gouvernement des vivants, texte N° 289 ». In *Dits et écrits tome IV 1954-1988. 1980-1988*, 125-29. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault g, Michel. « Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps ». In *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, 228-36. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault h, Michel. « Dialogue sur le pouvoir, texte N°221 ». In *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 -1979*, 464-77. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault i, Michel. « Le sujet et le pouvoir, texte N° 306 ». In *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, 222-42. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault j, Michel. « L'extension sociale de la norme, texte N° 173 ». In *Dits et écrits 1954 - 1988. Tome III 1976 -1979*, 76-78. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault k, Michel. « Le jeu de Michel Foucault, texte n°206 ». In *Dits et écrits 1954 -1988. Tome III 1976 -1979*, 298-329. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault l, Michel. « Sécurité, territoire et population, texte N° 255 ». In *Dits et écrits 1954 - 1988. Tome III 1976 -1979*, 719-23. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault m, Michel. « Le sujet et le pouvoir, texte N° 306 », 222-43. Paris: Gallimard, 1994.

Foucault, Michel. « Le pouvoir, une bête magnifique, texte N° 212 ». In *Dits et écrits 1954 - 1988. Tome III 1976 -1979*, 368-82. Paris: Gallimard, 1994.

———. « Michel Foucault, une interview : sexe, pouvoir et la politique de l'identité, texte N°358 ». In *Dits Ecrits Tome 1954 - 1988. Tome IV 1980- 1988*, 735-46. Paris: Gallimard, 1994.

Gavillet, Isabelle. « Michel Foucault et le dispositif : questions sur l'usage galvaudé d'un concept ». In *Les dispositifs d'information et de communication*, 17-38. Collection Culture & Communication. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur, 2010.

Gilbert, Claude. « Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, 113-30. Paris: Editions la Découverte, 2009.

———. « Les risques : objets de politiques publiques ou formes données à un problème ? Emmanuel Henry, Aurélie Campana, Jay Rowel. La construction des problèmes publics dans l'Union Européenne », 111-36. Strasbourg: Presses Universitaires de Strasbourg, 2007.

Gilbert, Claude, Emmanuel Henry, et Isabelle Bourdeaux. « Lire l'action publique au prisme des

-
- processus de définition des problèmes ». In *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, 7-33. Recherches / Territoires du politique. Paris: Editions la Découverte, 2009.
- Jaffré, Yannick. « “Éducation et santé ” ». In *Sociétés, développement et santé*, 50-66. Médecine tropicale. Paris: Ellipses, 1990.
- Jouët, Josiane, et Coralie Le Caroff. « L’observation ethnographique en ligne ». In *Manuel d’analyse du web en Sciences Humaines et Sociales*, 147-65. U. Paris: Armand Colin, 2013.
- Laborier, Pascale. « La gouvernementalité. Jean-François Bert; Jérôme Lamy. Michel Foucault. Un héritage critique. » In *Michel Foucault*, 169-81. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique Editions, 2014.
- Laborier, Pascale, et Pierre Lascoumes. « L’action publique comprise comme gouvernementalisation de l’Etat ». In *Usages scientifiques de Michel Foucault dans les sciences sociales : autour du politique*, 81-101. Pascale Laborier. Les sciences camérales, activités pratiques et histoire des dispositifs publics. Paris: Presses Universitaires de France, 2011.
- Méadel, Cécile. « Internauts-patients, une aventure collective ». In *Les nouveaux territoires de la santé*, 115-30. Série l’Information dans la santé, vol. 3. Londres: ISTE éditions, 2020.
- Mengal, Paul, éd. « Michel Foucault et la question du biopouvoir ». In *Communication de l’État et gouvernement du social: pour une société parfaite ?*, 153-63. Communication, Médias et Sociétés. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.
- Metzger, Jean-Paul. « L’information-documentation ». In *Sciences de l’information et de la communication: objets, savoirs, discipline*, 2ème édi., 43-62. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2013.
- Ollivier-Yaniv b, Caroline. « La communication publique communication d’intérêt général et exercice du pouvoir ». In *Sciences de l’information et de la communication*, 2e édition., 103-18. Communication en +. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2013.
- Ollivier-Yaniv, Caroline. « La communication gouvernementale en matière de sécurité : gouvernement de soi et gouvernement du social ». In *Communication de l’Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite?* 87-102. Communication, Médias et Sociétés. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.
- . « L’action publique contre le tabac : paradoxe discursif et enjeux politiques de la communication institutionnelle ». In *La santé dans l’espace public*, 69-77. Communication santé social. Rennes: Presses de l’Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique, 2010.
- Paganelli, Céline, et Clavier Viviane. « Le forum de discussion : une ressource informationnelle hybride entre information grand public et information spécialisée ». In *les forums de discussion: agoras du XXIe siècle? Théories, enjeux et pratiques discursives*, 39-55. Langue et parole.
-

Paris: L'Harmattan, 2011.

Philippe, Aldrin, et Hubé Nicolas. « La politique n'est plus ce qu'elle était, la communication non plus. Pour un changement de perspective sur le travail de légitimation politique ». In *Les mondes de la communication publique. Légitimation et fabrique symbolique de l'action publique*, 161-78. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2013.

Picard, Camille. « Bien (se) conduire ... un demi-siècle de communication en faveur de la sécurité routière (1952-2002) ». In *Communication de l'Etat et gouvernement du social. Pour une société parfaite?* 103-21. Communication, Médias et Sociétés. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2009.

Romeyer, Hélène. « Discours médiatique et cancer en France de 2000 à 2005 ». In *Communication et santé: enjeux contemporains*, 109-19. Sciences sociales. Villeneuve d'Ascq: Presses Universitaires du Septentrion, 2010.

Thoër, Christine. « Les espaces d'échange en ligne consacrés à la santé: de nouvelles médiations de l'information santé ». In *Internet et santé: acteurs, usages, et appropriations*, 55-92. Santé et société. Québec: Presses Universitaires du Québec, 2012.

Thoër, Christine, et Florence Millerand. « Internet comme terrain d'investigation et mode de collecte des données qualitatives en santé ». In *J. Kivits, F. Balard, C. Fournier, & M. Winance (Éds), Les recherches qualitatives en santé*, 151-64. U. sociologie. Paris: Armand Colin, 2016.

Articles

Ackerknecht, Erwin Heinz. « Anticontagionism between 1821 and 1867 ». *The Johns Hopkins University Press, Bulletin of the History of Medicine*, 22, n° 5 (1948): 562-93.

Adjué, Anonkpo Julien. « Histoire de la communication en Côte d'Ivoire: épreuve d'une épistémologie ». *Communication en Question*, n° 7 (2016): 62-83.

Ajzen, Icek, et Martin Fishbein. « Attitude-behaviour relations: theoretical analysis and review of empirical research ». *Psychological Bull*, n° 84 (1977): 888-918.

———. « The prediction of behavior from attitudinal and normative variables ». *Journal of experimental social psychology*, n° 6 (1970): 466-87.

Ajzen, Icek, et Thomas Madden. « Prediction of goal directed behaviour: attitudes, intentions, and perceived behavioural control ». *Journal of experimental social psychology*, n° 22 (1986): 453-74.

Akrich, Madeleine, et Cécile Méadel. « De l'interaction à l'engagement : les collectifs électroniques, nouveaux militants de la santé ». *Hermès, La Revue* 47, n° 1 (2007): 145-53.
<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2007-1-page-145.htm>.

-
- . « Les échanges entre patients sur l'Internet ». *La presse médicale* 38, n° 10 (2009): 1484-90.
- Azeddine, Leïla. « Le cancer et ses récits: quelles places des malades et des maladies? » *Les Enjeux de l'information et de la communication* Volume 2007, n° 1 (2007): 1-7. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2007-1-page-1.htm>.
- Bahi, Aghi. « La « Sorbonne » d'Abidjan: rêve de démocratie ou naissance d'un espace public? » *African Sociological Review/Revue Africaine de Sociologie* 7, n° 1 (2003): 1-17.
- Bardou-Boisnier, Sylvie, et Isabelle Pailliant. « Information publique : stratégies de production, dispositifs de diffusion et usages sociaux ». *Les Enjeux de l'information et de la communication* n° 13/2, n° 2 (2012): 3-10. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2012-2-page-3.htm>.
- Barratt, Monica, et Simon Lenton. « Beyond recruitment? Participatory online research with people who use drugs ». *International Journal of Internet Research Ethics* 3, n° 1 (2010): 69-86.
- Bayart, Jean-François. « L'énonciation du politique ». *Revue Française de Science politique* 35, n° 3 (1985): 343-73.
- Berlivet, Luc. « Les ressorts de la "biopolitique": "dispositifs de sécurité" et processus de "subjectivation" au prisme de l'histoire de la santé ». *Revue d'histoire moderne & contemporaine* 60-4/4 bis, n° 4-5 (2013): 97-121. <https://doi.org/10.3917/rhmc.604.0097>.
- Berthelot-Guiet, Karine, et Caroline Ollivier-Yaniv. « "Tu t'es vu quand t'écoutes l'Etat?". Réception des campagnes de communication gouvernementale. Appropriation et détournement linguistiques des messages ». *Réseaux* 108, n° 4 (2001): 155-78. <https://doi.org/10.3917/res.108.0155>.
- Bessières, Dominique. « La définition de la communication publique : des enjeux disciplinaires aux changements de paradigmes organisationnels ». *Communication & Organisation*, n° 35 (2009): 14-28. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.686>.
- . « L'évaluation de la communication publique, entre norme gestionnaire et légitimités, des enjeux difficilement conciliables ? » *Communication & Organisation*, n° 38 (2010): 65-76. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00948127>.
- Blavier, Pierre. « La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique. Joseph Gusfield Traduction et postface de Daniel Cefai ». *Idées économiques et sociales, Études sociologiques*, 158, n° 4 (2009): 77-77. <https://doi.org/10.3917/idee.158.0077>.
- Chantraine, Gilles, et Jean-François Cauchie. « Risque(s) et gouvernementalité. Reconstruction théorique et illustration empirique : les usages du risque dans l'économie du châtement légal ». *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, n° 1 (2006).
-

<https://doi.org/10.4000/socio-logos.13>.

- Clavier, Carole. « La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark ». *Revue internationale de politique comparée* 18, n° 4 (2011): 13-27. <https://www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2011-4-page-13.htm>.
- Comby, Jean-Baptiste, et Matthieu Grossetête. « « Se montrer prévoyant » : une norme sociale diversement appropriée ». *Sociologie* 3, n° 3 (2012): 251-66. <https://www.cairn.info/journal-sociologie-2012-3-page-251.htm>.
- Da Silva, Coralie Pereira. « Prescrire, dire et faire ». *Politiques de communication* N° 11, n° 2 (2018): 15-41. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-politiques-de-communication-2018-2-page-15.htm>.
- Dagnogo, Gnéré Blama. « Du réseau social traditionnel au réseau social numérique : pistes de réflexion pour une éducation aux médias sociaux numériques en Côte d'Ivoire ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 12 (1 janvier 2018). <https://doi.org/10.4000/rfsic.3495>.
- Dakouri, Gadou. « Les prophétismes en pays Dida et la logique du marché (Côte d'Ivoire) ». *Journal des anthropologues*, n° 98-99 (2004): 147-70.
- De Iulio, Simona, et Susan Kovacs. « Communiquer, prévenir, éduquer. Circulation de normes et de savoirs sur les risques alimentaires à l'école ». *Communication & Organisation* 45, n° 1 (2014): 99-114. <https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2014-1-page-99.htm>.
- Deleuze, Gilles. « Les nouveaux philosophes ». *revue bimestrielle Minuit*, n° Supplément tiré à part au N°24 (mai 1977). 1.libertaire.free.fr/Dleuze03.html.
- Devillard, Valérie, et Dominique Marchetti. « La "sécurité routière", un programme sans risque. La neutralisation d'un problème politique et social à la télévision ». *Réseaux* 147, n° 1 (2008): 149-76. <https://doi.org/10.3917/res.147.0149>.
- Diabi, Yahaya. « L'information et le pouvoir politique en Côte d'Ivoire entre 1960 et 1990 ». *Hermès*, fascicule thématique Amérique latine-Cultures et communication, n° 28 (2000): 245-55.
- Dozon, Jean-Pierre. « D'un prophétisme à l'autre ou une histoire de modernité à contretemps ». *Socioanthropologie*, Religions et modernité, n° 17-18 (2006). <https://doi.org/10.4000/socio-anthropologie.449>.
- Dozon, Jean-Pierre, et Didier Fassin. « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique ». *Sciences sociales et santé* 7, n° 1 (1989): 21-36.

<https://doi.org/10.3406/sosan.1989.1117>.

- Dupagne, Dominique. « Les nouvelles informations en santé ». *Les Tribunes de la santé* 29, n° 4 (2010): 33-39. <https://doi.org/10.3917/seve.029.0033>.
- Fainzang, Sylvie. « La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale. » *Revue électronique semestrielle, Université de Montpellier 3, France, Ethnologie comparées*, n° 1 (2000): 18.
- Fassin, Didier. « Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre ». *Rupture, revue transdisciplinaire en santé* 7, n° 1 (2000): 58-78. http://gris107.gris.umontreal.ca/ruptures/pdf/articles/rup071_058.pdf.
- . « Entre politiques du vivant et politiques de la vie: Pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés* 24, n° 1 (2003): 95-116. <https://doi.org/10.7202/015638ar>.
- . « La biopolitique n'est pas une politique de la vie ». *Sociologie et sociétés* 38, n° 2 (2007): 35-48. <https://doi.org/10.7202/016371ar>.
- Faye, Sylvain Landry. « L' « exceptionnalité » d'Ebola et les « réticences » populaires en Guinée-Conakry. Réflexions à partir d'une approche d'anthropologie symétrique ». *Anthropologie et Santé*, n° 11 (25 novembre 2015). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1796>.
- Fezeu, Léopold, Etienne Minkoulou, Beverley Balkau, André-Pascal Kengne, Paschal Awah, et Nigel Unwin. « Association between socioeconomic status and adiposity in urban Cameroon ». *International journal of epidemiology* 1, n° 35 (2006): 105-11.
- Gilbert, Claude. « De l'affrontement des risques à la résilience. Une approche politique de la prévention ». *Communication & langages* 176, n° 2 (2013): 65-78. <https://doi.org/10.4074/S0336150013012040>.
- . « La fabrique des risques ». *Cahiers internationaux de sociologie* n° 114, n° 1 (2003): 55-72. <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2003-1-page-55.htm>.
- . « Quand l'acte de conduite se résume à bien se conduire. À propos du cadrage du problème "sécurité routière" ». *Réseaux* 147, n° 1 (2008): 21-48. <https://doi.org/10.3917/res.147.0021>.
- Gilbert, Claude, et Emmanuel Henry. « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion ». *Revue française de sociologie* Vol. 53, n° 1 (2012): 35-59. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-sociologie-1-2012-1-page-35.htm>.
- Goa, Kacou. « Réquisitoires éthiques contre l'information sur internet ». *Communication en Question*, n° 4 (juillet 2015): 1-16.
- Grossetête, Matthieu. « Les classes sociales dans la communication publique. Les campagnes télévisuelles de prévention des accidents de la circulation (1999-2005) ». *Questions de communication*, n° 19 (2011): 269-90.

<https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.2733>.

- Hamelin, Fabrice, et Vincent Spenlehauer. « L'action publique de sécurité routière en France ». *Réseaux* n° 147, n° 1 (2008): 49-86. <https://www.cairn.info/revue-reseaux1-2008-1-page-49.htm>.
- Henry, Emmanuel. « Présentation ». *Réseaux* 147, n° 1 (2008): 9-18. <https://doi.org/10.3917/res.147.0009>.
- Idelson, Bernard. « Méfiance et défiance vis-à-vis de l'autorité de santé : la Covid-19 dans l'espace médiatique réunionnais ». *Hermès, La Revue* 88, n° 2 (16 décembre 2021): 264-67. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2021-2-page-264.htm>.
- Irigo, Gbété Jean Martin, Zamblé Théodore GOIN Bi, et Hamanys Broux De Ismael Koffi. « Réseaux sociaux, opinion et santé publique en côte d'ivoire : quand la perception des « alertes santé » oscille entre complotisme, récupération politique et dérision ». *Recherches Africaines*, n° 0025 (2020): 69-69.
- Kacou, Goa. « Réquisitoires éthiques contre l'information sur internet ». *Communication en Question*, n° 4 (2015): 1-18.
- Kadja, Pascal Nambo. « Le marketing des vendeurs de médicaments dans les cars de transport inter-ville en Côte d'Ivoire. » *Communication en Question*, n° 6 (2016): 103-19.
- Kivits, Joëlle, Maël Hanique, Béatrice Jacques, et Lise Renaud. « L'appropriation de l'information médiatique au sujet de la prévention et du dépistage des cancers ». *Le Temps des médias* n° 23, n° 2 (2014): 151-63. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-le-temps-des-medias-2014-2-page-151.htm>.
- Kivits, Joëlle, Catherine Lavielle, et Christine Thoër. « Internet et santé publique : comprendre les pratiques, partager les expériences, discuter les enjeux ». *Santé Publique* 21, n° hs2 (2009): 5-12. <https://doi.org/10.3917/spub.098.0005>.
- Kleinman, Arthur. « Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems ». *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology* 12 (1978): 85-93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5).
- Kouakou, Oi Kouakou Benoît. « Représentations sociales et recours à la médecine traditionnelle en Afrique dans un contexte global de lutte contre la Covid-19 ». *Communication en Question*, n° 13 (2020): 1-24.
- Kra, Kouassi Raymond. « La communication publique dans les administrations publiques ivoiriennes : état des lieux. » *Communication en Question*, n° spécial (2014): 62-77.
- Laborier, Pascale. « La gouvernementalité. Jean-François Bert; Jérôme Lamy. Michel Foucault. Un héritage critique ». *Editions du Centre National de la Recherche Scientifique*, 2014, 169-81.

- Lafon, Benoit, et Isabelle Pailliar. « Malades et maladies dans l'espace public ». *Questions de communication* 11 (2007): 7-15. <https://www.cairn.info/revue-questions-de-communication-2007--page-7.htm>.
- Lamoureux, Philippe. « Campagnes de communication en santé publique et éducation à la santé ». *Les Tribunes de la sante* 9, n° 4 (2005): 35-42. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2005-4-page-35.htm>.
- Lascoumes, Pierre. « La Gouvernamentalité : de la critique de l'État aux technologies du pouvoir ». *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, n° 13-14 (2004). <http://journals.openedition.org/leportique/625>.
- . « Les instruments d'action publique, traceurs de changement: L'exemple des transformations de la politique française de lutte contre la pollution atmosphérique (1961-2006) ». *Politique et Sociétés* 26, n° 2-3 (2008): 73-89. <https://doi.org/10.7202/017664ar>.
- Lascoumes, Pierre, et Louis Simard. « L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction ». *Revue française de science politique* 61, n° 1 (2011): 5-22. <https://doi.org/10.3917/rfsp.611.0005>.
- Lehmans, Anne, et Éric Letonturier. « Introduction ». *Hermès, La Revue* 88, n° 2 (16 décembre 2021): 17-19. <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2021-2-page-17.htm>.
- Lemire, Marc. « Internet et responsabilisation : perspective de l'utilisateur au quotidien ». *Santé Publique* 21, n° hs2 (2009): 13. <https://doi.org/10.3917/spub.098.0013>.
- Lévy, Joseph J., et Christine Thoër. « Diversité des usages santé d'Internet et enjeux de communication. Présentation ». *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 10 (2013): i-iv. <http://journals.openedition.org/communiquer/1405>.
- Loriol, Marc. « Faire exister une maladie controversée: les associations de malades du syndrome de fatigue chronique et Internet ». *Sciences sociales et santé* 21, n° 4 (2003): 6-31.
- Loukou, Alain François. « La diffusion de l'Internet en Côte d'Ivoire. Obstacles et implications ». *Netcom. Réseaux, communication et territoires*, n° 26-3/4 (2012): 307-28. <https://doi.org/10.4000/netcom.1045>.
- . « Les mutations dans le secteur des télécommunications en Côte d'Ivoire et leurs implications ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 3 (30 juillet 2013). <https://doi.org/10.4000/rfsic.660>.
- Marsollier, Christophe. « L'éducation pour la santé: enjeux et repères épistémologiques ». *Institut universitaire de formation des maîtres (IUFM) Réunion, Expressions*, 2007, 11-32.
- Massé, Raymond. « La santé publique en France ». *Sciences sociales et santé* 20, n° 4 (2002): 141-49. <https://doi.org/10.3406/sosan.2002.1572>.

- Massumi, Brian. « Prévention, dissuasion, préemption. Changements de logiques de la menace ». Traduit par Erik Bordeleau. *Multitudes* 67, n° 2 (2017): 165-75. <https://doi.org/10.3917/mult.067.0165>.
- Méadel, C., et M. Akrich. « Internet: intrus ou médiateur dans la relation patient-médecin? » *Santé, société et solidarité* 8, n° 2 (2009): 87-92.
- Méadel, Cécile, et Madeleine Akrich. « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin ». *Les Tribunes de la santé* 29, n° 4 (2010): 41-48. <https://doi.org/10.3917/seve.029.0041>.
- Mégard, Dominique. « Sur les chemins de la communication publique ». *Les Cahiers Dynamiques* n° 35, n° 3 (2005): 26-30. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2005-3-page-26.htm>.
- Merah, Aïssa. « Communication médicale et marketing social de santé publique en Algérie. Le cas des maladies non transmissibles ». *Médiation et information*, n° 44-45 (2018): 47-58. <https://www.mei-info.com/revue/44/47/communication-medicale-et-marketing-social-de-sante-publique-en-algerie-le-cas-des-maladies-non-transmissibles/>.
- Merah, Aïssa. « L'information sur la santé en Algérie. Etude d'une expérience réussie mais isolée ». *Les Enjeux de l'information et de la communication* Volume 2009, n° 1 (2009): 63-78. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2009-1-page-63.htm>.
- Miège, Bernard. « 40 ans de recherche en Information – Communication Acquis et questionnements ». *Les Enjeux de l'information et de la communication* n° 16, n° 1 (2015): 105-13. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2015-1-page-105.htm>.
- . « Introduction au dossier 2016 : Contributions à la compréhension de mutations en cours ». *Les Enjeux de l'information et de la communication* N° 17/2, n° 2 (2016): 5-9. <https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2016-2-page-5.htm>.
- Moatti, Jean-Paul, Nathalie Beltzer, et William Dab. « Les modèles d'analyse des comportements à risque face à l'infection à VIH : une conception trop étroite de la rationalité ». *Population* 48, n° 5 (1993): 1505-34. <https://doi.org/10.2307/1534187>.
- Moro, Moro Dominique, Kouakou Gérard N'Goran, et Kouakou Adrien Koua. « Dynamique sociale et pratiques thérapeutiques chez les tradipraticiens dans la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) ». *Revue ivoirienne d'anthropologie sociale KASA BYA KASA*, n° 38 (2018): 179-91.
- Mottot, Florence. « Cinq fruits, cinq légumes ! » *Sciences Humaines*, N°195, n° 7 (2008): 6-6. <https://www.cairn.info/magazine-sciences-humaines-2008-7-page-6.htm>.

- Nabarette, Hervé, et Étienne Caniard. « Sites santé et régulation ». *Les Tribunes de la santé* 29, n° 4 (2010): 49-58. <https://doi.org/10.3917/seve.029.0049>.
- Noar, Seth. « A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go from Here? » *Journal of health communication* 11 (1 février 2006): 21-42. <https://doi.org/10.1080/10810730500461059>.
- Normand, Rachel, et Suzanne Benoit. « L'accès à l'information en matière de santé : un défi pour les personnes peu alphabétisées ». *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire* 18, n° 2 (2012): 142-50. <https://doi.org/10.7202/1013177ar>.
- Oger, Claire, et Caroline Ollivier-Yaniv. « Conjuré le désordre discursif. Les procédés de « lissage » dans la fabrication du discours institutionnel ». *Mots*, n° 81 (1 juillet 2006): 63-77. <https://doi.org/10.4000/mots.675>.
- Ollivier-Yaniv a, Caroline. « Communication, Prévention et Action Publique : Proposition d'un Modèle Intégratif et Configurationnel. Le Cas de La Prévention Du Tabagisme Passif ». *Communication & Langages* 2013, n° 176 (2013): 93-111. <https://doi.org/10.4074/S0336150013012064>.
- Ollivier-Yaniv, Caroline. « De « la voix de la France » à « l'État annonceur ». Genèse de la communication gouvernementale. Les années soixante-dix, ou l'alchimie des formes d'instrumentalisation de l'information par l'État français ». *Communication. Information médias théories pratiques* 20, n° 2 (2001): 42-65. <https://doi.org/10.4000/communication.6517>.
- . « De l'opposition entre “propagande” et “communication publique” à la définition de la politique du discours : proposition d'une catégorie analytique ». *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, n° 72 (2010): 87-99. <https://doi.org/10.4000/quaderni.492>.
- . « Discours politiques, propagande, communication, manipulation ». *Mots. Les langages du politique*, n° 94 (2010): 31-37. <https://doi.org/10.4000/mots.19857>.
- . « La communication gouvernementale, un ordre en négociation ». *Revue française d'administration publique* 171, n° 3 (2019): 669-80. <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2019-3-page-669.htm>.
- . « La communication publique sanitaire à l'épreuve des controverses ». *Hermès, La Revue* n° 73, n° 3 (2015): 69-80. <https://www-cairn-info.sid2nomade-1.grenet.fr/revue-hermes-la-revue-2015-3-page-69.htm>.
- . « Les communicants gouvernementaux au secret : croire et faire croire à la transparence politique ». *Quaderni, Secrets et pouvoirs: les faux-semblants de la transparence*, 52, n° 1 (2003): 105-15. <https://doi.org/10.3406/quad.2003.1584>.
- . « Présentation du dossier. Les publics institutionnels: réception et appropriation des

-
- informations et des recommandations ». *Politiques de communication* N° 11, n° 2 (2018): 5-14.
<https://www.cairn.info/revue-politiques-de-communication-2018-2-page-5.htm>.
- Omrane, Dorsaf, et Pierre Mignot. « Préventions des cancers du sein : ce que la controverse fait à l'action publique ». *Les enjeux de l'information et de la communication Supplément A, Revue électronique article inédit, mis en ligne le 31 octobre 2018*, Information et communication publiques et espaces publics sociétaux : interactions et tensions, n° 3 (2018): 41-55.
- Orange, Valérie, Florence Millerand, et Christine Thoër. « Profils et modes de contribution dans un forum sur le détournement de médicaments : une analyse diachronique des interactions ». *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 10 (2013): 87-106.
<https://doi.org/10.4000/communiquer.525>.
- Paganelli, Céline, et Viviane Clavier. « S'informer via des médias sociaux de santé: quelle place pour les experts? » *Le Temps des médias*, n° 2 (2014): 141-43.
- Paganelli, Céline, Adrian Staii, et Viviane Clavier. « Figures de l'expertise sanitaire et confiance dans l'information de santé ». *Hermès, La Revue* 88, n° 2 (16 décembre 2021): 247-53.
<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2021-2-page-247.htm>.
- Pailliart, Isabelle, et Géraldine Strappazzon. « Les paradoxes de la prévention des cancers : publicisation et privatisation ». *Questions de communication* 11 (2007): 17-31.
<https://www.cairn.info/revue-questions-de-communication-2007--page-17.htm>.
- Pascal, Gnamien Kouamé. « Information Pour Le Développement Durable De La Santé – Cas De L'usage Des Réseaux Sociaux Dans La Lutte Contre Le Cancer De La Prostate En Côte d'Ivoire ». *European Scientific Journal, ESJ* 14, n° 3 (31 janvier 2018): 460-76.
<https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n3p460>.
- Pastinelli, Madeleine. « Pour en finir avec l'ethnographie du virtuel! Des enjeux méthodologiques de l'enquête de terrain en ligne ». *Anthropologie et sociétés* 35, n° 1-2 (2011): 35-52.
- Pereira da Silva, Coralie. « La communication dans le dépistage des cancers ». *Hermès, La Revue* 82, n° 3 (2018): 162-67. <https://doi.org/10.3917/herm.082.0162>.
- Pierru, Frédéric. « Fassin D., L'espace politique de la santé. Essai de généalogie ». *Politix, Sciences politiques allemandes*, sous la direction de Fabien Jobard et Pascale Laborier, 15, n° 59 (2002): 197-207. <https://doi.org/10.3406/polix.2002.1232>.
- Piperini, Marie-Christine. « L'effet paradoxal de la communication persuasive en sessions d'éducation pour la santé ». *Santé Publique* 24, n° 6 (2012): 533.
<https://doi.org/10.3917/spub.126.0533>.
- Pommier, Jeanine, et Olivier Grimaud. « Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles ». *Santé Publique* 19, n° hs (2007): 9-14.
-

<https://doi.org/10.3917/spub.070.0009>.

- Proulx, Serge. « Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers ». *Communication. Information Médias Théories* 15, n° 2 (1994): 170-97. <https://doi.org/10.3406/comin.1994.1691>.
- Raude, Jocelyn. « Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions ». *Communication & langages* 176, n° 2 (2013): 49-64. <https://doi.org/10.4074/S0336150013012039>.
- Régnier, Faustine. « « Goût de liberté » et self-quantification ». *Réseaux* 208-209, n° 2-3 (25 mai 2018): 95-120. <https://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-2-page-95.htm>.
- Renahy, Émilie, Emmanuelle Cadot, Christelle Roustit, Isabelle Parizot, et Pierre Chauvin. « Recherche d'information en santé sur l'internet : une analyse contextuelle des données SIRS, une cohorte parisienne ». *Santé Publique* 21, n° hs2 (2009): 27-40. <https://doi.org/10.3917/spub.098.0027>.
- Réquillart, Denis. « « Savoir plus, risquer moins » de la communication publique comme enjeu stratégique ». *Communication & Organisation*, n° 20 (2001): 1-11. <https://doi.org/10.4000/communicationorganisation.2568>.
- Rinn, Michael, et William Sherlaw. « Santé publique et communication ». *MEI info-com*, n° 44-45 (2019): 7-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031651>.
- Romeyer, Héléne. « La santé en ligne ». *Communication. Information médias théories pratiques* 30, n° 1 (2012). <https://doi.org/10.4000/communication.2915>.
- . « Le bien-être en normes : les programmes nationaux nutrition santé ». *Questions de communication*, n° 27 (2015): 41-61. <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9685>.
- . « TIC et santé : entre information médicale et information de santé ». *Tic & société* 2, n° 1 (2008): 26-44. <https://doi.org/10.4000/ticetsociete.365>.
- Romeyer, Héléne, et Amirouche Moktefi. « Pour une approche interdisciplinaire de la prévention ». *Communication & langages* 176, n° 2 (2013): 33-47. <https://doi.org/10.4074/S0336150013012027>.
- Rosenstock, Irwin. « Historical origins of the health belief model ». *Health Education Monographs winter* 2, n° 4 (1974): 328-35.
- Salam Fall, Abdou, et Laurent Vidal. « Émergence d'une culture, déclin d'une profession. Soigner et prévenir au Sénégal et en Côte-d'Ivoire ». *Cahiers internationaux de sociologie* 121, n° 2 (2006): 239-64. <https://doi.org/10.3917/cis.121.0239>.
- Scheper-Hughes, Nancy. « Three Propositions for Critically Applied Medical Anthropology », *Social Science & Medicine*, 30, n° 2 (1990): 189-97.

- Thoër, Christine. « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? » *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 10 (1 décembre 2013): 1-24. <https://doi.org/10.4000/communiquer.506>.
- Thoër, Christine, Florence Millerand, David Myles, Valérie Orange, et Olivier Gignac. « Enjeux éthiques de la recherche sur les forums Internet portant sur l'utilisation des médicaments à des fins non médicales ». *Communiquer. Revue de communication sociale et publique*, n° 7 (2012): 1-22. <https://doi.org/10.4000/communiquer.1085>.
- Traoré, Kassoum, et Memon Fofana. « Représentation sociale et recours au système de santé publique au sud de la Côte d'Ivoire : Une analyse à partir des données empiriques. » *Journal of Social Sciences Research* 10, n° 2 (2016): 2039-46. <https://core.ac.uk/download/pdf/322472603.pdf>.
- Vidal, Laurent. « Byran J. Good, Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu ». *Homme* 39, n° 150 (1999): 263-66. https://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1999_num_39_150_453592.
- Vincourt, Sarah, et Souleymane Kouyaté. « Ce que "parler au grin" veut dire : sociabilité urbaine, politique de la rue et reproduction sociale en Côte d'Ivoire ». *Politique africaine* 127, n° 3 (2012): 91-108. <https://doi.org/10.3917/polaf.127.0091>.
- Wesley, Magat, et Kip Viscusi. « Learning about risk: consumer and worker responses to hazard information ». *Harvard University Press*, 1987, 130-75.
- Wolton, Dominique. « La communication, un enjeu scientifique et politique majeur du XXIe siècle ». *L'Année sociologique* Vol.51, n° 2 (2001): 309-26. <https://doi.org/10.3917/anso.012.0309>.
- Yan Jin. « Making Sense Sensibly in Crisis Communication: How Publics' Crisis Appraisals Influence Their Negative Emotions, Coping Strategy Preferences, and Crisis Response Acceptance ». *Communication Research* 37, n° 4 (août 2010): 522-52. <https://doi.org/10.1177/0093650210368256>.
- Yao, Kouakou Daniel, Gbalawoulou Dali Dalougou, et Maholy Antoinette Zambe. « Représentations sociales des tradipraticiens et problématique de leur insertion dans le système de santé public en Côte d'Ivoire ». *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique* 3, n° 2 (2021): 27-46. <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/131>.
- Yao, Yao Léopold. « Socioanthropologie de l'enjeu institutionnel de l'intégration de la médecine traditionnelle africaine au système de santé en Afrique. le cas de la Côte d'Ivoire ». *Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô*, n° 1 (2004): 112-25.

Articles de presse

Banhoro, Séthou. « Lutte contre le cancer du sein. Sortir ce tueur silencieux de son silence ».

Fraternité matin. 10 octobre 2016, sect. Société.

Sinzé, Théodore. « Cancer du sein. Les soins sont désormais gratuits en Côte d'Ivoire ! »

Fraternité matin. 10 octobre 2017, sect. Société.

Ouvrages Généraux

Akindès, Francis Augustin. *Côte d'Ivoire: la réinvention de soi dans la violence*. Série de livres du CODESRIA. Dakar: Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique, 2011.

———. *Dynamique de la politique sociale en Côte d'Ivoire*. Genève: Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, 2001.

Alhassane, Cherif. *Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration: diagnostic, pronostic et prise en charge*. Etudes africaines. Paris: L'Harmattan, 2012.

Amnesty International, et Greenpeace Pays-Bas. *Une vérité toxique : A propos de Trafigura, du Probo Koala et du déversement de déchets toxiques en Côte d'Ivoire*. London ; Amsterdam: Amnesty International Publications et Greenpeace Pays-Bas, 2012.

Augé, Marc, et Colette Piault. *Prophétisme et thérapeutique, Albert Atcho et la communauté de Bregbo*. Savoir. Paris: Hermann, 1975.

Dujardin, Bruno. *Politiques de santé et attentes des patients: vers un dialogue constructif*. Paris: Editions Karthala ; Editions Charles Léopold Mayer, 2003.

Houéto, David. « Apports potentiels d'une politique nationale de santé fondée sur la promotion de la santé : exemple de l'Afrique subsaharienne ». In *Les maux et les choses de la santé: acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*, 325-59. Québec: Presses de l'Université Laval, 2010.

Jamouille, Marc, et Ricardo La Valle. « Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine. » In *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*, 422-24. Mont-Saint-Aignan: Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2019.

Kipré, Pierre Aimé Rémy. *La Côte d'Ivoire coloniale (1890-1840) tome 2*. Abidjan: AMI/Bordas, 1988.

Ki-Zerbo, Joseph. *Histoire de l'Afrique noire*. Paris: Hatier, 1972.

Loucou, Jean-Noël. *La Côte d'Ivoire coloniale, 1893-1960*. Abidjan: Éditions de la Fondation Felix Houphouët-Boigny, 2012.

- Organisation Mondiale de la Santé. *Prévention des maladies chroniques un investissement vital*. Genève: OMS, 2006. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
- Rea, Louis M., et Richard A. Parker. *Designing and conducting survey research: A comprehensive guide*. 4e éd. United State of America: Jossey-Bass, 2014.
- Ruffié, Jacques. *De la biologie à la culture*. 2ème édition. Paris: Flammarion, 1983. <https://archive.org/details/delabiologiealac0000ruff>.
- Walter, Jacques, David Douyère, Jean-Luc Bouillon, et Caroline Ollivier-Yaniv. *Dynamiques des recherches en sciences de l'information et de la communication*. 3e édition revue et Complétée. Lorraine: Conférence permanente des directeurs·trices des unités de recherche en ..., 2019.
- Zio, Moussa. *Les médias et la crise politique en Côte d'Ivoire*. Accra: Fondation pour les Médias en Afrique de l'Ouest, 2012.

Articles Généraux

- Akindès, Francis Augustin. « Inégalités sociales et régulation politique en Côte d'Ivoire: La paupérisation en Côte d'Ivoire est-elle réversible ? » *Politique africaine* 78, n° 2 (2000): 126-41. <https://doi.org/10.3917/polaf.078.0126>.
- Akindès, Francis Augustin, et Ousmane Zina. « L'État face au mouvement social en Afrique ». *Revue Projet* 355, n° 6 (2016): 83-88. <https://doi.org/10.3917/pro.355.0083>.
- Bouron, Jean-Marie. « Le paradigme médical en milieu catholique : offre sanitaire missionnaire et demande de santé en Haute-Volta (actuel Burkina Faso) ». *Histoire et missions chrétiennes* 1, n° 21 (2012): 103-36.
- Clark, Gurney. « Natural History of Syphilis and Levels of Prevention ». *British Journal of Venereal Diseases* 30, n° 4 (December 1954): 191-97. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1053979/>.
- Coulibaly, Navigué Félicien. « Approche historique et socioculturelle de la maladie et des thérapies en Côte d'Ivoire de l'époque précoloniale à nos jours ». *Folo folo*, 2018, 26-60.
- Deschamps, Jean-Pierre. « Une "relecture" de la charte d'Ottawa ». *Santé Publique* 15, n° 3 (2003): 313-25. <https://doi.org/10.3917/spub.033.0313>.
- Fall, M, M. Boukandou, AD Fall, M. Cabral, W. Diatta, P.M Gueye, M. Faye, et al. « Toxicité aiguë et subaiguë d'extrait aqueux de feuilles d'aphania senegalensis (juss. ex poir.) sur des rats wistar ». *Dakar Med* 56, n° 1 (2011): 216-23.
- Goba, Zéphirin Boliga. « L'impact des politiques de santé publique en Côte d'Ivoire 1980-2010 : état des lieux et perspectives. » *histoire archéologie africaine (GODO GODO)*, n° 22 (2012):

142-57.

- Gordon, Robert. « An operational classification of disease prevention. » *Public Health Reports* 98, n° 2 (1983): 107-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/>.
- Houéto, David, et Hélène Valentini. « La promotion de la santé en Afrique : histoire et perspectives d'avenir ». *Santé Publique* S1, n° HS (2014): 9-20. <https://doi.org/10.3917/spub.140.0009>.
- Kroa, E., B. Diaby, A. Niaré, Y. Traoré, E. M. Ahoussou, G. H. A. Yao, G. S. Coulibaly, et D. Kouassi. « Analyse de la collaboration entre médecines traditionnelle et moderne dans la région du Sud Bandama (Côte d'Ivoire) ». *Pharmacopée et médecine traditionnelle africaine* 17, n° 1 (30 août 2014): 21-27. <http://publication.lecames.org/index.php/pharm/article/view/237>.
- Manouan, N., B. B. N'guessan, E. Kroa, et I. Tiembré. « Identification des acteurs de la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire: cas du district autonome d'Abidjan ». *Ethnopharmacologia* 46 (2010): 75-80.
- M'Boukou, Serge. « Trajectoires du soin en Afrique ». *Le Portique. Revue de philosophie et de sciences humaines*, 14 juin 2007. <https://doi.org/10.4000/leportique.944>.
- Meessen, B., D. Hercot, M. Noirhomme, V. Ridde, A. Tibouti, C. K. Tashobya, et L. Gilson. « Removing User Fees in the Health Sector: A Review of Policy Processes in Six Sub-Saharan African Countries ». *Health Policy and Planning* 26, n° Suppl. 2 (1 November 2011): ii16-29. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr062>.
- Muller, Jonas N. « Chronic Illness in a Large City. Chronic Illness in the United States. Vol. IV ». *American Journal of Public Health and the Nation's Health* 48, n° 6 (juin 1958): 813-14. <https://doi.org/10.2105/AJPH.48.6.813>.
- Noar, Seth. « A 10-Year Retrospective of Research in Health Mass Media Campaigns: Where Do We Go from Here? » *Journal of health communication* 11 (1 février 2006): 21-42. <https://doi.org/10.1080/10810730500461059>.
- N'Zoué, Kanga, Mathieu Kouamé, B.M.S Yobo, Mamadou Kamagaté, Henri Dié-kakou, et D. N'guessan. « Effets néphrotoxiques des plantes médicinales en Côte d'Ivoire ». *Médecine d'Afrique Noire* 67, n° 4 (1 avril 2020): 193-201.
- Rubel, Arthur. « The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America ». *Ethnology* 3, n° 3 (1964): 268-83. <https://doi.org/10.2307/3772883>.
- Thomson, A. P. « Chronic illness in the U.S.A ». *British Medical Journal* 1, n° 5069 (1 mars 1958): 507. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2027793/>.

Documents

- Adjanohoun, Edmond, et Assi Laurent Aké. « Contribution au recensement des plantes médicinales de la Côte d'Ivoire- Abidjan centre National de floristique de l'Université Nationale de Côte d'Ivoire Tome 1 », 1979.
- Akpagana, Koffi, et Philippe Bouchet. « La disparition des espèces végétales et la pharmacopée traditionnelle en Afrique tropicale ». *Pharmacopée et MT africaine*, 1995, 63-66.
- Alliance des Ligues Africaines et Méditerranéennes contre le cancer. « Les cancers en Afrique francophones », 2017.
- Amnesty International. « Côte d'Ivoire : la situation en matière de droits humains demeure fragile ». Amnesty International Ltd, Londres, octobre 2018.
- Assemblée Nationale. « Loi N° 2015-5360 du 20 juillet 2020 relative à l'exercice et à l'organisation de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles », 20 juillet 2020.
- Autorité Nationale de la Presse. « Liste des journaux ayant une existence légale », avril 2022.
- Bonita, R, T Dwyer, K Jamrozik, et R Winkelmann. « Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles ». Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 2001.
- Bureau d'études statistiques. « Rapport d'activités de la Direction Générale de la Police Nationale et des commissariats », 2017.
- Direction de coordination du programme STEPS/MNT. « Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles ». Côte d'Ivoire: Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2005.
- Direction de l'Information, de la Planification et de l'Evaluation. « Critères et normes d'implantation et d'ouverture des établissements sanitaires ». Ministère de la Santé et l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, Direction Générale de la Santé, 2010.
- Direction des stratégies de la planification et des statistiques. « Rapport d'analyse statistique du système éducatif 2018 - 2019 ». Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle, 2019. https://www.men-dpes.org/static/docs/annuels/rap_ana_2018-2019.pdf.
- . « Rapport d'analyse statistique système éducatif ivoirien 2020 ». Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Technique et de la formation professionnelle, 2020. https://www.men-dpes.org/static/docs/annuels/rap_ana_2019-2020.pdf.
- Euvrard, Gil-François. « La presse en Afrique occidentale française. Des origines aux indépendances ». Ecole Normale Supérieure des Bibliothèques, 1982.
- Houéto, David. « Prévention et traitement du paludisme de l'enfant au Bénin : empowerment communautaire et participation des parents ». Dissertation de thèse, UCL - Université

Catholique de Louvain, 2007. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:6235>.

Houéto, David, William d'Hoore, et Alain Deccache. « Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin ». *Santé Publique* 20, n° 1 (2008): 19-28. <https://doi.org/10.3917/spub.081.0019>.

Houngnihin, Roch. « Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Bénin ». Programme national de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle (PNPMT), 2013.

Human Rights Watch. « Transformer les discours en réalité : l'heure de réclamer des comptes pour les crimes internationaux graves perpétrés en Côte d'Ivoire ». HRW, avril 2013.

Institut de Cardiologie d'Abidjan. « Monographie de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan », 2020.

Institut National de la Statistique. « MICS 5: La situation des femmes et des enfants en Côte d'Ivoire: Enquête à indicateurs multiples ». Ministère du plan et du développement de Côte d'Ivoire, 2016.

Institut National de la Statistique, Agence Emploi Jeunes, et Direction Générale de l'Emploi. « Enquête Nationale sur la situation de l'emploi et le secteur informel », 2016.

Institut National du Cancer. « Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres / édition 2019 », 2019. E-cancer.fr.

———. « Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux », avril 2010.

International Agency for Research on Cancer. « Côte d'Ivoire : Global Cancer Observatory », 2018. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/384-cote-divoire-fact-sheets.pdf>.

———. « Globocan », 2008.

Le Centre international de Recherche sur le Cancer OMS. « Dernières données mondiales sur le cancer », 2018.

Médiamétrie, et Omedia. « Côte d'Ivoire : l'audience de la TV et les usages Internet à Abidjan - Septembre 2020 », 2020. https://www.mediametrie.fr/sites/default/files/2020-10/2020%2010%2007%20CP%20M%C3%A9diam%C3%A9trie%20C%C3%B4te%20d%27Ivoire%20septembre%202020%20VF_0.pdf.

Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire. « Arrêté N°190 MSLS/CAB portant attributions organisation et fonctionnement du programme national de lutte contre le cancer du 04 Décembre 2014 », 2014.

Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire. « Plan National de Développement Sanitaire 2012 - 2015 », 2012.

Ministère de la santé et de la lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire. « Plan stratégique intégré de prévention et de prise en charge des maladies non transmissibles en Côte d'Ivoire 2015-

2019 », 2014.

- Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire. « Politique nationale de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles en Côte d'Ivoire ». Ministère de la Santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2011.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire. « Arrêté N° 0311 MSHP/CAB/ du 07/12/2020 portant organisation attributions et fonctionnement des services de communication des structures sous tutelle du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2020.
- . « Arrêté N° 0312 MSHP/CAB/ du 07/12/2020 portant organisation attributions et fonctionnement de la direction de la communication et des relations publiques du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2020.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. « Bilan d'activités de la direction de coordination du programme élargi de vaccination », 2018.
- Ministère de la santé et de l'hygiène publique. « Plan National de Développement Sanitaire 2008-2012 », janvier 2008.
- Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire. « Arrêté N° 071/MSHP/CAB modifiant l'arrêté N°173 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant création et organisation du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques », 2008.
- . « Arrêté N° 253/MSHP/CAB du 10 septembre 2007 », 2007.
- . « Arrêté N° 409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle », 2001.
- . « Arrêté N°158 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant modification de l'arrêté N° 409 du 28 décembre 2001 portant création, organisation et fonctionnement du Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle », 2007.
- . « Arrêté N°412 du 28 décembre 2001 portant création et organisation du programme national de lutte contre le cancer (PNLCA) », 2001.
- . « Enquête sur la prévalence du diabète et de ses comorbidités et de ses caractéristiques en Côte d'Ivoire », 2017.
- . « Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013 ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2008. 10/01/2018.
- . « Plan National de Développement Sanitaire 2016 - 2020 ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2015.
- . « Plan stratégique de lutte contre le cancer 2009-2013 », juillet 2009.

-
- . « Politique nationale de lutte contre le cancer », 2009.
- Ministère de la Santé Publique et de l'Hygiène de Côte d'Ivoire. « Arrêté N°173 MSHP/CAB du 21 juin 2007 portant création et organisation du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques », 2007.
- . « Plan National de Développement sanitaire 1996-2005 », 1996.
- Ministre de la Santé et de la Lutte contre le Sida de Côte d'Ivoire, Goudou Coffie Raymonde. « Communiqué N°023 - MSLS/CICG -Journée Mondiale de lutte contre le Cancer 04 février 2015 », février 2015.
- http://www.gouv.ci/doc/1423064607MSLS_journee_mondiale_cancer.pdf.
- Miniwatts Marketing Group. « Utilisateurs d'Internet en Afrique, Statistiques démographiques et Facebook 2021 », 2021. <https://internetworldstats.com/stats1.htm>.
- N'da, Ayemou, et Adoubi. « Rapport biennal 2014-2015 Registre du cancer d'Abidjan ». Programme National de Lutte contre le Cancer de Côte d'Ivoire, 2015.
- . « Rapport biennal 2012-2013 Registre du cancer d'Abidjan ». Programme National de Lutte contre le Cancer de Côte d'Ivoire, 2013.
- N'dri, Yoman. « Comment se soigne-t-on aujourd'hui en Côte d'Ivoire ? » Centre de Recherche et d'Action pour la Paix, 20 juin 2008.
- OMS. « Cancer: profil pays - Côte d'Ivoire », 2014. https://www.who.int/cancer/country-profiles/civ_fr.pdf?ua=1.
- . « Conclusions de l'atelier sur l'institutionnalisation de la Médecine Traditionnelle dans les systèmes de santé ». Cotonou, Bénin, 13 septembre 2004.
- . « Coopération OMS - Côte d'Ivoire : Rapport biennal 2012-2013 ». OMS, Genève, mai 2014.
- . « Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. », 2010.
- https://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf.
- . « Glossaire de la promotion de la santé », 1999.
- . « L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire: un défi pour les services de santé. » Genève, 1991.
- . « Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais. Rapport sur la santé dans le monde ». Genève, 2008.
- . « OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ». World Health Organization, 1978.
- https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.
-

-
- . « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. », 7 avril 1948.
- . « Prévention et la lutte anticancéreuses: résolution de la 58^e Assemblée mondiale de la Santé », 2005. https://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-fr.pdf?ua=1.
- . « Promotion de la Santé - Charte d'OTTAWA », 1986.
- Organisation Mondiale de la Santé. « Comblent le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé ». Genève, 2008.
- . « Les soins de santé primaires : Maintenant plus que jamais. Genève », 2008.
- . « Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine ». OMS, Brazzaville, 2002.
- . « Médecine Traditionnelle, notre culture, notre avenir. Observatoire de la santé », juin 2003.
- Organisation Mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. « Résolution AFR/RC51/R4 intitulée Promotion de la santé : Stratégie pour la Région africaine ». OMS. Rapport final de la cinquante et unième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (AFR/RC51/18), pp. 11-13, République Démocratique du Congo, Brazzaville, 27 septembre 2001.
- OSANI, SAMASSI, et BALLO. « Bilan d'activité 2019 service de cancérologie - CHU de Treichville », 2019.
- Parkin, Ferlay, Jemal, Borok, Manraj, N'da, Ogunbiyi, et Liu. « Cancer in Sub-Saharan Africa D.M. Parkin, J. Ferlay, A. Jemal, M. Borok, S.S. Manraj, G.G. N'da, F.J. Ogunbiyi, B. Liu, and F. Bray ». International Agency for Research on Cancer, 2018.
- Présidence de la République de Côte d'Ivoire. « Décret N° 91 du 14 novembre 1991 portant classification des établissements sanitaires », 1991.
- . « Décret N° 2016-24 du 27 janvier 2016 portant code d'éthique et de déontologie des praticiens de médecine et de pharmacopée traditionnelles », 2016.
- . « Décret N° 2016-598 du 03 Août 2016 portant organisation du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique », 2016.
- . « Décret N° 2018-460 du 09 mai 2018 portant création, attributions, organisation et fonctionnement du Centre National d'Oncologie Médicale Alassane OUTTARA », mai 2018.
- Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. « Plan stratégique national de promotion de la médecine traditionnelle 2007-2011 ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2014.

-
- Programme National de Lutte contre le Cancer. « Termes de références de Journée Mondiale de Lutte contre le cancer ». Programme National de Lutte contre le Cancer, 2020.
- Programme national de lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, et la toxicomanie et les autres addictions. « Termes de références: campagne de sensibilisation sur les dangers des addictions en période de fête », 2019.
- Programme national de lutte contre les maladies métaboliques et de prévention des maladies non transmissibles (PNLMM/PMNT). « Rapport d'activités ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2016.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2017.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2018.
- . « Rapport d'activités 2019 ». Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique de Côte d'Ivoire, 2019.
- Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM). « Bilan des activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2010.
- . « Plan stratégique », 2008.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2011.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2012.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2013.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2014.
- . « Rapport d'activités ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2015.
- Programme National de Promotion de la Médecine Traditionnelle. « Document cadre de politique nationale en matière de médecine traditionnelle et de pharmacopée africaine ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, juin 2007.
- Programme national de promotion de la médecine traditionnelle. « Politique nationale de promotion de la médecine traditionnelle ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2014.
- Service des ONG de santé. « Le guide des ONG de santé: La clé - informations sur les relations

entre le ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA (MSLS) et les Organisations Non Gouvernementales (ONG) nationales de santé ». Ministère de la santé et de la lutte contre le SIDA de Côte d'Ivoire, 2020.

Service des ONG de santé de Côte d'Ivoire. « Bilan des activités du service des ONG de santé », 2018.

Touré, Moctar. « Cancer du sein en Côte d'Ivoire ». Service de cancérologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville, 2020.

World Health Organisation. « African summit on Roll Back Malaria. Abuja, Nigeria », 2000. Genève (WHO/CDS/RBM/2000.17).

———. « Traditional Medicine Strategy 2002–2005. Geneva », 2002.

Sitographie

Ligue contre le cancer (LCC). « 4 février 2013, Journée Mondiale contre le cancer ». Institutionnel.

Ligue contre le cancer, 2013. [/article/26208_4-fevrier-2013-journee-mondiale-contre-le-cancer](#).

OMS. « OMS | Cancer ». Institutionnel. WHO. World Health Organization, 2021.

<http://www.who.int/cancer/fr/>.

———. « OMS | Journée mondiale contre le cancer 2012 ». Institutionnel. WHO. World Health Organization, 2012. https://www.who.int/cancer/events/world_cancer_day2012/fr/.

———. « OMS | Le Programme Diabète de l'OMS ». Institutionnel. WHO. World Health Organization, 2021. <http://www.who.int/diabetes/goal/fr/>.

———. « OMS | L'exercice physique peut contribuer à réduire le risque de cancer du sein et du colon ». Institutionnel. WHO. World Health Organization, 2011.

https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2011/world_cancer_day_20110204/fr/.

OMS - Afro. « Célébration de la Journée mondiale contre le Cancer 2014 ». Regional Office for Africa, 2014. <https://www.afro.who.int/fr/news/celebration-de-la-journee-mondiale-contre-le-cancer>.

———. « Célébration de la Journée Mondiale de lutte contre le Cancer 2013 ». Institutionnel. Regional Office for Africa, 2013. <https://www.afro.who.int/fr/news/celebration-de-la-journee-mondiale-de-lutte-contre-le-cancer-0>.

———. « Journée Mondiale de Lutte Contre Le Cancer 2014 ». Institutionnel. WHO | Regional Office for Africa, 2014. <https://www.afro.who.int/node/3425>.

OMS - Europe. « Prévention du cancer 2016 - 2018 ». Institutionnel, 2016.

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable->

[diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer](https://www.un.org/fr/news/diseases/cancer/news/news/2016/02/preventing-cancer-the-european-code-against-cancer).

Organisation des Nations Unies (ONU). « Journée mondiale du cancer, 4 février 2017 », 2017.

<https://www.un.org/fr/events/cancerday/>.

Union Internationale Contre le Cancer (IUCC). « Thème de la campagne (Je suis et je vais) | World Cancer Day ». Institutionnel, 2021. [https://www.worldcancerday.org/fr/theme-de-la-](https://www.worldcancerday.org/fr/theme-de-la-campagne-je-suis-et-je-va)

[campagne-je-suis-et-je-va](https://www.worldcancerday.org/fr/theme-de-la-campagne-je-suis-et-je-va).

United Nations. « Informations sur le cancer - Journée mondiale du cancer, 4 février ».

Institutionnel. [www.un.org](https://www.un.org/fr/events/cancerday/background.shtml), 2021. <https://www.un.org/fr/events/cancerday/background.shtml>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

École doctorale : LLSH- Langues, Littératures et Sciences Humaines Spécialité :
Sciences de l'Information et de la Communication

Unité de recherche : Groupe de Recherche sur les Enjeux de la Communication

**Enjeux info-communicationnels dans la prévention des maladies. Chroniques en
Côte d'Ivoire de 2011 à 2019**

**Info-communication challenges in the prevention of chronic diseases in Côte
d'Ivoire from 2011 to 2019**

Présentée par :

Miézan Niamké Adjouba Brigitte AKA

Direction de thèse :

Isabelle PAILLIART
PROFESSEURE EMERITE,
Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Viviane CLAVIER
PROFESSEURE DES
UNIVERSITES,
Université Grenoble Alpes

Co-directrice de thèse

Rapporteurs :

Laurence CORROY
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université de Lorraine

Jules Evariste Agnini TOA
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Félix HOUPHOUËT-BOIGNY, Abidjan, Côte
d'Ivoire

Volume 2: Annexes

Thèse soutenue publiquement le **20 septembre 2022**, devant le jury composé de :

Caroline OLLIVIER-YANIV
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université Paris-Est Créteil

Présidente

Bertrand CABEDOCHÉ
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université
Grenoble Alpes

Examineur

Isabelle PAILLIART
PROFESSEURE EMERITE, Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Jules Evariste Agnini TOA
PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Félix
HOUPHOUËT-BOIGNY, Abidjan, Côte d'Ivoire

Rapporteur

Laurence CORROY
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université de Lorraine

Rapporteuse

Viviane CLAVIER
PROFESSEURE DES UNIVERSITES, Université
Grenoble Alpes

Co-directrice de thèse

Sommaire

Annexe 1: Les supports de sensibilisation diffusés par le PNLCA de 2011 à 2021	2
Annexe 2: Les supports de communication diffusés par le PNLMM / PNMPNT de 2011 à 2021	7
Annexe 3: Grille d'entretien avec les acteurs institutionnels de la prévention.....	13
Annexe 4: Grille d'entretien avec les acteurs communautaires - animateurs des ONG..	15
Annexe 5: Grille d'entretien avec les praticiens de la médecine traditionnelle.....	17
Annexe 6: Grille d'entretien avec les acteurs institutionnels de la prévention.....	18
Annexe 7: Détail des pays de résidence des abonnés au groupe de discussion	21
Annexe 8: La liste des mots clés d'alerte du groupe	24
Annexe 9: Fil de discussion sur l'hypertension artérielle	25
Annexe 10: Fil de discussion sur le cancer	37
Annexe 11: Fil de discussion sur le diabète.....	48
Annexe 12: Descriptif détaillé des fils de discussion	71

Autopalpation : tous les mois, prenez le temps d'examiner vos seins !

Pour apprendre à reconnaître votre sein, afin de repérer tout changement, consultez votre médecin, votre gynécologue ou mammologue, votre infirmière ou votre sage-femme.

1 Déplacez doucement le bras de votre bras le long du corps ou les mains placées sur les hanches, observant vos seins de face, puis de profil.
Remarque : l'inspection des seins est la première étape de l'examen.

2 Prenez doucement le mamelon et vérifiez s'il n'y a pas d'écoulement de liquide qui sort par le mamelon.

3 Avec les 3 doigts (de la main droite pour le sein gauche et inversement) pour le sein droit, puis à plat, puis courbe votre sein de la partie externe à la partie interne et vice-versa en suivant le glande nœud sous vos doigts.

4 Répétez votre sein par des mouvements circulaires.

5 Répétez votre sein de face et côté et vice-versa.
Vérifier aussi la zone entre le sein et l'aisselle.

6 Examinez également le bras et l'épaule de votre sein, en relevant le bras jusqu'à atteindre le mamelon.

7 Prenez la base du mamelon, puis la partie supérieure et inférieure des seins.

8 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez votre tétine du sein à examiner et observez chaque sein et chaque tétine à tour de rôle avec les doigts de la main opposée. Il faut se tenir de plat une vingtaine de fois le sein, comme sur la figure ci-contre.

9 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez la partie supérieure et inférieure de votre sein, puis la partie inférieure et inférieure de votre sein en le pressant légèrement contre le thorax et en levant progressivement vos bras jusqu'au niveau de la poitrine.

10 Examinez ensuite la partie inférieure et externe de votre sein, en relevant le bras jusqu'à atteindre le mamelon.

11 Prenez la base du mamelon, puis la partie supérieure et inférieure des seins.

12 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez votre sein.

13 Si vous découvrez une anomalie, pas de panique ! Ce n'est pas forcément un cancer, mais consultez votre médecin sans tarder.

14 Si vous découvrez une anomalie, pas de panique ! Ce n'est pas forcément un cancer, mais consultez votre médecin sans tarder.

Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCA)
Ministère de la Santé et des Solidarités
Ministère de l'Égalité des territoires et du Développement durable
Ministère de la Santé et des Solidarités
Ministère de l'Égalité des territoires et du Développement durable

Le cancer du sein

Quelles recommandations ?

Autopalpation des seins
 - Àge : 20 ans et plus
 - Durée : 5 à 10 min par sein le matin ou le soir
 - Répéter : 1 fois par mois
 - Niveau d'importance : le 1er de tous, 1 fois par mois

Examen clinique par le médecin
 - Àge : 30 ans et plus
 - Répéter : 1 fois par an

Mammographie
 - Àge : à partir de 50 ans
 - Répéter : tous les 2 ans

Tout médecin est dans l'obligation de pratiquer un examen des seins chez toute femme, même si le motif de consultation n'est pas gynécologique. C'est votre droit, parlez-en à votre médecin.

Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCA)
 100, rue de Valenciennes
 75013 Paris
 Tél : 01 40 15 10 10
 Email : pnlca@solid.solid.solid.solid.fr
 Site : www.pnlca.fr

Ministère de la Santé et des Solidarités
 Ministère de l'Égalité des territoires et du Développement durable

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme au-delà de 45 ans. En Côte d'Ivoire, il représente 34% des cancers chez la femme.

Quels facteurs de risque ?

1. Le sexe : plus fréquent chez la femme que chez l'homme.
2. L'âge : rare avant 20 ans, le risque augmente avec l'âge.
3. Les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, surtout une familiarité de 1ère ou de 2ème ordre, ainsi que les cancers de l'ovaire, du côlon, du rectum.
4. L'âge de la 1ère grossesse (plus de 30 ans) et la durée totale de l'allaitement, elle protège contre le cancer du sein.
5. Le type de la vie sexuelle : une partenaire présente auparavant des règles avant 12 ans et une ménopause tardive.
6. Le mode de vie : tabac, alcool, obésité, traitements hormonaux, pollution environnementale.

Quels signes ?

1. Une tumeur dure au sein, qui ne sort pas de la peau.
2. Des écoulements provenant du mamelon.
3. Une déformation du mamelon et le présence d'une partie de peau irrégulière ou fissurée.
4. Une douleur persistante au sein.
5. Une partie enflée sur le bras du sein.

L'autopalpation

Pour apprendre à reconnaître votre sein, afin de repérer tout changement, consultez votre médecin, votre gynécologue ou mammologue, votre infirmière ou votre sage-femme.

1 Déplacez doucement le bras de votre bras le long du corps ou les mains placées sur les hanches, observant vos seins de face, puis de profil.
Remarque : l'inspection des seins est la première étape de l'examen.

2 Prenez doucement le mamelon et vérifiez s'il n'y a pas d'écoulement de liquide qui sort par le mamelon.

3 Avec les 3 doigts (de la main droite pour le sein gauche et inversement) pour le sein droit, puis à plat, puis courbe votre sein de la partie externe à la partie interne et vice-versa en suivant le glande nœud sous vos doigts.

4 Répétez votre sein par des mouvements circulaires.

5 Répétez votre sein de face et côté et vice-versa.
Vérifier aussi la zone entre le sein et l'aisselle.

6 Examinez également le bras et l'épaule de votre sein, en relevant le bras jusqu'à atteindre le mamelon.

7 Prenez la base du mamelon, puis la partie supérieure et inférieure des seins.

8 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez votre tétine du sein à examiner et observez chaque sein et chaque tétine à tour de rôle avec les doigts de la main opposée. Il faut se tenir de plat une vingtaine de fois le sein, comme sur la figure ci-contre.

9 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez la partie supérieure et inférieure de votre sein, puis la partie inférieure et inférieure de votre sein en le pressant légèrement contre le thorax et en levant progressivement vos bras jusqu'au niveau de la poitrine.

10 Examinez ensuite la partie inférieure et externe de votre sein, en relevant le bras jusqu'à atteindre le mamelon.

11 Prenez la base du mamelon, puis la partie supérieure et inférieure des seins.

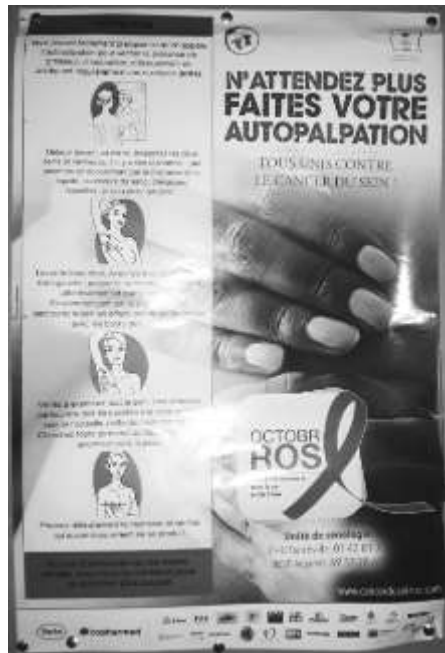
12 Prenez le creux de la main de chaque main et examinez votre sein.

13 Si vous découvrez une anomalie, pas de panique ! Ce n'est pas forcément un cancer, mais consultez votre médecin sans tarder.

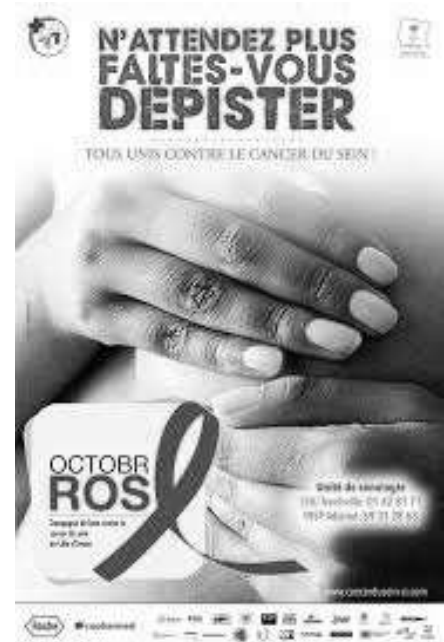
14 Si vous découvrez une anomalie, pas de panique ! Ce n'est pas forcément un cancer, mais consultez votre médecin sans tarder.

Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCA)
 Ministère de la Santé et des Solidarités
 Ministère de l'Égalité des territoires et du Développement durable

2015



2016



2017



2019



2019

Je suis informé et je vais m'engager dans la lutte contre le cancer

"Aujourd'hui, 20 ANS"
de lutte contre le cancer

03 au 04 Février 2020
Sensibilisation et dépistage cancer du col de l'utérus et du sein

Journée mondiale contre le cancer
4 février

#JeSuisInforméEtJeVaisM'Engager
#Adiake2020

SOUS LA PRÉSIDENTENCE EFFECTIVE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE
(LE PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER)

ORGANISE

JOURNÉE MONDIALE CONTRE LE CANCER

"Aujourd'hui, 20 ANS"

04 Février 2020 / à partir de 14h30
ADIAKÉ À LA PLACE DE L'INDÉPENDANCE

THÈME:
Je suis informé et je vais m'engager dans la lutte contre le cancer

#JeSuisInforméEtJeVaisM'Engager
#Adiake2020

Je suis informé et je vais m'engager dans la lutte contre le cancer

Des avancées sont possibles, mais elles ne sont pas automatiques.

#JeSuisInforméEtJeVaisM'Engager
#Adiake2020

février
4 Journée MONDIALE

contre le Cancer

POUR DES SOINS PLUS JUSTES



COMMENT PREVENIR LE CANCER DU COL DE L'UTERUS

- ✓ Vacciner les filles de 09 à 14 ans contre le HPV, le vaccin est gratuit dans les centres de santé publique pour les filles de 09 ans.
- ✓ se faire dépister à partir de 25 ans

www.pnlca.org | PNLCA Côte d'Ivoire | PNLCA TV

PROTÉGEONS LA VIE DE NOS FILLES DE 9 ANS EN LES FAISANT VACCINER CONTRE LE HPV POUR LEURS ÉVITER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

LE VACCIN EST DISPONIBLE DANS TOUS LES CENTRES DE SANTÉ ET C'EST GRATUIT

DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

PARLONS-EN !

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS OU HPV

DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION

VACCINATION CONTRE LE HPV

Pour toutes les **filles de 9 ans** sur tout le territoire national.

Le Cancer du col de l'utérus peut être évité par la Vaccination

C'EST GRATUIT

Logos: WHO, Gavi, PolioPlus, UNICEF, République de Côte d'Ivoire



Novembre bleu

Saviez vous, que le mois de Novembre est le mois dédié à la lutte contre le cancer de la prostate ?



PARENTS, FAISONS VACCINER NOS ENFANTS CONTRE L'HÉPATITE B DÈS LEUR NAISSANCE POUR LES PROTÉGER CONTRE LE CANCER DU FOIE

LE VACCIN EST DISPONIBLE DANS TOUS LES CENTRES DE SANTÉ ET C'EST GRATUIT



DIRECTION DE COORDINATION DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION



VACCINATION GRATUITE

- Mini-films sur la sensibilisation des maladies non transmissibles de 2012 à 2014

Année 2012



Durée : 38 secondes. Mini-film produit par le PNPMNT en août 2012 qui met en scène plusieurs personnes pratiquant une activité physique. Ce film s'achève par le message « bougeons tous, obésité, hypertension, maladies du cœur, cancers ».



Durée : 33 secondes. Mini-film produit par le PNPMNT en avril 2012 qui met en cause l'alimentation riche en matière grasse dans les maladies du cœur. Il met en scène un individu qui consomme des repas gras : allocos, sauce graine (met ivoirien préparé à partir de la graine de palme) et des boissons alcoolisées. Ce dernier est ensuite victime d'une crise, conduit à l'hôpital, le médecin fait le diagnostic d'un Accident Vasculaire Cérébral. Ce film s'achève par le message « manger moins gras pour éviter l'excès de cholestérol ».



Durée : 05 minutes 57 secondes. Mini-film produit par le PNPMT en juin 2012 qui met également en cause la nutrition en matière grasse dans les maladies du cœur. Il commence par le message « bien manger pour prévenir les maladies chroniques ». Il met en scène un individu qui consomme des repas gras : poissons frit avec comme assortiment une sauce avec beaucoup d'huile et de l'attiéké (couscous ivoirien à base de manioc) malgré les remontrances de son épouse et de son ami. Ce dernier fait un malaise, il est ensuite conduit à l'hôpital où le médecin lui diagnostique un accident cardio-vasculaire alloco, sauce graine (met ivoirien préparé à partir de la graine de palme) et des boissons alcoolisées. Ce dernier est ensuite victime d'une crise, conduit à l'hôpital, le médecin fait le diagnostic d'un



Durée : 41 secondes. Mini-film produit par le PNPMT en février 2014 qui met en évidence l'importance de la pratique d'une activité physique. Il met en scène des sportifs et deux personnes (un homme et une femme) qui les tournent en dérision. Finalement l'un des auteurs de moqueries à l'endroit des sportifs fait une chute en essayant de rattraper le bus. Le mini-film s'achève avec le message « bougeons tous pour éviter l'obésité, l'hypertension, les maladies du cœur et même certains cancers ».



Durée : 48 secondes. Mini-film produit par le PNPMT en février 2014 qui met en cause l'addiction au tabac et à l'alcool comme cause de l'hypertension artérielle (HTA). Il met en scène un individu qui fait une crise d'HTA après avoir consommé l'alcool et le tabac. Le mini-film s'achève avec le message « diminuer votre consommation en sel, en alcool et faites de l'activité physique ».

-Les affiches diffusées par le PNLMM / PNMPNT jusqu'en 2021

2017







**MANGEONS
EQUILBRÉ,
VARIÉ ET SAIN**



**CONSUMONS BEAUCOUP DE FRUITS ET LEGUMES
POUR REDUIRE LES RISQUES DE CANCER DE
DIABETE ET DE MALADIES CARDIO-VASCULAIRES**

Contacts : Tél : (225) 20 32 30 10 / Fax : (225) 20 32 30 39
Site Web : www.preventionci.net



Programme National de Prévention
Des Maladies Non Transmissibles



**OBESITE : UN
DANGER POUR
LA SANTE**



**L'OBESITE N'EST PAS UN SIGNE D'AISANCE MAIS
CONDUIT AU DIABETE, Aux MALADIES DU CŒUR ET A
CERTAINS CANCERS**

Contacts : Tél : (225) 20 32 30 10 / Fax : (225) 20 32 30 39
Site Web : www.preventionci.net



Programme National de Prévention
Des Maladies Non Transmissibles



**ACTIVITE PHYSIQUE :
UN REMEDE CONTRE
LES MALADIES CHRONIQUES**



**PRATIQUONS PENDANT 30 MINUTES UNE ACTIVITE
PHYSIQUE D'INTENSITE MODEREE
05 JOURS PAR SEMAINE POUR PREVENIR
LE CANCER, LE DIABETE ET LES MALADIES CARDIO-
VASCULAIRES**

Contacts : Tél : (225) 20 32 30 10 / Fax : (225) 20 32 30 39
Site Web : www.preventionci.net




**L'HYPERTENSION ARTERIELLE :
UN TUEUR SILENCIEUX**



Alcool



The poster features three logos at the top: a circular logo on the left, the 'PN PMNT' logo in the center, and the 'PNLTA' logo on the right. The main title 'TABAC : L'AMI DU CANCER' is written in large, bold, sans-serif capital letters. Below the title is a photograph of a white ceramic ashtray filled with discarded cigarette butts, with a large 'X' drawn over it. The text 'LE TABAC PROVOQUE LES MALADIES DU COEUR ET LE CANCER. N'EN CONSOMMEZ PAS.' is printed in bold capital letters below the ashtray. At the bottom, a dark grey bar contains contact information: 'Contacts : Tél : (225) 20 32 30 10 / Fax : (225) 20 32 30 39' and 'Site Web : www.preventionci.net'.

**TABAC : L'AMI
DU CANCER**

**LE TABAC PROVOQUE LES MALADIES
DU COEUR ET LE CANCER.
N'EN CONSOMMEZ PAS.**

Contacts : Tél : (225) 20 32 30 10 / Fax : (225) 20 32 30 39
Site Web : www.preventionci.net

Annexe 3: Grille d'entretien avec les acteurs institutionnels de la prévention

Thèmes / Hypothèses	Sous-thèmes	Questions acteurs institutionnels de la prévention
<p><u>Rappel hypothèse 1</u> : la communication de prévention est politisée dans la perspective d'exercice de la biopolitique</p> <p>Thème 1 : La dimension politique de la prévention</p>	<p>Sous thème 1 : Le fonctionnement des entités en charge de la prévention</p>	Q1 : Depuis combien de temps exercez-vous au sein de cette structure ?
		Q2 : Quel est le cadre de votre collaboration avec le cabinet du Ministre de la santé?
		Q3 : Avez-vous des partenaires autres que l'Etat ? Quel est le cadre de votre collaboration ?
		Q4 : Quel est le mode de financement de vos activités?
		Q5 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de l'exercice de vos activités de prévention ?
		Q6 : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention ?
	<p><u>Sous-thème 2</u> : Le processus de validation des campagnes</p>	Q7 : Quels sont les facteurs déterminants pour qu'une campagne soit initiée ?
		Q8 : Quel est le rôle de la tutelle? Est-ce que le Ministre de la Santé intervient au cours des campagnes ?
		Q9 : Comment sont validés les messages de sensibilisation ?
		Q10 : Existe-il des critères de sélection des agences chargées de la réalisation des supports de communication ?
<p><u>Rappel hypothèse 2</u> : Les dispositifs info-communicationnels sont en décalage avec les objectifs de la prévention et posent le problème de leur pertinence</p> <p>Thème 2 : Les mécanismes info-communicationnels</p>	<p><u>Sous-thème 3</u> : Les caractéristiques des dispositifs info-communicationnels</p>	Q11 : Qu'est-ce que la prévention ? Quels sont les différents types de prévention ? Quel(s) type(s) de prévention vous priorisez ? Quels sont les axes actuels ?
		Q12 : Quel est le rôle de la communication dans le processus de prévention ?
		Q13 : Comment sont conçus les messages des supports de communications ? Est-ce que les messages font l'objet de pré-tests auprès d'un échantillon représentatif ? Est-ce que ces supports tiennent compte de quelques spécificités locales : valorisation des personnes rondes, préférences pour la médecine traditionnelle ? Existe-il des supports de communication traduits en langues locales ? Existe-il des supports imagés pour tenir compte des analphabètes qui représentent plus de 43% de la population ?
		Q14 : Comment se déroulent les campagnes ? Combien de campagnes ont été menées sur la période 1996 à 2019 ? Quelle est la durée moyenne d'une campagne ?
		Q15 : Quels sont les canaux de diffusion des messages ?
		Q16 : Existe-il des relais au niveau communautaire ? leur champ d'action ?

		Q17 : Existe-il un mécanisme de suivi-évaluation des différentes campagnes menées ? Comment ce mécanisme est-il mis en œuvre ?
<u>Rappel hypothèse 3 :</u> Des attitudes oppositionnelles contribuent à rendre difficile les actions d'information et de communication <u>Thème 3 :</u> Appropriation des messages	<u>Sous-thème 4 :</u> Formes de résistances des populations	Q18 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population ?
		Q19 : Quelles sont vos perspectives pour améliorer la prévention ?

Annexe 4: Grille d'entretien avec les acteurs communautaires - animateurs des ONG

Thèmes / Hypothèses	Sous-thèmes	Questions animateur des ONG		
<p>Thème 1 : La politisation de la prévention</p> <p><u>Rappel hypothèse 1</u> : la politisation de la prévention dans la perspective d'exercice de la biopolitique</p>	<p>Sous thème 1 : Le fonctionnement des entités associatives</p>	Q1 : Quel est l'historique de votre structure ?		
		Q2 : Quel est le cadre de votre collaboration avec le Ministère de la santé ? Quels sont vos obligations vis-à-vis du service des ONG du Ministère de la santé ?		
		Q3 : Quelle est la procédure d'organisation d'une campagne ?		
		Q4 : Est-ce que vous êtes membres du groupe WhatsApp dénommé « baobab des ONG » de la direction des ONG ?		
		Q5 : Que pensez-vous de l'action de l'Etat dans l'organisation de la prévention ?		
<p><u>Rappel hypothèse 2</u> : les dispositifs info-communicationnels sont en décalage avec les objectifs de la prévention et posent le problème de leur pertinence</p> <p>Thème 2 : Les mécanismes info-communicationnels</p>	<p><u>Sous-thème 3</u> : Dispositifs info-communicationnels des ONG</p>	Q6 : Qu'est-ce que la prévention ? Quels sont les différents types de prévention ? Quel(s) types de prévention vous priorisez ? Quelles sont les axes de prévention de vos activités ?		
		Q7 : Quels sont les facteurs déterminants pour qu'une campagne soit initiée ? Comment sont élaborées les campagnes ? Comment se déroule les campagnes ? Combien de campagnes ont été menées sur la période 1996 à 2019 ? Quelle est la durée moyenne d'une campagne?		
		Q8: Comment sont conçus les messages des supports de communications ? Est-ce que les messages font l'objet de pré-tests auprès d'un échantillon représentatif ? Est-ce que ces supports tiennent compte de quelques spécificités locales : valorisation des personnes rondes, préférences pour la médecine traditionnelle ? Existe-il des supports de communication traduit en langues locales ? Existe-il des supports imagés pour tenir compte des analphabètes qui représentent plus de 43% de la population ?		
		Q9 : Quels sont les canaux de diffusion des messages ?		
		Q10 : Existe-il des relais au niveau communautaire ? leur champ d'action ?		
		Q11 : Quel est le mode de financement des activités ? Est-ce que vous recevez des subventions de l'Etat ?		
		Q12 : Quel est le mode de financement des activités ? Est-ce que vous recevez des subventions de l'Etat ?		
		<p><u>Rappel hypothèse 3</u> : Des attitudes oppositionnelles</p>	<p><u>Sous-thème 4</u> : Formes de résistances des</p>	Q13 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez par rapport à l'attitude de la population ?

contribuent à rendre difficile les actions d'information et de communication <u>Thème 3</u> : Appropriation des messages	populations	Q14 : Quelles sont vos perspectives pour améliorer la prévention ?
---	-------------	--

Annexe 5: Grille d'entretien avec les praticiens de la médecine traditionnelle

Thèmes / Hypothèses	Sous-thèmes	Questions acteurs des praticiens de médecine traditionnelle
<p><u>Rappel hypothèse 2</u> :</p> <p>Les dispositifs info-communicationnels sont en décalage avec les objectifs de la prévention et posent le problème de leur pertinence</p> <p>Thème 2 : Les mécanismes info-communicationnels</p>	<p><u>Sous-thème 3</u> : Les caractéristiques des dispositifs info-communicationnels</p>	<p>Q1 : Quel est le cadre de votre collaboration avec le Ministère de la Santé / Le programme de national de la médecine traditionnelle / obligation/ devoir ?</p>
		<p>Q2 : Que pensez-vous de l'action des politiques dans l'organisation de la prévention des maladies chroniques ?</p>
<p><u>Rappel hypothèse 3</u> :</p> <p>Des attitudes oppositionnelles contribuent à rendre difficile les actions d'information et de communication</p> <p><u>Thème 3</u> : Appropriation des campagnes</p>	<p><u>Sous-thème 5</u> : Fonctionnement des praticiens de médecine traditionnelle</p>	<p>Q3 : Depuis combien de temps exercez-vous ?</p>
		<p>Q4 : Comment devient-on praticien de médecine traditionnelle ? Existe-il un parcours spécifique ?</p>
		<p>Q5: Existe-il un répertoire / ordre des naturothérapeute / des règles qui vous régissent / un code de déontologie</p>
		<p>Q6: Pour vous qu'est-ce que la prévention ? Fait-t-elle partie de vos activités ?</p>
		<p>Q7 : Comment mobilisez-vous la communication dans votre activité? Quel sont les canaux de diffusion que vous utilisez ? Est-ce que vous organisez des campagnes ?</p>
		<p>Q8 : Quelles sont les maladies que vous prenez en charge ?</p>
		<p>Q9 : Comment se déroulent les consultations ? Est-ce que la médecine conventionnelle est mise à contribution ? Existe-il un mécanisme de suivi des patients ? Existe-il des cas de guérison ? Pouvez-vous évaluer le coût moyen d'un traitement jusqu'à la guérison ? (diabète-hypertension – cancer) ?</p>
		<p>Q10 : Quel est le mode de financement des activités ? Recevez-vous des subventions de l'Etat ?</p>
		<p>Q11 : Est-ce que les produits que vous vendez ont des brevets ?</p>
		<p>Q12 : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre de vos activités ?</p>
		<p>Q13 : Quelles vos perspectives pour améliorer la prévention ?</p>

ENJEUX INFO-COMMUNICATIONNELS DANS LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES EN CÔTE D'IVOIRE

Décembre 2019 à Mai 2020 - Université Grenoble Alpes - GRESEC

Doctorante: AKA MIEZAN NIAMKE ADJOUBA BRIGITTE

Enquête réalisée auprès des malades du service de cancérologie du CHU de Treichville (Abidjan - Côte d'Ivoire)

I/ RENSEIGNEMENTS SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1. Age

La réponse doit être comprise entre 18 et 110.

2. Niveau d'études

1. Non scolarisé 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur

3. Profession

1. Informel ou emplois précaires 2. Administration 3. Enseignement 4. Santé 5. Agriculture
 6. Sécurité 7. Etudiant/ Elève 8. Religieux 9. Retraité 10. Sans emploi

4. Lieu de résidence

1. Abidjan I-Grands, ponts Abidjan 2 2. Agneby-Tiassa-Mé 3. Bélier
 4. Boukani-Gonlougou 5. Cavally-Guémon 6. Gbeké
 7. Gboklé-Nawa-San-pedro 8. Glazan-Badieglo 9. Goh
 10. Hambal 11. Worodougou-Béré 12. Haut-Sassandra
 13. Indénié-Djuablin 14. Kabadougou-Baling-Folan 15. Loh-Djiboua
 16. Marahoué 17. N'Zi-Hffou 18. Para-Tchologo-Bagoué
 19. Sud Comoé 20. Tonpki 21. Worodougou-Béré_

5. Sexe

1. Femme 2. Homme

II/ CONNAISSANCES SUR LA MALADIE

6. Connaissez-vous votre maladie?

1. cancer du sein 2. cancer du col de l'utérus 3. cancer du foie 4. cancer du poumon
 5. cancer du colorectal 6. cancer de la prostate

7. Connaissez-vous les manifestations de cette maladie ?

1. Oui 2. Non

8. Avez-vous eu connaissance des traitements ?

1. Oui 2. Non

9. Avez-vous déjà entendu parler des facteurs de risques avant de contracter la maladie ?

1. Oui 2. Non

III/ HABITUDES INFORMATIONNELLES

10. Comment vous informez-vous sur les questions de santé ?

1. Presse générale 2. Presse spécialisée 3. Télévision 4. Radio 5. Internet 6. Médecin
 7. Bouche à oreille 8. Ne s'informe pas

Vous pouvez cocher plusieurs cases (Z ou max im um).

11. Lorsque vous avez des inquiétudes sur votre état de santé vers qui vous vous orientez ?

1. Médecin 2. Bouche à oreille 3. Internet

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

12. A quelle occasion consultez-vous les informations de santé ?

1. Fréquemment 2. Lorsque vous ou un de vos proches est malade

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

IV/ PRATIQUES EN MATIERE DE SANTE

13. Comment avez-vous appris que vous êtes malade?

1. Dépistage lors des campagnes de prévention 2. Consultation médicale de routine
 3. Diagnostic du fait des symptômes

14. Avez-vous eu recours à d'autres traitements en dehors de la médecine conventionnelle?

1. Oui 2. Non

15. Si oui veuillez préciser

1. Plantes, décoctions... 2. Rites, sacrifices, désenvoutement

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si précisez_autres_traitements = "Plantes, décoctions..."

16. Qui est le prescripteur de cette thérapeutique ?

1. praticien de médecine traditionnelle/ Naturothérapeute 2. Praticien de médecine traditionnelle / spiritualiste
 3. Proche 4. vous-même

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si précisez_autres_traitements = "Plantes, décoctions..."

V/ COMMUNICATION AUTOUR DE LA MALADIE

17. Avez-vous souvenirs des campagnes de prévention ces dix dernières années?

1. Oui 2. Non

18. Que pensez-vous des informations de prévention qui ont été diffusées ?

1. Satisfaisantes 2. Moyennement satisfaisantes 3. Pas du tout satisfaisantes

La question n'est pertinente que si pensez_vous_infos_prevention_diffusee = "Satisfaisantes"

19. Comment jugez-vous la clarté des messages ?

1. Satisfaisante 2. Moyennement satisfaisante 3. Pas du tout satisfaisante

La question n'est pertinente que si pensez_vous_infos_prevention_diffusee = "Satisfaisantes"

20. Comment jugez-vous le niveau de persuasion ?

1. Satisfaisant 2. Moyennement satisfaisant 3. Pas du tout satisfaisant

La question n'est pertinente que si pensez_vous_infos_prevention_diffusee = "Satisfaisantes"

21. Quels messages avez-vous retenu de ces campagnes de communication ?

1. Tabac l'ami du cancer
 2. Mangeons équilibré, varié et sain
 3. N'attendez plus, faites votre autopalpation
 4. Activité physique un remède contre les maladies chroniques
 5. Se faire dépister du cancer du col de l'utérus
 6. Se faire vacciner contre l'hépatite pour prévenir le cancer du foie
 7. Faire vacciner les jeunes filles de 9 à 14 ans contre le papillomavirus pour prévenir le cancer du col de l'utérus
 8. Ne pas consommer d'alcool
 9. se faire dépister du cancer de la prostate
 10. Cancer du sein, le dépistage peut te sauver la vie

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

La question n'est pertinente que si pensez_vous_infos_prevention_diffusee = "Satisfaisantes"

22. Qui devrait s'exprimer ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Médecins | <input type="checkbox"/> 2. Malades guéris | <input type="checkbox"/> 3. Associations |
| <input type="checkbox"/> 4. Journalistes | <input type="checkbox"/> 5. Politiques | <input type="checkbox"/> 6. Non concerné |
| <input type="checkbox"/> 7. Artistes | <input type="checkbox"/> 8. Religieux | <input type="checkbox"/> 9. Autorités villageoise |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

23. Justifiez votre choix à la réponse 22

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. savoir scientifique | <input type="checkbox"/> 2. expérience de la maladie |
| <input type="checkbox"/> 3. proche de la population | <input type="checkbox"/> 4. référent de relais en matière d'information |
| <input type="checkbox"/> 5. pouvoir de décision | <input type="checkbox"/> 6. Non concerné |
| <input type="checkbox"/> 7. Audience auprès de la population | <input type="checkbox"/> 8. Caution morale |

Vous pouvez cocher plusieurs cases (7 au maximum).

24. Quelles attitudes de prévention secondaire adoptez-vous par rapport à votre maladie?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Réduire la consommation de tabac | <input type="checkbox"/> 2. Manger équilibré (alimentation riche en fruits et légumes) |
| <input type="checkbox"/> 3. Pratiquer une activité sportive | <input type="checkbox"/> 4. Aucune idée à adopter |
| <input type="checkbox"/> 5. Réduire la consommation d'alcool | |

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

25. Seriez-vous disposés à être relais de sensibilisation ?

1. Oui 2. Non

26. Que pensez-vous de l'organisation de la communication de prévention ?

1. Satisfaisante 2. Moyennement satisfaisante 3. Pas du tout satisfaisante 4. Ne se prononce pas

27. Avez-vous des suggestions pour améliorer la prévention ?

1. Oui 2. Non

28. Quelles sont ces suggestions

La question n'est pertinente que si suggestions = «Pas de réponse»

Annexe 7: Détail des pays de résidence des abonnés au groupe de discussion

Principaux pays	Membres
Afrique du Sud	6 410
Algérie	8 495
Allemagne	2 562
Angola	26 131
Arabie Saoudite	755
Australie	137
Autriche	93
Belgique	6 437
Bénin	213 419
Brésil	1 301
Burkina Faso	190 924
Burundi	19 966
Cambodge	81
Cameroun	242 483
Canada	6 933
Cap-Vert	81
Chili	1 017
Chine	420
Chypre	215
Comores	6 511
Côte d'Ivoire	198 393
Cuba	181
Djibouti	1 594
Égypte	487
Émirats arabes unis	1 193
Espagne	1 892
États-Unis	6 108
Éthiopie	107
France	37 415
Gabon	53 553
Gambie	896
Ghana	6 348
Grèce	708
Guadeloupe	1 238
Guinée	32 322
Guinée Équatoriale	2 872
Guinée-Bissau	517
Guyane française	478
Haïti	16 795
Île Maurice	4 102
Inde	219

Indonésie	144
Irlande	166
Israël	134
Italie	3 928
Japon	81
Kenya	882
Koweït	1 029
La Réunion	3 123
Liban	436
Libéria	481
Libye	1 365
Luxembourg	197
Madagascar	29 347
Malawi	470
Mali	55 230
Maroc	5 875
Martinique	1 204
Mauritanie	6 626
Mayotte	803
Mexique	145
Mozambique	861
Namibie	164
Niger	22 991
Nigéria	7 634
Norvège	83
Nouvelle-Calédonie	1 638
Ouganda	3 318
Pays-Bas	304
Philippines	84
Polynésie française	2 459
Portugal	210
Qatar	93
République Centre Africaine	6 278
République démocratique du Congo	353 072
République dominicaine	1 261
République du Congo	48 994
Royaume-Uni	1 671
Russie	455
Rwanda	2 102
Sénégal	63 504
Seychelles	187
Sierra Leone	310
Somalie	172
Soudan	265

Sud Soudan	112
Suède	239
Suisse	1 200
Tanzanie	881
Tchad	16 262
Thaïlande	84
Togo	75 089
Tunisie	4 038
Turquie	771
Ukraine	136
Vanuatu	165
Vietnam	157
Zambie	1 230
Zimbabwe	150

Annexe 8: La liste des mots clés d'alerte du groupe

Voir les mots-clés

Alertes de mots-clés

Les administrateurs ont défini des alertes pour les mots-clés suivants.

inbox appel moi voilà mon numéro messenger
wathsapp contact moi va à l'église insulte moqueries
maître marabout donne ta vie à jesus numéro de téléphone
smileys rip publicité r.i.p ajouté moi facebook
tu es marié baiser va à l'hôpital pasteur téléphone frs
cfa je suis au je suis en médecin coupe le penis
c'est toi même acide sida vagin 000 ajoute moi ib
vien chez moi quitte le je connais 123456 c'est toi
me contacter baise là appel 647 v. i. h viens chez moi
pour tous vos problèmes prends moi portefeuille magique
bonne guérison yako seigneur viens en aide
meilleure santé + 1 2 3 4 5 6 7 8 9 dieu
paix à son âme mourir prière meurt ne dérangé pas
bangala pitié viens prendre contact mougou longrich
gay pédé lesbiennes homosexuel inboxez pv j'ai le
jésus christ maître zizi putain covid n'importe quoi
merde cul kiki tu es où ?

Fermer

Fil de discussion 1

06 juin 2020 - 16 H28 mn

Marc :

Que faire pour baisser l'hypertension artérielle ?

252 Likes 261 commentaires 21 partages

Jeanne :

je suis content des vos conseils 🙏 1

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 18H19 mn

Marina :

Médicaments de chance c'est quoi

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 20H15 mn

Jean :

C'est pas facile à combattre mais avec persévérance coupe de l'ail en petits morceaux associés au miel chaque jour. 2ou 3 gousses d'ails. Et tu verras que ta tension redeviendra normale mais si ça se normalise, prends ça 3 fois par semaine.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 18H21mn

Roland :

Jean avez-vous une astuce pour l'odeur svp ? Merci

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 18H37mn

Jean :

Roland Tu ne mâche pas ,l'ail associé au miel et tu avale,et tu peux boire un peu d'eau tiède la dessus. Tu verras que la couleur de ton urine redevient clair. C'est le Seigneur qui m'a montré cet astuce là. Si non quand tu commence avec les médicaments, tu n'arrêtera jamais.

J'aime · Répondre · Partager · 06 juin 2020 - 18H44 mn

Aurel :

Non on ne bouillie pas les feuilles de l arbre mais par infusion pour avoir la dose prescrite

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 17H52 mn



Ahmed :

Une gousse d'ail trois fois par jour avant le repas. Très efficace

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 18H38 mn



Akoua :

Suit les conseils de ta femme et respecte la elle va beaucoup te chérir

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 09H17 mn

Ezoua :

AMLODIPINE 5mg une fois par jour.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 23H03 mn



Katy :

Lorsque votre tension monte manger 3grains de Pepe, cela baisse la tension c'est ce que ma mère prend

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 19H46 mn



Mina :

Thelmis a la pharmacie

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H50 mn

Soala :

Merci

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H54 mn

Allan :

Prend bcp du temps, diminue les il faut bien dormir

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H25 mn



Grace :

Thé marron de longrich

Super efficace



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H50 mn

Illan :

■ Grace c'est quoi comme plante

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H56 mn

Grace :

Illan ib pour plus d'informations

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H59 mn

Alfred :

■ Grace je confirme

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H01 mn

Grace :

Alfred merci pour votre témoignage

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H06 mn



Grace :

Ryan merci de faciliter la compréhension svp

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H29 mn

Akué :

La marche régulière



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H43 mn

Carl :

Boire beaucoup d'eau



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H46 mn

Bedis :

Diminue un peu de poids



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H28 mn

Djack :

L ail



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H27 mn

Emilie :

pratique du sport

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 20H56 mn

Aline :

Va à l'hôpital rencontrer un cardiologue...

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H55 mn



Arthur :

Manger beaucoup d'ail

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H51 mn



Raoul :

Un thé de longrich conçu pour cela.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 12H28 mn

Reine :

Cette maladie impose une hygiène de vie stricte moins de sel, de gras surtout après consultation chez le médecin avec un traitement à suivre demander au médecin si la pratique d'un sport serait nécessaire

J'aime · Répondre · Partager · 12 juin 2020 – 22H56 mn

Solange :

Mais se rendre chez un cardiologue est encore mieux

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H11 mn



Akué :

L'eau tiède citronnée

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H43 mn



Barry :

de l'ail avec de l'eau tiède puis presser un citron là dans. Très efficace.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 22H44 mn



Moni :

Prends un comprimé d'aspirine.

Le mieux tu peux prendre aspirine junior

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H34 mn

Dédé :

Mon frère ail c'est efficace

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H06 mn



Laurent

Régime sans sel

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H147 mn



Mimi

Arrêter le sel, faire du sport et surtout vauquez à la prière

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H34 mn

Colette

L'ail

J'aime · Répondre · Partager · 8 juin 2020 – 01H38 mn



Eric :

Tisane de laurier 2 pas jours pendant 2 semaines . À renouveler 2s plus tard

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 21H46mn

Vanessa :

c'est le bon contact pour solution à ton problème

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 23H57 mn

Rachelle :

Mase de morcon de l'ail.mete..dand..une..bindo..de1/2.. de l'eau boir selment pa d'otre.l'eau une verre patite a petite. Pandan 7 jours très efficace

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 23H46 mn

Rachelle :

Abi ok

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 23H49 mn

Marie :

Le quinquiliba. ou 2 gousses d a ils ou bien Bo coup d'eau tiède le matin.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 17H03 mn

Thérèse :

Épluchez l' ail (une bonne quantité) . Chargez ça dans du pain et mangez au déjeuner tous les matins . Voilà la solution. .

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 01H23 mn



Ousmane :

Du sport au moins 2 fois 20 mn par semaine et diminuer le sel.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 08H22 mn

Mamie :

Regime hyposode (aliment moins salle et boire beaucoup d'eau au moins 3 l

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 20H55 mn



Marcelin :

Si tu habites kinshasa , rends- toi à ndolo libongo et procures- toi les graines des chimpazés ou bonobo à macher 3graines matin- soir , dans le cas de carrie dentaire dors avec sur la dent carriée...elle guerrit plus de 45 maladies...Asthme , grippe , maux de tete rebelle , meme celui qui s'attaque à une partie de la tete , hypertension , diabete ,sinusite , la vue , diarrhée infectueuse , manque de sommeil ... à completer à volonté cette liste...

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 16H58 mn

Tyson :

On l'appelle mbuma ya makaku en lingala si je ne m'abuse

J'aime · Répondre · Partager · 8 juin 2020 - 20H43 mn



Allou :

L eau ,aie bcp bcp

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 01H14 mn

Ablan :

Bois infusion foleré sans sucre pendant 1semaine

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 16H59 mn




Carlos :

L'eau c'est rapide en moins de temps ça bisse

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 17H08 mn  2


Amani :

Consommer l'ail régulièrement ça ira


J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 20H15 mn  1

Affoué :

Brouter chaque matin 2 gousses d'ail cru sans lâcher

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 15H51 mn  2

Kouamé :

Manger l'ail à jeun  3

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 17H44 mn

Akassi :

Sport; alimentation de qualité et prévention

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 16H56 mn

Amir :

Feuille de moringa comme tisane, très efficace

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 18H26 mn  1

Molo :

Manga sende. Tu décortique, tu découpes, tu fais bouillir jusqu'à ce que ça devienne mou. Après tu manges 🍌🍌🍌

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 21H58mn

Ana :

Olga  1

J'aime · Répondre · Partager · 8 juin 2020 - 09 146 mn

Charlène :

L'ail est un excellent remède

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 21H07 mn

Awa :

Boire 3 litre d'eau par jour..de préférence la journée


J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 16H46 mn  1

Akouba :

Quelques gousses d'ail chaque matin a jeûne

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 08H34 mn  1

Cloco :

Baissez-vous ton coeu ne jamais  1

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 - 22H03 mn

Cloco :

Ne jamais se penser bcp trop l3

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 - 22H06 mn


Cloco :



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 22H07 mn

Abou :

Mangez 3 ou 4 graines de moringa matin et soir.

J'aime · Répondre · Partager · 8 juin 2020 – 00H13 mn 

Monique :

Prendre beaucoup d'eau et dormir profondément

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H38 mn 

N'Da :

Acheter le bio disc 3 c'est très efficace

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H14 mn

Jean :

■ **Aicha** C'est quoi le bio disc 3 stp?

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H14 mn

Ali :

Le plus sûr c'est de se référer à un spécialiste de santé.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 15H41 mn

Akran :

L'ail

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 20H58 mn


Amidou :

Consomme régulièrement l'ail et le Colgo

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H06 mn

Kady :

Aller voir votre médecin et plus sur ne prenez pas seul des initiatives

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 05H08 mn 

Afi :

Merci

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H26 mn

Amlan :

En savoir plus


J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H21 mn

Adjoua :

Boire régulièrement de l'eau, et laves-toi fréquemment.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 02H30 mn


Akissi :

Consomme assez de l'ail 

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H59 mn

Mian :

L'ail crue soit avec un peu de miel

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H25 mn 

Djeket :


Boire bcq d'eau trop repos sans oublier le sport pdt 30min

Koffi :

Marche d'environ 45min régulièrement

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 17H53 mn

Emmanuel :

Boire de l'eau et éviter le sel 


J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 17H07 mn

Trésor :

Du calme, une Marche matinale, manger de banane, ail, dormir. Éviter le stress, passe ton temps à être occupé

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 05H37 mn

Oula :

Boit cachet po tension 

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 18H00 mn

Akran :

Le sports

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 21H45 mn

Jamel :

Tu coupes en petits morceaux ou tu mâches deux gousses d'ail que tu avales avec de l'eau chaude surtout les matins.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H50 mn

Armel :

la pot de l'orange à préparé et à boit 3/j

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H02 mn 

Yaya :

L'eau 2 à 3 litres par jour

Évite complètement Le

sel Dormir 9h par jour

Pratique Le sport jogging football

C'est tout.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 18H54 mn 

Emma :

Yaya si évite complètement le sel il aura des carences. On conseille régime peu salé.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H00 mn

Yaya :

Emma pas dans Le cas de hypertension

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H03 mn

Emma :

Yaya pourtant si. Renseigne toi bien auprès des cardiologues.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H05 mn

Yaya :

Emma c'est une question d'expérience. Nous sommes notre propre médecin. J'en souffre et j'ai consulté de très bon cardiologue.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H07 mn

Claudia :

Feuilles ecalyptus en tisane très efficace

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 12H58 mn

Mariana :

Faire du sport. Manger moins de sel, éviter les aliments avec trop de graisses

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 04H41 mn

Djanvoué :

Boire en permanence

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 02H52 mn

Raymonde :

Ail cru.

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 18H45 mn

Djadja :

Prendre l'eau de coco très efficace

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 23H06 mn

**Ali :**

Vous pouvez manger le persil si vous voulez merci

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 15H20 mn

Arnold :

Manger les aubergines ou bouillir

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 21H00 mn

Emmanuel :

Moi. Je prends de l'ail. C'est efficace

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 19H14 mn

Afran :

Consommer bien le soumbala (colgo)

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 13H54 mn

Akoua :

Cherche les graines de moringa

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 15H01 mn

Niamké :

Évite de manger des aliments riches en sel en plus si tu peux prendre régulièrement une tasse de kinkéliba après chaque repas c'est mieux

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 17H48 mn

**N'Doye :**

Consulter un médecin pour connaître le Chiffre, éviter du sel au repas, éviter de soucis, boire le jus de noix de coco pour stabiliser la tension.

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 20H56 mn

**Konan :**

Infusion feuilles de manguiers au minimum 15 la nuit vous filtrez le matin à jeun et buvez un verre le soir au coucher très efficace

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 08H29 mn

Kankan :

Fais bouillir la tisane et les feuilles de canne

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H51 mn

Bamba :

Boire le jus des feuilles de moringa.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H21 mn



Abé :

Eau de coco + lait pick, à chaque fois que tu prends tu va prendre ta tension le lendemain et voir si ça a diminué, sinon si tu abuse tu va faire hypotension,

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 11H51 mn

Marlène :

D abord. En. premier. supprimer. Le. Sel. Et. Boire. Une. Infusion. De. Feuilles. D,Olivier. Tous. Les. Jours. Résultat. Impressionnant.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H58 mn



Amien :



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H23 mn

Shaw :

Intéressant



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H00 mn

Keita :

Pour finir avec l'hypertension artérielle 🙌🙌



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H37 mn

Keita :

Charlemagne so good 🙌

J'aime · Répondre · Partager · Voir la traduction · 6 juin 2020 – 18H50 mn

Fany :

Hygiène de vie
Éviter
Les veillées
Les endroits bruyants
La consommation du sel modérée ou supprimée Réduire
la prise d excitants
Se reposer
Pratiquer la marche à pieds
Si tu fait cela, ta tension va sûrement baisser
Ne prenez des anti hypertenseurs que en dernier recours sous prescription d un
cardiologue



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H09 mn

Mina :

L'oignon crue régulièrement et l'ail. 2 aliments essentiels pour enrayer beaucoup de
cancer, stabiliser la pression artérielle?



J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 00H06 mn

Solange :

AIL (500 f) +Oignon (500f) écrasé, bouillir pendant 30 mn, après refroidissement
boire 1 verre a jeun chaque matin et le soir au coucher. Éviter les consommations en
matière grasse, huile, manger trop moins sale, enlever totalement du cube dans vos
cuissons, éviter le sucre, consommer moins c'est mieux. Faites du sport, mangez bcp
de légumes, de fruits, boire bcp d'eau, bref contrôle alimentaire strict et sport autorise



J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H10 mn

Solange :

Pour 3 l d'eau

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H17 mn

Ablan :

Solange qu'elle quantité d'eau pour bouillir ?

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H44 mn

Solange :

L'hypertension , diabète, stéatose hépatique et insuffisance rénale, affecte bcp
la santé sexuelle, mm le couple très important et conséquence infidélité, stress
, remords

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 11H00 mn

Didier :

Faire une décoction de noyau d'avocat et des feuilles d'avocatié (2 noyaux et 250 grammes
de feuilles d'avocatié dans 2,5 litres d'eau pendant 15 minutes d'ébullition) prendre 2 x un
verre de 200ml par jour, pendant une semaine.



Au troisième jour déjà le changement s'installera

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H10 mn

Sista :

Didier merci

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 22H21 mn

Amien :

L'AIL EST LE REMÈDE-MIRACLE INCONTOURNABLE : chaque matin au réveil et à jeun, prendre 2 gousses d'ail (manger ou alors pour éviter l'odeur, découper en petits morceaux et avaler avec un bon verre d'eau), et deux autres gousses d'ail le soir au coucher. les résultats seront perceptibles au bout de 15 jours. L'AIL EST PARTOUT, PAS CHER ET VÉRITABLE BARRAGE CONTRE LES BACTÉRIES ET UN REMÈDE CONTRE BEAUCOUP DE MALADIES. (Voir la vidéo ci-après)

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H22 mn · Modifié

**Carène :**

Au couché, si vous prenez un gousse d'ail, vous le mettez sous votre oreille autrement dit coussin, le matin vous allez vous réveiller en super forme cad ça disparaître tout les douleurs et les courbatures, ça va combattre les mauvais esprits et les cochemars. Ça rendra votre sommeil doux et paisible. Essaie et temoigne!

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 04H30 mn

Diouf :

Boire une tasse de tisane à base de kinkéliba 3 fois par jour (matin, midi, soir avant de se coucher). Ou du jus d'oseille de guinée (bissap rouge) + nana ordinaire en infusion. Éviter le sel aux repas nocturnes.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 17H15 mn

**Malick :**

offrir aux nécessiteux, car tout est vanité vanité des vanités

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 09H29 mn

Tallan :

Évite la colère et repose-toi bien.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 18H19 mn

Ablavi :

Feuille de bambou de chine en decoction demi verre matin et soir à boire ou petit cresson en decoction contacter moi pour l image des plantes

J'aime · Répondre · Partager · 8 juin 2020 – 07H18 mn

**Malou :**

Décoction de feuilles d'avocat

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 16H39 mn

Blani :

Infusion Feuilles de Kinkeliba ou de corosole

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H03 mn · Modifié

**Kissangani :**

On peut conetre comment çï vous avez l'hypertension

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 19H27 mn

Dembélé :

Il faut prendre la citromelle bien laver et frotter dans de l'eau propre et boire un verre m/s pendant 1mois et allez faire votre texte Nb: ne pas faire bouillir le boire nature bonne guérison dans la paix du Christ

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H06 mn

Dephao :
Consulter le cardiologue

J'aime · Répondre · Partager · 9 juin 2020 – 20H14 mn

Malick :
une détente à la chute, à la source d'eau, au sommet d'une montagne, visite de sites archéologiques y compris les lieux sacrés

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 09H19 mn

Mamadou :
Feuilles de corossol ça m'a sauvé la vie

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 22H09mn

Okoti :
Bon soir de quel corossol vous parlez ce que nous voyons en ville où le corossolier sauvage ?

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 23H13 mn

Gnoan :
Mamadou merci

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 23H51 mn

Djunadju :
Mamadou SVP mode d'emploi

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 23H53 mn

Mamadou :
Je ne connais qu'un le corossolier qui donne des fruits avec la peau épineuse. Alors prendre 20 feuilles voire plus si vous en avez les faire bouillir. Boire tiède de préférence comme du café à volonté pendant 3j
Si vous exagérez ça peut devenir de l'hypotension.

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 00H04 mn

Babakar :
Manger bio + le sport très efficace

J'aime · Répondre · Partager · 7 juin 2020 – 13H45 mn

Alioune :
Oignon c'est réputé pour la baisse de tension

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H37 mn

Romuald
Manger les feuilles de ndole

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 21H00 mn

Akissé :
Il faut consommer le tondolo.

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 20H21 mn

Amin :
Eau tiède pas d'eau fraîche

J'aime · Répondre · Partager · 6 juin 2020 – 17H03 mn

Aurel :
Les feuilles de corossol sont plus efficaces pour rabaisser la tension artérielle

Fil de discussion 2

16 août 2020 – 00H09 mn


Coccinelle blanche1 :

Remède contre le cancer du col rectal d'un jeune homme de 24ans s'il vous plaît aidez nous on a tout fait des chimiothérapies en v

217 Likes 117 commentaires 18 partages


Papillon_blanc1 :

Feuille de corossol a prépare et faire boire arrêté la consommation excessive de sucre

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 08H44 mn  3


Coccinelle_bleu1 :

Arrêté tout consommation de sucre

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 07H52 mn  3

Coccinelle_rouge1 :

Qu'il consomme beaucoup de manioc

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 13H17 mn  2

Coccinelle_rose1 :

Consommer du corossol fruit et bouillir ses feuilles prendre comme tisane matin et soir, bouillir aubergines sauvage ds 5l d'eau purifier, prendre un verre matin et soir sans interruption jusqu'à ce que ait changement.

J'aime · Répondre · Partager · Modifié · 16 août 2020 – 13H37mn  7

Coccinelle_rose2:

C'est ça m'a belle



J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 19H38mn

Coccinelle_rose3 :

C'est vert avec un pt goût d'aigreur

J'aime · Répondre · Partager · Modifié · 17 août 2020 – 19H35 mn

Coccinelle_rose4:

Papillon_bleu attend je cherche

J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 17H15 mn

Coccinelle_rose5 :

Papillon_bleu pas les feuilles, aubergines sauvages pas lemauve c'est différent

J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 17H15mn

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 17H35 mn

Assandé :

🌹🌿 bonjour bonsoir frère et sœur je suis ici pour vous présenter un témoignage d'un grand maître sa majesté dah kpokini ils ma aide dans mon problème il ma aide à avoir le porte feuille magique qui produit dans trois jours plus d'informations contactez le sur WhatsApp

J'aime Répondre Partager 7 juin 2020 - 11H44 mn

Balam :

Bouillir de l'aile dans de l'eau et laisser tiédir apres prendre un verre matin à jeûne ete soir au coucher

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 23H39 mn



Amalaman :

Feuilles du mouton c'est quoi ?

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 18 H08 mn

Abro :

merci je veux aussi savoir

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 18 H35 mn

Aigle Royal :

Boire beaucoup d'eau - 1 Deux 2
gousses d'ails - 2

J'aime Répondre Partager 6 juin 2020 - 20 H34 mn

Papillon_bleu1 :

Coccinelle_rose le fruit ?

J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 17H20 mn

Coccinelle_jaune1 :

Coccinelle_rose ma belle aubergine sauvages je peux avoir la photos'il vous plaît ?
merci

J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 17H47 mn

Papillon_bleu2 :


Coccinelle_rose bjr, 🍆 aubergine feuilles ou fruits ?

J'aime · Répondre · Partager · 17 août 2020 – 16H45 mn

Papillon_vert1 :

Infugé les feuille des carasol et les boire momentanément dans la journé a la placede l'eau.

Qu'il arret de consommé du sucre aussi

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 04H19 mn 

Papillon_vert2 :

Papillon_rouge le foi fabrique du sucre de façon naturel et en permanence. Les cellules cancérogènes ont besoins du sucre pour accélérés leur croissance alors pour ralentir la croissance de ces cellules il faut arrêté le sucre afin de les affaiblir. Et Et consommé du carasol insufé pour les éliminés

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 20H00 mn

Papillon_rouge1 :

Papillon_vert mais s'il arrête la consommation de sucre ne va t il pas faire une hypo glycémie?

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 19H28 mn

Papillon_vert3 :

papillon_jaune je ne suis pas medecin mais je sais certain cancer ne sont pas facile a connaitre donc seul les medcin avc des analyse pointu sont capable devous dire si tu l'a ou pas

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 18H30 mn

Papillon_jaune1 :

Papillon_vert ok

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 18H50 mn 

Papillon_jaune2 :

Papillon_vert comment la maladie se manifeste ???

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 16H55 mn


Papillon_marron1 :


HUILE D'OLIVE DU NOM SAYTOUN ET GRAIN DE NICKEL DU NOM DE HABATE SAUDA

J'aime · Répondre · Partager · 16 août 2020 – 20H18 mn 

Libellule_blanche1 :

La chimio tue c'est claire l'huile de chanvre soigne très vite et bien le cancer. Les kiwis la carotte comme fruits la betterave sont de solides soutiens pour le malade, maintenant faut du clou de girofle et la cannelle écorce pour rétablir et renforcer son système immunitaire et tuer les corps il ou elle se portera bcp mieux et vous allez en faire le constat bien de choses à vous

J'aime Répondre-Partager - 16 août 2020 - 00H50 mn  16

 Masquer 24 réponses

Libellule_blanche2 :

Ya tellement de solutions

J'aime Répondre- Partager - 17 août 2020 - 20H08 mn

Libellule_bleue1 :

David Étienne mais au cas où on trouve l'huile de chanvre comment utiliser ça

J'aime Répondre- Partager- 17 août 2020 -09H01 mn 

Libellule_jaune1 :

Libellule-blanche Bjr Mr svp j'ai besoin de votre aide ma mère souffre du cancer et en même temps à une plaie inguérissable site comment utiliser l'huile de chanvre ? Svp

J'aime Répondre-Partager- 23 janvier 2021- 23H29mn

Libellule_blanche3 :

Commencez par la betterave c'est excellent pour votre système immunitaire,

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 20H07 mn 

Libellule_blanche4 :

Si les états combattent les huiles essentielles c'est tout simplement parce que ça fait ombrage aux groupes pharmaceutiques ça soigne même le covid19 et vient d'être interdit en France pour vous dire le cancer ne se soigne pas en unjour mais pour être certain de rester vivant et vivre sa vie sans secondaires c'est la solution

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 20H05 mn

Libellule_blanche5 :

Luciole_rouge je redis la chimio tue c'est de l'escroquerie médicale tout le monde le sait bref

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 19H58 mn 

Libellule_blanche6 :

Luciole_rouge vous trouverez facilement

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 19H56 mn

Libellule_rouge1 :

Libellule_blanche bonsoir svp comment on peut avoir l'huile chanvre

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 19H56 mn

Libellule_blanche7 :

Luciole_verte super marché français

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 19H55 mn

Luciole_vert1 :

Libellule_blanche ok svp comment sa s, utilise

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H56 mn 


Luciole_vert2 :

Libellule_blanche nous sommes en Côte d'Ivoire

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H40 mn 


Luciole_orange 1 :

L'huile de chanvre s'utilise comment ?

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H17 mn 


Luciole_orange2 :

Svp les kiwis c'est quoi ?

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H10 mn 

Libellule_blanche8 :

Luciole_vert c'est prouvé si la chimio soignait les laboratoires fermeront ,retenez une chose la chimio détruit et affaibli le système immunitaire du malade c'est pas discutable. Demandez à celui qui a prescrit cela de vous dire la vérité à deux sois on enlève le sein malade tout simplement une ablation . Restez à l'hôpital mais ya pas 1000 solution l'huile de chanvre thérapeutique est plus efficace bon dimanche à vous

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 18H51 mn 


Luciole_rouge2 :

Libellule_blanche merci

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H34 mn

Luciole_vert3 :

Libellule_blanche merci beaucoup mais svp sous votre respect où es cequ'on peut avoir l, huile de chanvre ?

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H40 mn 

Luciole_vert4 :

Libellule_blanche et comment sa s, utilise ?

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H53 mn 


Luciole-verte5 :

Libellule_blanche pourquoi vous dite que la chimio tué ? J'ai très peur à grandesœur est dans une clinique actuellement pour une suivie de chimio parcqu, elle as un cancer.

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 17H55 mn

Luciole_rouge3 :


Luciole_vert mon neveu est sorti d'une chimio, unesemaine après, il est décédé.

Ça me tente d'être convaincue 

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 19H34 mn

Libellule_orange 1 :

Merci **Libellule_blanche** pour l'infos

J'aime Répondre - Partager - 16 août 2020 - 17H48mn 

Libellule_blanche9 :

Papillon_jaune désolé si vous n'êtes pas malade j'apporte ma modeste contribution aux malades et aux familles des victimes, je ne fais pas cours sur le sujet merci pour cette bonne compréhension bon dimanche et bien de choses à vous

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 17H09 mn

Papillon_jaune2 :

Les symptômes

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 16H59 mn

Papillon_jaune3 :

Libellule_blanche explique moi bien comment est ce que cette maladie se manifeste ???

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 16H59 mn

Soleil_1 :

Où à défaut vas sur Amazone

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 14H52 mn

Soleil_2 :

C dans les 6 euro je crois

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 14H51 mn

Libellule_bleue2 :

Libellule_blanche c'est Koi l'huile de chanvre

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 13H27 mn

Libellule_bleue3 :

Soleil on peut trouver ça où

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 14H44 mn

Soleil_3 :

Libellule_bleue je l'ai achetée à Leclerc

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 14H51 mn

Libellule_blanche10 :

Attention ce qui est mauvais avec les gens est qu'ils sont irresponsables on dit respectez la dose prescrite mais on veut tout et tout de suite alors on fait à sa guise après on vient se plaindre. Je le sais depuis bientôt 30 ans de travaux alors je donne des pistes sérieuses et concrètes. Sérieux le noir fatigue et aime les problèmes on te dit fais ça mais c'est le contraire tu fais bref

J'aime Répondre Partager - Modifié - 16 août 2020 - 11H42 mn

Soleil_blanc1 :

David Étienne svp et pour le cancer de sein ?

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 09H38 mn 

Soleil_bleu1 :

Bonsoir **Libellule_blanche**, comment faire la préparation cannelle + clou de girofle svp ?

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 05H13 mn

Soleil_jaune1 :

Libellule_blanche et l'huile de chanvre là ça se consomme comment svp

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 04H23 mn

Coccinelle_blanche3

David Étienne merci bcp l'huile de chanvre je ne la connais pas

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 03H01 mn

Soleil_4 :

Coccinelle_blanche on trouve l'huile de chanvre à Leclerc ...je l'ai acheté à Leclerc France, on m'a dit que ça se trouve au pays ...

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 08H51 mn

Coccinelle_blanche4 :

Soleil ok

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 13H57 mn

Soleil_vert :



J'aime Répondre -Partager- 17 août 2020 - 13H20 mn

Soleil_orange1 :

Vous voulez dire du canal anal ?

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 13H32 mn

Coccinelle_blanche5 :

Soleil_orange oui

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 13H55 mn

Soleil_rouge1 :

Utilisez la décoction du culcuima boire matin et soir

J'aime Répondre Partager - 17 août 2020 - 19H59 mn

Coquelicot_1: 16 août 2020 - 19H56 mn

Faire bouillir les feuilles d'aubergine sauvage et boire 1 verre matin et soir

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 11H41mn



Coquelicot_blanc1 :

Coquelicot stp photo

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 21H08 mn

Coquelicot_pastel1 :

Coquelicot_bleu Xa les petits fruits rond

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 20H22 mn

Coquelicot_vert1 :

Coquelicot_pastel svp ses fruits sont jaunâtres?

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 09H54 mn

Coquelicot_bleu1

Coquelicot_pastel mais c'est comment ?

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 20H08mn

Coquelicot_bleu2 :

Coquelicot l'aubergine sauvage est celle qu'on utilise pour la cuisine ??Stp ma belle

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 19H43 mn

Coquelicot_pastel2 :

Coquelicot_bleu non c'est pas sa

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 20H07 mn

Papillon_noir2 :

Il n'a pas précisé mais pour le deux cas moringa travail

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 – 10H09 mn

Papillon_noir3 :

Coquelicot_marron oui oui, c'est un médicament très puissant

J'aime Répondre Partager- 20 août 2020 – 11H56 mn



Coquelicot_marron1 :

Papillon_noir sa travail osi pr tt type de cancer? même de sein?

J'aime Répondre Partager- 19 août 2020 – 15H59 mn

Coquelicot_violet1 :

En dehors de son traitement il lui faut un régime alimentaire stricte. La guérison viens aussi de notre alimentation

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 21H36mn

Fleur1 :

Les feuilles de aubergine sauvage boire la tisane et mettre la poudre sur la plaie

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 14H19 mn

Papillon_bleu5 :

Fleur bjr, 🍆 aubergine feuilles ou fruits ?

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 – 16H46 mn

Fleur_blanche1 :

Comment on prepare les feuilles d'aubergine sauvage ? Faudrait - il les piler et recueillir les jus ? Merci

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 23H01 mn

Fleur_bleue1 :

Le cancer du col quoi ? Col uterise de la femme ?

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 - 10H05 mn

Fleur_jaune1 :

Jus carotte et prier st perigrin

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 23H05 mn

Fleur_orange1 :

chercher la vitamine B17

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 11H12 mn



Fleur_violette1 :

Charles étudiant en médecine as-tu une solution à apporter peut-être

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 21H03 mn

Fleur_orange1 :

Ajoutez la prière aussi

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 15H05 mn

Fleur_vert1 :



J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 01H42 mn

Fleur-marron1 :

Priez avec ce prophète Téléchargez

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 09H43 mn



Chenille1 :

Appellez moi à ce numéro de tel je vais vous montrer là on peut finir ça

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 13H01 mn



Coccinelle_blanche6 :

Chenille ok

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 - 13H55 mn

Chenille_blanche1:

Arrêtez toute consommation de sucre et de sel... Faites une cure du côlon... pendant la cure consommez des aliments très légère.

J'aime Répondre Partager - 16 août 2020 - 10H18 mn



Chenille_bleue1 :

Essayez les produits forever

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 10H43 mn



Chenille-verte1 :

Chenille_bleue très efficace

J'aime Répondre Partager- 16 août 2020 – 14H14 mn

Chenille_orange 1 :

Demandez à l'intéressé de prendre de l'amoxiciline. Matin et soir. Cette personne pourra avoir gain de cause.

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 – 00H10 mn

Chenille_vertel :

Il n'a qu'à boire beaucoup tisane de feuille de corossol ,

J'aime Répondre Partager- 18 août 2020 – 21H49 mn



Chenille_orange :

Ajouter moi pous la satisfaction

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 – 15H37 mn

Chenille_orange :

Ajoutez moi pour qu'on en parle

J'aime Répondre Partager- 20 août 2020 – 01H45 mn

Coccinelle_blanche7 :

ok mais comment procéder

J'aime Répondre Partager- 17 août 2020 – 17H46 mn

Chenille_violett1 :

Priez Jésus ,et Il agira .

J'aime Répondre Partager - 18 août 2020 – 13H00 mn



Chenille_jaune1 :

Les feuilles, écorces et racines de corossoles mm les fruits

J'aime Répondre Partager- 19 août 2020 – 17H00 mn



Chenille_marron1 :

LE STC30 EST UN produit bio des cellules souches vegetales qui regenere repare etreconstruit tout ce qui est abimé. Dans le corps

J'aime Répondre Partager- 23 août 2020 – 00H14 mn

Chenille_noire1 :

Boujour où bonsoir a tout le monde . je sur la pour vous faire le témoignage du grand maître papa D contacter par tel ou WhatsApp

J'aime Répondre Partager - 17 août 2020 – 11H24 mn

Papillon_bleu6 :
Chenille_noire



J'aime Répondre Partager - 23 août 2020 - 13H52 mn

Chenille_marron2 :

Cher membre voici la solution à votre cancer STC30 CONTACT



J'aime Répondre Partager - 23 août 2020 - 00H19 mn

Lumière1 :

Contactez moi par whatsApp

J'aime Répondre Partager - 19 août 2020 - 15H02 mn

Lumière_blanche1 :

Il faut chercher à rencontrer ce monsieur tel N .il traite les cancer il est a Yop niangon .appelez le

J'aime Répondre Partager - 19 août 2020 - 10H39 mn

Lumière-bleue1 :

Lumière_blanche ok c'est dans quel pays pour savoir l'indicatif. Merci

J'aime Répondre Partager - 22 août 2020 - 23H27 mn

Coccinelle_blanche8 :

Lumière_blanche merci bcp

J'aime Répondre Partager - 19 août 2020 - 14H06 mn

Fil de discussion 3

14 Novembre 2020 – 19 H23 mn

Affoué :

Peut-on guérir du diabète? Si oui les recettes svp

400 Likes 466 commentaires 42 partages

Amlan :

Tape Google ou regarde les personnes de bonne foi, qui donne quelques recettes
inbox arnaque ou veulent vendre, surveille ta glycémie, d'abord commence par
retirer le sucre, pain, riz, manger légumes

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H06 mn



Affoué :

Amlan merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H10 mn

Karim :

Coupe des oignon en rondelle euh avant de dormir porte des chaussettes enmettent
la tranche d'oignon sous ton pied dans la chaussettes.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H26 mn



Karim :

Affoué fais sa chaque nuit .Mais la vidéo de
sa est sur YouTube

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 –
22H16 mn



Affoué :

Karim merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H18 mn

Affoué :

Karim merci pendant combien de temps svp

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H28 mn

Kodjo :

Oui avec JESUS-CHRIST, puis tu bois le gombo

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H31 mn · Modifier



Romuald :

Kodjo l'autre graine là c'est laquelle stp ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H38 mn

Kodjo :



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H40 mn


Romuald :

Kodjo et l'autre graine c'est laquelle stp ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H36 mn

Romuald :

Kodjo avec le gombo il y'a totale guérison ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H34 mn 

Kodjo :

■ Romuald oui le gombo cru ,et une autre graine.j ai des témoignages

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21H35 mn



Romuald :

C'est une question Mr **Kodjo**.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H35 mn

Kodjo :

■ Romuald j ai répondu oui 

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H36 mn


Komclan :

Normalement cette maladie ne se guéri pas mais elle dors seulement pour se réveiller prochainement. Mais pour prévenir prend le gombo exilentus, mange cru

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H07 mn




Amelie :

Faut bien laver les feuilles oh 

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H04 mn

N'gozi :

Les aliments amères et des tisanes 

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H06 mn

N'gozi :

Horti le curcuma, la feuille laurié , l écorce de tienga, et ses feuilles, lumboussi , les feuilles de moringa le Kékéliba,

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H25 mn

N'gozi :

Horti je ne sais pas de quel pays tu est moi le CongoBrazzaville donc nous avons des appellations différents

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H11 mn

Horti :

N'gozi comme quoi?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H10 mn

Abdel :

Stp on ne guérit jamais du diabète..suit ton régime alimentaire,le sportrégulièrement et tes médicaments.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H06 mn



Blaise :

C'est pas le diabète le problème mais la glycémie contrôler sa glycémie c'est tout excellent weekend et bien de choses à vous

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H23 mn



Blaise :

Vu votre nom vous camerounaise ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H41 mn

Blaise :

Buvez bcp d'eau évitez au max les boissons gazeuses exemple coca ,top ,le cube mangez des légumes verts du poisson fumé et pratiquez la marche.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H02 mn · Modifié

Blaise :

Affoué le régime alimentaire est la seule solution

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H11 mn

Affoué

Blaise merci frère. Et lorsqu'on contrôle la glycémie et qu'on constatequ'elle est élevée que doit on faire?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H45 mn

Abdoulaye :

Cherche les feuilles de bambou les faire bouillir. Bois ça matin et soir en suivant ton régime alimentaire

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H36 mn



Affoué :

Abdoulaye merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H39mn

Soraya

Une cuillère de cannelle chaque soir avant de dormir

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H26 mn

Talloua :

Soraya comment on le prépare

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11H39 mn

Soraya :

Aucune idée je sais que c bon pour les diabétiques sans plus franchement

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H36 mn

Amani

Quand quand tu épluche que tes mains sont propres tu la peau et préparer la banane sans laver

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H33 mn



Amani :

Je t'en prie

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20H29 mn

Amani :

Maman a fait deux semaines . Les médecins lui demandaient de montrer sonsecret. Mais elle continue de prendre

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H28 mn



Amani :

Tu enlèves la peau de peut être 8 à 10 bananes pour jeter et tu prépares bien la banane pour obtenir son eau qui peut atteindre 2 litres et mettre au frais. Chaque matin tu chauffe et boire à jeune

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H24 mn



Euphrasie :

Amani, pendant combien de temps?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H26 mn



Affoué :

Amani merci beaucoup

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H29 mn

Malou :

Amani s'il te plaît explique ns très bien donc après avoir éplucher les bananes plantains tu laves avt de les faire cuire?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H30 mn

Mohamed :

Malou S'il te plaît explique moi un peu c'est la banane ou sa peau ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H55 mn

Amani :

Mohamed j'ai bien dis la banane on jette la peau

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H52 mn



Akoua :

Amani Merci beaucoup

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H00 mn



Affoué :

Amani merci que dois je faire pour trouver la guérison? Svp

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H13 mn

Amani :

Affoué Ma mère souffrait de sa dans les mois de février, mars, avril, mai. Nous avons tous fait à l'hôpital et c'est la banane plantainnon mûre qui nous a sauvé

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H20 mn



Affoué :

Amani elle prenait ça comment?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H21 mn

M'beye :

Ma chérie,

Tu n'hériteras d'aucune maladie héréditaire. Ohhhhh. Mange du radis noir radis blanc la cannelle en tisane. Mange les légumes crus le plus souvent que possible. De manière modérée le pain le riz les pâtes. Tu dois avoir une bonne hygiène de vie. 30 mins de marche. Tu me donneras des nouvelles. La maladie ne vient pas de Dieu rejette le diabète dans ta vie

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H03 mn



Clozu :

Je suis diabétique durant 20 ans, la guérison viendra de ce que nous mangerons et boirons. Il faudra juste mettre les aliments sucrés de côté. Sinon croyons en DIEU, il faudra obéir à la LOI de la santé aussi.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H46 mn



Affoué :

Clozu Amen

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H50 mn

Gbadié :

M'beye merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H24 mn

M'beye :

Gbadié au plaisir

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H24 mn

Affoué :

M'beye Amen 11 ans déjà je suis fatiguée elle affecte déjà mes pieds et autres organes

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H05 mn

M'beye :

Affoué Ta langue a le pouvoir d'ordonner à la maladie de quitter ton corps. Je te donne un exemple. Bb fait de la température chez nous c'est culturellllllllllll. Tu lui donnes in Bain, Vicks sur son corps l'huile etc. Pyjamas chaussettes sous les couvertures non? Ce qui arrive l'enfant ce met à transpirer n'est ce pas. Tu n'as pas donner place à la fièvre de rester. C'est de mnm pour toutes les maladies. Tu pries tu ordonnes et tu chasses. Mais sans une bonne hygiène de vie ma soeur hummm hummm

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H29 mn

Ambroise :

Ya le gel d aloe vera qui est regulateur du taux de glicimie dans le sang etdebarassee le colesterol

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H47 mn



Ambroise :

Affoué vous etes de quel pays

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H49 mn · Modifié

Affoué :

■ Ambroise ça se trouve où svp

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H48 mn

Avoula :

écorces de baobab mettre dans de l eau tres efficace pour le Diabète

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H45 mn



Avoula :

c les ecorces qu on met dans de l'eau et boire

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H29 mn

Badi :

Avoula on fait comment bouillire ou leau simple Mr svp

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H54 mn

Affoué :

Avoula comment est sa préparation? Et la posologie svp

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H46 mn

M'bolo :

Dans le sens spirituel, tout mal peu être éradiqué. Ayez seulement la foi et dieu vous donnera la guérison. Sinon, c'est une maladie têtue. Faire infusion des feuilles de coressol. A boire chaque jour matin soir l/2 verre réchauffé toujours.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H18 mn

Danielle :

MON FRÈRE TOUT EST POSSIBLE À DIEU LORSQUE DANS TON ORGANISME IL Y A DES TOXINES DES CALLOTS DE SANG ET LA GRASSE Qui bouche les artères et empêchent la circulation du sang donc le pancréa ne peut plus emettre l insuline pour gérer le taux de sucre dans notre organisme c est là qu on dit qu on a le diabète . voyez tant que on a les toxines dans le corps on peut pas guérir du diabèteet aussi la tension donc pour guérir de toutes ces maladies dite incurables il faut debarasser l organisme de ces toxines ,les callots de sang on peut alors guérir de toutes ces maladies si on fait un traitement.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 08 H04 mn

Jacques :

Danielle raisonnement peu cohérent. Le diabète ne s'installe pas seulement par bouchure des artères mais le plus souvent par destruction descellules bêta du pancréas qui produisaient de l'insuline.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 22 H08 mn



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H22 mn

Flavie :



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H22 mn

Affoué :

Affo grand merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H49 mn

Piotr :

Tout les matins et soir, tu devrais boire du vinaigre de cidre de pomme mélangé dans de l'eau. Le taux de glycémie baisse vachement et c'est très bon pour la santé de façon générale. Mais aussi faire gaffe de réduire les sucres, et aussi réduire les produits à base de farine blanche et les sucres rapide (riz blanc, pâtes, pain blanc, etc) et faire de l'exercice. Le diabète ça se contrôle, mais il faut faire un peu d'effort. Il n'y a pas de formule magique

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 10 H27 mn · Modifié



Mufassa :

Ne prenez plus tout ce qui est sucré et prendre chaque matin au réveil, 1 litre d'eau, dans une bouteille placée au chevet du lit la veille. J'en ai fait l'expérience et aujourd'hui ma glycémie est réglée. Plus de trois ans, le n'arrive même plus à 1g/l, je suis toujours entre 0,98 et 0,76. Mais aussi il faut bien mangé sans excès. Éliminer les bières, les jus. Manger beaucoup de légumes à la banane verte et la bouillir sans épulcher. Prenez de temps à autre un peu de miel et du citron dans de l'eau chaude a matin et soir après le repas. Faites aussi quelques exercices physiques pendant 15 minutes le matin et le soir. C'est salulaire! C'est dire qu'on peut vaincre le diabète par des pratiques strictes. Je suis un témoignage vivant.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 14 H54 mn · Modifié

Adji :

Mufassa je partage votre expérience elle servira aux personnes disciplinés bravo.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 18 H00 mn



Awo :

Franchement je vais essayer ça merci

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 17 H24 mn

Sagna :

Mufassa Merci ma belle ,on a souvent besoin de certaines expériences. Que Dieu t'aide.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 16 H14 mn



Mufassa :

Sagna je ne suis pas une femme.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 16 H16 mn

Sagna :

Merci excuses moi, bonne soirée.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 16 H18 mn

Diagou :

Merci beaucoup

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 16 H01 mn

Karamoko :

Très bon conseil merci beaucoup

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H43 mn

Angoué :

La discipline doit être de rigueur à ce que je vois. Courage...

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15H17 mn

Kpassou :

C'est quoi la Diabète ? C'est juste une élévation du taux de sucre dans ton corps. Alors, avant tout médicament, je vous propose de contrôler strictement votre alimentation. Du moment où vous êtes déclaré diabétique, vous ne devez plus manger :

- les riz de boutique (sauf le riz du village { malououssou})
- cube magie
- Foutou banane
- sel
- huile
- La boisson

NB : consommer assez de crudités surtout oignon, carottes, concombres et latomate. Si vous suivez ça, n'importe quel médicament vous guéri dans peu de temps. Merci

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 21H18 mn

Marie :
Boguinart sûr?



J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 17 H58 mn

Telma :

Tu te feras escroquer par des personnes qui te disent qu'elles soignent le diabète. C'est une maladie une fois installée on l'a à vie c'est à toi de mener une bonne hygiène de vie pour ne pas déséquilibrer ton diabète



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H18 mn

Malan :

Si tu n'as pas encore vu ne dit pas que ça n'existe pas. Sinon il y en a. Ce que la médecine conventionnelle vous a fait croire.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H11 mn

Anicette :

Ça se soigne, moi je connais une femme qui a été guérie de ça

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H29 mn

Anicette :

Telma ça se soigne mon frère

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H28 mn

Marlène :

Decoupez le gombo dans de l'eau et boire de cette eau, ça fait baisser le taux de glycémie dans le sang, considérablement

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H51 mn



Gnonsoa :

Prend le gombo ma sœur tu coupe ça et le mettre dans l'eau ou soit céleri juste le branche et le jus de citron tu me donnera raison

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 17 H24 mn



Gnonsoa :

Diallo tu prend le gombo coupe le dans un litre d'eau le soir et prendre ça le matin avant mm de brosse pendant 3 semaines pour le céleri juste le coupe bouillir ça pendant 10m puis mettre le jus de citron et boire

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 09 H16 mn

Diallo :

Gnonsoa comment procéder svp ??

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 22 H52 mn



Mambo :

Oui c'est bien possible juste par un changement d'alimentation et par la prise de certains micronutriments.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H41 mn

Arthur :

Mambo charlatan qui t'a délivré ton certificat médical ???

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H45 mn

Mambo :

Arthur merci mon frère, depuis quand quelqu'un qui recommande de manger sainement est un charlatan ? Alors tu dois en vouloir à tes parents. Je ne vends rien. Au cas ou tu ne sais la nourritureest le premier médicament que nous avons.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H11 mn



Mohalim :

Arthur toi tu as quel solution ? Si tu ne connais rien ferme la, eux au moins donne des solutions, toi qui pour leurs contredire ?

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H51 mn



Dimba :

Discipline alimentaire et sport



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H11 mn

Ahoulou :

Toutes les maladies sont guérissables, il faut commencer la marche à pieds 1 heure tous les matin ,ayant foi que tu es guéri .Tout est mental, le premier le remède du malade c'est sa pensée merci

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 08 H57 mn



Charly :

Ahoulou je suis d accord

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H57 mn

Ibrahim :

Oui tout simplement en respectant les mesures barrières, font oublier au diabète :

- Éviter la consommation de toute alimentation glucoside.
- Suivi régulier des prescriptions anti-diabétiques
- Contrôle régulier du taux de sucre.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H27 mn



Brigitte :

Ibrahim et faire le sport et la marche rapide ou moin 20 minutes la journée, boire de l'eau en maximum possible : deux verres d'eau avant chaque repas.

Merci **Ibrahim**

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 14 H12 mn

Mokoua :

Cherche 10feuilles sec jaune qui tombe du manguier et les écorces du manguier préparer et noir un verre à bambou matin et soir pendant 3jours et retourner faire le test

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H45 mn



Agoa :

Le diabète est bel et bien guerissable, il y a des produits très efficaces pour ça.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 19 H33 mn

Diaw :

Jenttend avec inpatience

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 23H13 mn

Étant diabétique, l'on doit toujours se rendre à l'hôpital pour prendre l'insuline. Arrêtez de penser que le diabète se guérit définitivement à moins qu'on fasse greffe de pancréas

Merci pour la compréhension

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H16 mn



Telma :

Jacques difficile de faire comprendre les gens que le diabète une fois installé c'est à vie .il faut suivre une bonne hygiène de vie pour équilibrer son diabète

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H12 mn

Jacques :

Amoikon ainsi que moi

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H11 mn

Amoikon :

Benin

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H08 mn

Jacques :

Amoikon vous êtes où ??

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H02 mn

Amoikon :

Nous on guérir

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H01 mn

Jacques :

Wemba je t'ai envoyé d'invitation

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H50 mn



Jacques :

Wemba Hum comment est ce possible ??

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H48 mn

Diem :

Jacques c tellement difficile de le faire comprendre à certaines personnes alors que l'explication est très claire et vraie!

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H45 mn

Fally :

Jacques C est faux moi je vais l'éliminé

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H17 mn



Jacques :

Wemba hum comment est-ce possible ??

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H23 mn

Fally :

Jacques Demain je vais donné mes systèmes pour vousaider

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H45 mn



Kibibi :

Wemba Hum hum voilà quelqu'un qui dit que le diabète ne se guérit pas vraiment on ne comprend plus rien Oum

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H49 mn

Randan :

On peut juste réduire le risque. Quel qu'il soit, le diabète à une cause malheureusement inguérissable.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H47 mn



Gniansou :

Jésus-Christ est l'unique remède à tous vos problèmes

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H49 mn



Pety :

Gniansou il a dit aide toi et le ciel t'aidera vous qui les gens des églises la bien

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 16 H18 mn

Gniansou :

Pety ma sœur, la bible nous dit : par tes métrures que nous, nous avons été guéri. Si tu le crois seulement, tu recevra la guérison direct.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 19 H03 mn

Mambo :

Le diabète est bien guérissable. Il faut avoir le courage de suivre un régime rigoureux et de jeûner pour faire fondre la graisse qui s'est formée autour du pancréas. La nourriture est le premier et le meilleur remède de l'homme.

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 16 H38 mn



Bety :

Bako Konate ok, prompt rétablissement,

J'aime · Répondre · Partager · 22 Novembre 2020 – 21 H14 mn



Ato :

Mambo Ma grande mère a pu échapper à cela grâce à un régime alimentaire radical. le secret c'est le régime alimentaire

J'aime · Répondre · Partager · 22 Novembre 2020 – 17 H06 mn



Mambo :

Ato parfaitement

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 21 H18 mn

Cissé :

Que le tout puissant Allah nous aide à respecter le régime alimentaire et prendre correctement les médicaments je n'est jamais vue quelqu'un guérie du diabète Merci à tous

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 02 H06 mn



Monique :

Cherche stc30

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H44 mn

Monique :

Serges c'est un produit fait à base des cellules souches végétales

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H12 mn

Serges :

Monique on peut avoir la photo

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H19 mn

Monique :

Cissé on guérit du diabète avec STC 30

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 05 H06 mn



Serges :

Monique qu est-ce que vous appeler STC 3o

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H10 mn

Aline Denis :

Cissé diabète ne se guéri pas il se stabilise par la nourriture et médicaments et c'est tout

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 02 H35 mn

Hamid

On se sépare du diabète qu'à la mort. Mais on peut éviter le pire.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H48 mn



Angoué :

FORT JUSTE. IL FAUT OBSERVER UK NE **Hamid** BONNE HYGIÈNE DE VIE ET ON TRAVERSE LES ANNEES// V

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H57 mn



Rachelle :

toute est possible avec Jésus



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 18 H31 mn

Manouan :

Rachelle foutez nous la paix avec Jésus

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 02 H47 mn



Diomandé :

Rachelle et pourquoi les chrétiens construisent des hôpitaux ???

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 20 H10 mn



Inoussa :

Diomandé merci!

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 06 H12 mn

Claude :

svp sinda comme the matin soir forte concentration de sinda,

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H41 mn



Honorine :

Claude svp c quoi sinda? Une photo?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H31 mn

Eugène :

Que la personne mange la sauce du gombo matin midi soir pendant deux semaines aux plus

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H08 mn



Eugène :

Il faut aller sur Google pour rechercher ça. Je ne sais pas comment l'indiquer ça

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 14 H47 mn



Cynthia :

Eugène gombo c'est quoi ?

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H53 mn

Charlotte :

Yasmina si vous êtes en RDC c'est dongodongo

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 18 H00 mn

Rami :

Oui oui

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H18 mn

Eugène :

C'est rassurant

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11H11 mn

Rami :

Je valide

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H44 mn

Mobrou :

Fait 3jours sans manger si tu peut au cas ou grignoter un peut d'eau ça marche va voir ton médecin

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 08 H50 mn

Rose :

Régime sport diminution du sucre vu que tout ce que nous mangeons se transforme en sucre limiter du gras (beurre huile)

J'aime · Répondre · Partager · 18 Novembre 2020 – 12 H15 mn

Ismaël :

Sa ne se guérir jamais Au centre de santé

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H59 mn



Laurent :

Les asiatiques le guérissent bien par des plantes qu'on fait bouillir et boire uniquement pendant 40 j

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 23 H01 mn



Mira :

Le diabète aussi bien que la tension artérielle sont des maladies irréversible s. Quel qu'efficace que soit le médicament, on ne retrouve plus l'état antérieur. Il faut apprendre à vivre avec ce mal et le soutenir par un comportement adéquat.

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 13 H18 mn



Ahounou :

cherche jatropha jus de citron 1 litre et demi prépare ça 15 minutes, boire un verre de bambou 3 fois par jour, ou bien écorce de nem 2 à 3 poignets faire infusion boire un verre de bambou 3 fois par pendant 2 semaines

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H06 mn



Diallo :

Ahounou je ne comprends pas un verre de bambou expliquer moisvp !!!

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 22 H43 mn

Mwana :

Il faut tout faire pour éliminer le sur poids et tu seras tranquille. Je l'ai fait moi même.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H03 mn




Eric :
Remède pour fièvre typhoïde

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H27 mn

Reine :



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H37 mn

Judith :
Faut boire beaucoup d'eau 

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 06 H11 mn

François :
Modifier totalement son alimentation et ces habitudes...sont des maladies liées au mode de vie

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 06 H09 mn



N'dri :
Il semble que le curcuma traite le diabète surtout sucré.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H40 mn

Ferdinand :
Jus de noni de chez akeo, en plus cela aide pour beaucoup de chose et régule différentes soucis du corps selon les personnes. MP si interresser

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 04 H18 mn



Yssan :
Faire bouillir les feuilles d hisope et l écorce et faire de la décoction son eau boire très tiède

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H03 mn



Belounga :
Le diabète est une maladie chronique qui ne se geurit pas.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H49 mn

Treika :
amen

J'aime · Répondre · Partager · Voir la traduction · 14 Novembre 2020 – 21 H04 mn

Bernard :
Faire des feuilles d'avocatier et même du manguier son thé.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H23 mn



Miguel :

Feuille de laurier et sport

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H25 mn

Mokoua :

Et boire je voulais dire

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 07 H45 mn

Marcelin :

Jamais mais diminuer sa tension et suivre les conseils

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H46 mn

Mimie :

Oui oui, avec les graines ou l'huile de nigelle



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H31 mn

Marcus :

■ Mimie mama eeeeh, l'argent est bien

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H02 mn

Mimie :

Marcus



avant k chercher encore sa

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H12 mn

Marcus :

■ Mimie ça fait un bail

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H59 mn

Mimie :

Marcus je te dis, je ss MTN a maroua

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H00 mn

Marcus :

■ Mimie sur là et toi?



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H57 mn

Christiano :

■ Mimie nigelle en lingala et le trouve où? et comment utilisé?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H39 mn

Mimie :

Christiano okune idée, je ss au Cameroun, va demander aucommençant des épices, et montré leur la foto

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H41 mn

Odo :

■ Mimie svp c'est quoi nigelle

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H49 mn

Camille :

Comment l'utiliser ?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H34 mn

Mimie :

Camille consommer les graines avec du miel ou boire le a sd'huile m/m/s,



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H36 mn

Camille :

■ Mimie

Merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H37 mn

Mimie :

Camille jtp miss, je ss une vendeuse en détail et en gros

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H42 mn

Edjué :

Sport, reste actif a tout moment, pas d nourriture gras ou riche en Carbohydrate pendant le dîner.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H56 mn

Alima :

L'hysope. Si tu es intèrés

L'hysope

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H25 mn



Eboué :

Alima l'hysope? recette

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 23 H58 mn

Alima :

Eboué pile les feuilles dans un mortier, ajoute un peu d'eau, tamise et bois un verre matin et soir pendant 4 jours. Vas refaire le contrôle si ça va, dans ce cas tu continues le traitement en prenant 2verres par semaine prochaine stabiliser.

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 10 H12 mn



Eboué :

Alima merci coco

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 12 H06 mn



Gbaguinda :

Faire bain intime l'eau propre mélanger avec jus de citron naturel

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 00 H47 mn



Adjassi :

Bien sûr le diabète est guérissable



J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 16 H07 mn

Ahounou :

Mapio qui t'a dit que le diabète est inguérissable faux tu as menti c'est bien guérissable

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H10 mn



Mapio :

Ahounou eh bien un peu de respect pourquoi me traiter de menteur..envoie moi le nom des personnes qui sont guéries du diabète

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H39 mn

Mapio :

Le diabète est inguérissable



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H45 mn

Tapé :

Mohalim je suis d'accord avec toi. Ma mère a été guérie

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H54 mn

Koudou :

Ah oui ça peut aider

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H23 mn

Mohalim :

Mapio faux, c'est ce que les blancs vous ont fait croire. Toutes maladies se guéri.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 10 H52 mn



Tapé :

Mohalim on peut guérir le diabète je t'envoie le remède en Inbox

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 11 H14 mn

Mohalim :

Mickaël quel genre ? Vous êtes dans quel ville ?

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H53 mn

Mohalim :

Andi je dis que le diabète se guéri bien.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H54 mn



Aline :

Mohalim intéressée. Ke faire pour avoir la guérison

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H58 mn

Ablo :

Mohalim aidez nous autres avec ce remède

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H58 mn

Danis :

Tout se guérit sur cette terre ...



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H23 mn

Danis :

Tous les médicaments naturel qui on des anticorps peuvent guérir le VIH ... quand tu fais pas la maladie

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H11 mn

Junior :
Franck comment tu prepare

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 04 H07 mn

Beibo :
Médicaments et régime

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 17 H01 mn

N'diaye :
Amir tout les jours

J'aime · Répondre · Partager · 18 Novembre 2020 – 10 H44 mn

Claudia :
Il ya un régime à observer pendant la durée du traitement

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H03 mn

Acho :
Salut



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H47 mn

Tienbeogo :
Une plante secrète dénommée phyllantus



J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H43 mn

Tienbeogo :
Abiyou ici à Dakar

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 19 H22 mn

Kolo :
Tienbeogo svp l'image et comment prendre

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 19 H20 mn

Virginia :
Tienbeogo on le trouve où svp

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 18 H39 mn

Abiyou :
Tienbeogo salut Mr svp ou est ce qu'on peut s'en procurer ??

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 13 H55 mn

Kader
Feuilles de goyavier faire bouillir pour boire c'est stabilise plus le respect de l'alimentation sinon ça guerrit pas

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 04 H40 mn · Modifié

Keni :
La culture c'est tout

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 21 H36 mn

Kevin :
Bouille baton canelle boire bon pou diabete li baisse ou taut di sucre Dan ou le cor

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 08 H59 mn



Yolande :
Funcgrec sa ne soigne pas mais stabilise

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H36 mn



Danis :

J'en connais qui a été détecté négatif après .. aujourd'hui il est en Europe .. il s'est fait soigner a la plante ..

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 18 H19 mn

Danis :

■ Angoué, même le VIH

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 18 H18 mn

Angoué :

Danis Attitude optimiste, tu as raison. Il faut avoir la Foi et on est moins stressé...

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 11 H18 mn



Lylie :

Oui les feuilles de banaba

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 12 H47 mn

Bolé :

Explique ça correctement.

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H03 mn

Rania :

Éviter le sucre

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 22 H08 mn

Angoué :

■ Rania le sucre à plusieurs définitions. Les gens pensent uniquement, sucre sucrant mais il y a plusieurs types de sucre à éviter...

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 09 H01 mn

Kady :

Il ya le régime alimentaire

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H43 mn

Emeric :

Une bonne cure de mélasse noir de canne à sucre (cherchez le miracle noir),et surveiller l'alimentation.....

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 19 H40 mn

Barry :

inchAllah

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21H22 mn



Jean-claude :

Ce n'est pas une maladie contrôle juste ton alimentation

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H27 mn



Clémentine :

Prends mandefu ya masangu otokisi , un verre matin soir

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 15 H17 mn · Modifié

Franck :

Préparer les écorces de manguier ,bois matin midi soir jusqu'une semaine. très efficaces

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 00 H24 mn

Bancé :

Bonjour

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 09 H10 mn

Affoué :

Merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H35 mn

Flavie :

J'écoute

J'aime · Répondre · Partager · 17 Novembre 2020 – 09 H48 mn

Gontran :

Fais des recherches sur "jeûne thérapeutique et diabète" sur le net

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 16 H28 mn

Athanase :

La CITRONNELLE



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H36 mn

Antoinette :

Fait bouillir les feuilles de lauriers c'est très bon boire matin et soir

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 19 H23 mn



Antoinette :

■ Angoué Oui tu as déjà utilisé ?

J'aime · Répondre · Partager · 16 Novembre 2020 – 19 H18 mn

Angoué :

Antoinette Feuilles de Laurier, Excellent et cela ne coûte pas cher...

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 23 H01 mn

Mbutu :

Antoinette je confirme mais aussi faire du sport

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 06 H42 mn

Quantin :

Attote original

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H01 mn

Affoué :

■ Quantin c'est quoi svp attote original?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H03 mn

Affoué :

■ Quantin déjà

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H05 mn

Quantin :

Affoué oui merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 22 H39 mn

Bolingo :

Saviez-vous que le bonobo résiste au VIH?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H11 mn



Matanga :

Bolingo pardon comment?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H31 mn

Catherine ;

Bolingo excusez moi mais j'ai lu gombo et pas bonobo

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H25 mn



Catherine ;

Bolingo Que le gombo ne peut être atteint par le VIH
??? Ke ne comprend pas bien sil vous plait

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H18 mn

Bolingo :

Catherine le bonobo. Ils sont atteints mais le VIH disparaît après un temps. Le bonobo est herbivore. Il y a une plante qu'il mange et qui lui donne cette immunité. Les recherches sont en cours en RDC où on trouve 45% des plantes médicinales utilisées dans l'industrie pharmaceutique du monde.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H22 mn

Eméride :

Mange le bonobo 2fois par jour

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H00 mn

Matanga :

Eméride Pardon, que signifie Bonobo et comment ça se consomme?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H20 mn

Sebastien ;

Je vous en prie, veuillez nous envoyer si possible la photo : bonobo

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H04 mn

Eméride :

Sebastien demain je vous envoie la photo

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H14 mn

Eméride :

Affoué cherche seulement là où on va les djeke tu demandes bonobo

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H02 mn

Affoué :

Eméride merci

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H08 mn

Affoué :

Eméride ça se trouve dans kel marché svp ici au Cameroun à douala?

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H01 mn

Bolingo :

Affoué de grâce, ne jamais la viande de bonobos. Il les gènes 99,99% identiques à ceux de l'homme. C'est la capacité de la parole qui le différencie à l'homme.

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H09 mn

N'gozi :

Moi je suis guéri du diabète mon secret numéro 1 C'est la prière , numéro 2 jerespect mon régime alimentaire numéro 3un peut de sport

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H55 mn · Modifié



Mikoto :

Ma maman n souffre depuis 2002 et prend des injections tous les jours matin soir depuis 2010 , ça me rend trop triste

J'aime · Répondre · Partager · 15 Novembre 2020 – 09 H37 mn

N'gozi :

Affoué je suis très sérieuse en ce que je dis Jésus peut tout aujourd'hui ma glycémie est stable entre 0,69 et 0,84, alors que j'avais fait presque un comas diabétique

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H00 mn



Affoué :

N'gozi Amen je crois



J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 21 H03 mn

Nadine :

N'gozi soit béni ma sœur

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H57 mn



Affoué :

N'gozi que le nom du sgr sois élevé, je crois au nom de Jesus Christ

J'aime · Répondre · Partager · 14 Novembre 2020 – 20 H57 mn

Annexe 12: Descriptif détaillé des fils de discussion

Nom du fil	Total Q-R		Q - R Informations sur remèdes naturels (IRN)	Q -R informations sur remèdes mystiques (IRM)	Q-R- Témoignages (T)	Q -R informations maladie fait des puissances occidentales (ITC)	Expressions de la gratitude / satisfaction par rapport aux remèdes (EG)	Informations scientifiques et conseils relevant de la médecine conventionnelle (IS)
Que faire pour baisser l'hypertension artérielle ?	13	Demandes/questions	12	1	0	0	0	0
	154	Apports/réponses	116	11	3	0	8	16
Remède contre le cancer du col rectal d'un jeune homme de 24ans s'il vous plaît aidez-nous on a tout fait des chimiothérapies en vain	39	Demandes/questions	32	2	0	2	0	3
	67	Apports/réponses	37	10	1	10	7	2
Peut-on guérir du diabète? Si oui les recettes svp	66	Demandes/questions	61	0	4	0	0	1
	234	Apports/réponses	136	23	22	3	25	25

Conception magico-religieuse de la maladie - Déni de la chronicité de la maladie	Informations sur remèdes naturels	105	289	394
	informations sur remèdes spirituels et mystiques	3	44	47
	Témoignages de guérison	4	26	30
	informations maladie fait des puissances occidentales	2	13	15
Expressions de la gratitude / satisfaction par rapport aux remèdes		0	40	40
Informations scientifiques et conseils relevant de la médecine conventionnelle		4	43	47
		118	455	573