

Communication en Question

www.comenquestion.com
n° 9, Novembre / Décembre 2017

ISSN : 2306 - 5184

Communication de crise en santé : cas de la fièvre à virus Ébola dans trois localités de la Côte d'Ivoire.

*Crisis communication related to health: case of the Ebola fever in three
communities of Cote d'Ivoire.*

135

Henri Joël SEY¹
Docteur en SIC
jobikpanhou@yahoo.fr

Résumé :

La non-maîtrise de l'épidémie d'ébola survenue en 2014 et qui a fait plus de deux milles (20 000) morts au Liberia, en Sierra Leone et en Guinée est surtout liée aux résistances des populations face aux mesures de protection préconisées par les équipes de riposte. Le présent article met à nu, dans un premier temps, les failles de la politique de communication sanitaire entreprise par les organismes et dirigeants durant cette période dans les pays touchés par l'épidémie d'ébola et dans un second temps, propose la manière d'impliquer les individus dans les choix relatifs à leur propre santé et à celle de la collectivité.

Mots clés : Communication - éducation pour la santé - Flambée - Peur

Abstract :

The failure to manage the 2014 Ebola outbreak that caused more than 20.000 deaths in Liberia, Sierra Leone and Guinea, is mostly linked to the resistance of the population to the protection measures recommended by the response teams. This article reveals at first, the flaws in the health communication policy carried out by organizations and leaders in the countries affected by the Ebola outbreak during this period. Secondly, this article proposes the key to an appropriate and fair communication or sensitization.

Key words: Communication - Health education - Outbreak - Fear

Introduction

Inhérente à l'existence humaine, guérir ou éviter les maladies est la préoccupation des hommes. Pour ce faire, ils recourent à différentes médecines à savoir les médecines traditionnelle et moderne pour acquérir ou maintenir la santé, un état physique intacte. Du côté des gouvernants, plusieurs moyens sont mis à contribution pour éviter à leurs populations de contracter les maladies. Le contrôle d'une épidémie ou d'une maladie fait appel à des moyens différents si l'on se situe en milieu urbain ou en milieu rural. Les principes de base et les méthodes classiques de contrôle de l'infection s'appliquent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Entre autre moyen, nous avons la communication sociale ou communication pour la santé publique. Elle obéit dans sa manifestation à cinq principes dictés par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ces principes sont la confiance, l'annonce précoce, la transparence, l'écoute et la planification, cela est de mise lors de la flambée d'une maladie. En clair, la communication étant inhérente à l'homme et si l'on se fie au célèbre postulat de l'Ecole de Palo alto qui stipule qu'on ne peut pas ne pas communiquer, l'on estime que la quête d'une bonne santé pour les populations passe par une bonne communication. Une communication dans laquelle tout y passe et seuls les objectifs à atteindre sont à portée de vue des initiateurs. Pour éviter aux populations de contracter une maladie donnée, des interdictions sont prises à l'endroit de celles-ci et cela dans la précipitation.

Cela fut le cas pour l'épidémie du SIDA où les messages au début de la riposte présentaient des personnes amaigries, décimées par la maladie et interdiction est faite aux personnes saines d'approcher les personnes malades. Dans la lutte également contre le paludisme sur le continent africain, les messages offrent une série de situation et d'interdiction à l'endroit des populations où interdiction est faite à celle-ci de dormir ou d'avoir leurs habitations à proximité des eaux stagnantes. Aujourd'hui (l'an 2014), pour éviter la maladie ou la fièvre à virus ébola, les autorités ivoiriennes à l'instar des autres pays du continent interdisaient aux hommes de se faire des accolades, de se serrer les mains et

de ne pas consommer de la viande de brousse (les gibiers). Ces interdictions étaient accompagnées de photographies de personnes atteintes de la maladie dans un état très avancé voir de mort. De telles dispositions ne sont pas sans conséquences néfastes.

Ainsi, en Guinée, épicerie de l'épidémie d'ébola en Afrique, il y a eu des morts le Mardi 16 Septembre 2014 qui ne sont pas imputables à la maladie, mais à des heurts provoqués par la peur du virus. En effet, les visiteurs ont été frappés à coups de pierres et de bâtons par une population rendue hystérique par la psychose de la maladie. Au regard de ce qui précède et malgré toutes les campagnes de communication, de sensibilisation initiées à l'endroit des populations, l'on constate qu'il y a toujours des morts causés par les différentes épidémies et les circonstances qui les environnent.

En somme, en situation épidémique, les communications faites le plus souvent dans la précipitation ne tiennent pas compte des réalités du moment favorisant du coup l'ampleur de la situation d'une part et la peur chez la population d'autre part. De cet état de fait, survient un problème à savoir la crainte et le rejet des messages en période d'épidémie par la population eu égard à la tonalité tragique qu'adoptent lesdits messages. Pour mener à bien cette réflexion, nous aurons à présenter la conception anthropologique de la maladie, à examiner la communication sociale faite autour des maladies, à tirer la contre-productivité des communications en situation endémique. Signalons que notre enquête s'est déroulée dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané situés dans l'ouest de la Côte d'Ivoire.

1.- Conception anthropologique de la santé

Rappelons de manière générale que l'anthropologie de la santé repose sur le postulat que la maladie est traitée par les populations selon des modalités différentes, les sociétés et repose sur des croyances déterminées. C'est l'idée qu'un même symptôme organique n'a pas partout la même cause, signification

ou le même traitement. Cependant, les représentations de la maladie et de la santé, qui sont au centre des préoccupations de toute société, portent la marque de la culture. C'est idée est semble-t-il confirmée par de nombreux travaux anthropologiques dont ceux de Murdock, Jacobson & Westerlund et Augé & Herzlich qui montrent que la maladie a une dimension sociale et culturelle d'où son interprétation et son explication varient selon les sociétés.

Les études de Murdock offrent une distanciation entre les théories de la causalité naturelle des maladies et les théories de la causalité surnaturelle. D'une façon générale, l'auteur aboutit à la conclusion qu'il existe une prépondérance, à travers le monde, d'attribution de causalité surnaturelle de la maladie dans toutes les croyances, en particulier en Afrique, où elles prédominent². Sur cet aspect, Augé va plus loin en pensant que le système de santé africain est *pluriel* c'est-à-dire qu'ils y coexistent plusieurs traditions médicales qui ne s'excluent pas les unes les autres, en particulier en Afrique où le traitement de la maladie est souvent à la fois social et biologique. Du coup, l'on ne doit pas se contenter seulement de soigner le corps malade, mais il faut s'attaquer également à ses causes sociales³.

Le cas spécifique des départements de Facobly, Kouibly et Danané nous permettra, d'une part, de mettre en exergue comment les populations Wôbé et Dan se représentent ou conçoivent les maladies d'une part et d'autre part, d'analyser comment elles sont vécues dans leur milieu. Les maladies dans ces zones sont souvent la résultante de croyances populaires établies depuis des générations. Chez les Wê tout comme chez les Dan, la maladie peut être d'origine diverse soit elle peut provenir de Dieu, c'est ce qu'ils appellent les maladies naturelles c'est-à-dire une sorte de punition lorsqu'un individu transgresse leurs lois divines, soit d'un mauvais sort que quelqu'un qui vous veut du mal vous jette. Cette diversité dans la conception de la maladie

² Murdock, G. P. (1980). *Theories of Illness: A World Survey*, Pittsburgh: University Press.

³ Augé, M. (1995). *Biological Order, Social Order: Illness, an Elemental Form of Event*.

intervient bien entendu dans le recours aux soins. C'est cette idée que soutient Lovell (1995) lorsqu'il affirme que : « *certains troubles affectent seulement la surface du corps ; il est question de maux externes et bien visibles. Ce type d'affliction est souvent épisodique et sans conséquences à long terme. Par contre, toute maladie prolongée sera traitée différemment. En effet, plus une maladie est persistante, plus il devient impératif d'en identifier la cause véritable, qui est souvent d'ordre social. Le plus souvent, celle-ci est perçue comme étant liée à un déséquilibre de la personne vis à vis des ancêtres, des divinités ou de son groupe lignager. Ce « désordre cosmologique » ne peut être soumis ni à l'hôpital, ni au dispensaire. Les véritables causes échappent aux compétences de ces établissements.* »

Ainsi donc, le Wôbé ou le Dan qui veut connaître l'origine de sa maladie, par exemple, ira interroger le guérisseur. C'est seulement après que le malade saura le mode de traitement à suivre pour se soigner. Les pratiques médicales des sociétés découlent de certaines croyances. Ces manières de procéder sont largement diffusées au sein des populations (Wê et Dan) quel que soit leur niveau de scolarisation. C'est après avoir exploré ces modes de guérison qu'interviendra le traitement biomédical si et seulement si la maladie persiste. Ces pratiques sont identiques chez les Bisa du Burkina Faso où la maladie en tant qu'événement malheureux génère des pratiques qui débordent du champ médical. Chez ceux-ci, l'apparition de la maladie est souvent interprétée comme une sanction infligée par les ancêtres d'une conduite reprouvée par la société telle que le vol, l'adultère le manque de respect aux personnes âgées et sept (7) sortes d'agents peuvent envoyer la maladie à savoir : les Ancêtres, Dieu, les Sorciers, les Génies, les Jumeaux, le Destin et les Guérisseurs. Chez ce peuple, les maladies peuvent être imputées à plusieurs agents (Sylvie Fainzang, 1986). Donc on va alors faire appel à un devin qui va faire un état des lieux du contexte dans lequel le patient est tombé malade.

Les stratégies de guérisons suivent deux modes. La première méthode, consiste à chercher à connaître la cause de la maladie chez le devin et la seconde permet de soigner le mal chez le guérisseur. En clair, une explication de la maladie ne va pas se résumer au seul constat de la manifestation pathogène d'un germe

mais va s'expliquer comme une conjonction de facteurs, liens physique, psychologiques, sociologiques ou culturels. Les populations locales de ces départements, lieu de notre étude, sont solidaires de leurs malades. Elles apportent soutien aux malades en étant à leurs côtés durant la maladie. Elles estiment par ailleurs que celui qui vit la maladie n'a pas demandé à être malade d'où leur soutien pour l'amener à vite recouvrer la guérison et cela quelle que soit la maladie.

L'ensemble des représentations des individus en ce qui concerne l'épisode de maladie aiguë constitue une représentation sociale de celle-ci. Cette référence commune⁴ amène certaines attentes envers le malade où celui-ci doit agir en conformité aux prescriptions comportementales que la société a prévues à cet effet pour favoriser la guérison⁵. Pour conclure cette partie, nous voudrions terminer en annonçant que « *la maladie est d'abord un fait social : sa nature et sa distribution sont différentes selon les époques, les sociétés et les conditions sociales*⁶. »

2.- La communication sociale lors des flambées des maladies

La communication pour la santé est une communication qui obéit certes à des règles mais lorsqu'elle est mal menée, cela entraîne des conséquences le plus souvent désastreuses. Communiquer sur la santé est la tentative systématique d'influencer positivement les pratiques de santé des populations tel semble être l'important enjeu que visent les actes de communication en période d'épidémie. Pour Graeff et Elder, l'objectif principal des communications sociales en matière de santé est d'apporter des améliorations dans les pratiques liées à la santé et, à son tour, l'état de santé. De façon succincte, une campagne de santé réussie, doit survivre la procédure "RASMICE" (Review of the Analysis of the Situation Matrix of Information, Communication and Education) du Modèle

⁴Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris: Seuil.

⁵Ewan C., Lowy E. & Reid J. (1991). Falling out of culture : the effects of repetition strain injury on sufferers'roles and identity. *Revue Sociology of health & illness*, n°13, Vol 2, pp 168-192.

⁶Herzlich, C. (1984). *Médecine moderne et quête de sens*. *Revue Le Sens du mal - Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*.

de communication qui vise la persuasion de McGuire. Ce modèle se décline en sept étapes qui sont : revoir les réalités, analyse axiologique, étude de la situation socioculturelle, cartographie de la matrice mentale, cibler les thèmes, construire la communication et évaluer l'efficacité. Cela dit, comparons la communication pour la santé pratiquée en période de l'épidémie du SIDA d'alors et celle pour la fièvre à virus ébola. De prime abord, lors de l'apparition du VIH/SIDA dans le monde en général, en Afrique en particulier et spécifiquement en Côte d'Ivoire, l'on a assisté à une kyrielle de messages sur ce fléau des temps modernes.

Le pays a vu ses murs et tous ses supports de communication envahis d'images de personnes squelettiques, dévastées par la maladie, les images d'un virus frisant la laideur, des slogans tous azimuts tels que *le sida ne passera pas par moi ; n'utilise pas les objets utilisés ou souillés de sang des malades ; J'ai fait mon test et toi ? ; Si tu fais rien, y a rien ;* etc. Malgré cette flopée de slogans, la situation demeure quelque peu inchangée vu que des personnes continuent de contracter le virus du VIH/SIDA et d'en mourir.

Pour la maladie à virus ébola qui a fait près de cinq mille (5 000) morts dans le monde en six (6) mois de présence (OMS), une série de mesures a été prise par les dirigeants ivoiriens à savoir l'interdiction de se donner les accolades ; l'interdiction de se serrer les mains ; l'interdiction de consommer de la viande de brousse ; l'interdiction de toucher les personnes atteintes et/ou mortes de cette maladie ; etc. ; ces mesures prises dans la foulée semble-t-il vise la limitation des dégâts causés par ce virus. Cependant des personnes continuent de se serrer les mains, de se donner des accolades, de consommer de la viande de brousse sans crainte. De tels comportements supposent, d'une part, que les interdictions ne sont comprises de la cible et de l'autre les messages véhiculés sèment la panique chez la population. Tout prêt de nous, en Guinée, la communication autour de cette fièvre hémorragique à virus ébola a fait des victimes chez les agents de santé commis pour la sensibilisation de la population Guinéenne sur les manifestations et les conséquences de cette

maladie eu égard au fait qu'elle était tétanisée par l'ampleur néfaste des messages qui ont été véhiculés par les autorités et elle a décidé de réagir en exécutant huit personnes, les agents de sensibilisation. L'on voit au travers de ces mesures une opposition aux canaux de communication traditionnels cardinaux de la société ivoirienne et africaine.

Il ressort de nos entretiens que les populations vivant dans les populations des régions frontalières avec les pays de la Guinée et du Libéria, ont une claire conscience de la gravité de cette maladie qui continue de causer assez de morts dans les pays et régions où elle survient. Les populations ont laissé entendre que les messages délivrés par le gouvernement sont difficiles à comprendre. Le niveau de langue et la langue utilisés dans les sensibilisations ne sont pas adaptés à la cible. Ces messages sont opposés à leurs valeurs communautaires qui sont la fraternité, le rapprochement et surtout l'entraide. Leur demander de ne plus se serrer la main, de ne plus se donner des accolades (Attou) constituent pour eux une dislocation de leur société, de leur cercle familiale, de leur relation. Elles affirment même ne pas pratiquer ces mesures au quotidien car estiment-elles *si elles doivent mourir c'est que c'est ce que Dieu à décider* et ces mesures sont faites pour les hommes qui vivent en ville et non pour ceux qui sont dans les villages « *parce qu'au village, c'est nous-mêmes qui nous occupons de nous.* » (nos enquêtes). En clair, elles estiment qu'en ville, les relations entre hommes sont distantes et c'est cela que le gouvernement veut créer dans les villages. Elles croient aux valeurs ancestrales à eux léguer par leurs parents.

Ne pas consommer la viande de brousse est pour les populations rurales un affront qu'elles ne peuvent admettre puisque c'est cette viande qu'elles affectionnent eu égard à la cherté du kilogramme de la viande de bœuf sur le marché et les populations qui vivent dans les campagnes n'ont que la viande de brousse pour *meubler ou équiper* leurs soupes. Alors comment peut-on leur demander de ne pas consommer la viande de brousse? Un des participants à

cette enquête nous a rapporté un fait qui s'est passé dans un village situé dans les environs de Man :

« Un chasseur aurait été appréhendé par les forces de l'ordre avec en sa possession un rat et des agoutis qu'il a abattu. Ceux-ci l'ont mis en garde à vue durant une semaine et lorsqu'ils l'ont relâché, celui-ci a promis de toujours manger la viande de brousse quelle que soit la situation. »

Les populations vivant dans les villages n'admettent pas le fait de ne pas consommer la viande de brousse vu que la chasse est leur activité quotidienne et cela leur permet d'avoir de l'argent à travers la vente des gibiers et souvent les gibiers servent de menu principal dans leurs alimentations. Pour finir, un autre participant trouve que c'est une façon pour les autorités de les amener à ne plus chasser en leur disant que ce sont les animaux qui transmettent le virus d'ébola.

Au-delà de ce qui précède, les réactions des populations à l'endroit des messages véhiculés par les autorités sont alarmistes, ce qui stimule le refus des populations de les mettre en pratique, d'ironiser sur la dénomination de cette maladie que certaines personnes qualifient de « *Deborah* ». C'est dire qu'une telle situation ne permet pas l'atteinte des objectifs du gouvernement ivoirien et cela constitue une porte ouverte pour l'entrée de la maladie à virus ébola en Côte d'Ivoire.

3.- Contre-productivité des messages de santé, de la communication en situation endémique

Les éléments rassemblés, dans cette partie de notre étude, sont issus des affiches et messages ayant servi à la campagne de sensibilisation contre ébola menée en Côte d'Ivoire et dans les pays limitrophes où cette maladie a sévi (Guinée, Sierra Leone et Liberia). Une analyse sémiologique des communications pour la santé durant cette campagne, nous permettra d'en déceler les failles. Ces analyses sont également fonction des réactions des

populations des départements de Facobly, Kouibly et Danané à la vue des dites affiches de sensibilisation élaborées par les services du Ministère de la Santé.

Les messages de communication pour la santé publique que véhiculent les autorités de nos jours sont des messages emprunts de grotesques, ils sont remplis d'aspects trop négatifs pour susciter un changement de comportement chez les populations ivoiriennes.

Pour preuve, nous observons les photographies ci-dessous extraites des messages de sensibilisation sur la maladie à virus ébola faite à l'endroit des policiers en service dans les régions frontalières ivoiriennes à la Guinée et le Libéria. À la vue de ces images, les populations sont prises de peur et de panique devant cette maladie. Le processus de montrer la gravité de la maladie aux populations a plus ou moins atteint sa cible mais sans pour autant la convaincre. La communication, n'a pas été gérée de la manière la plus efficace qui soit et cela a entraîné entre les équipes médicales et les communautés une incompréhension qui n'a fait qu'accentuer la flambée de l'épidémie.

145

Au tout début de l'épidémie, les messages que véhiculaient les organismes nationaux et internationaux sur cette maladie étaient, à première vue, destinés aux populations mais au fond, ils (les messages et affiches) étaient à l'intention de la communauté internationale, des messages très inquiétants qui ont trouvé beaucoup d'écho chez ces derniers mais ont été une source d'horreur pour les populations. Le danger représenté dans les messages déclenche une peur plus ou moins intense chez les cibles. Sous l'angle psychologique, la peur renvoie à une réaction affective évaluée négativement et générée par l'identification d'une menace personnellement pertinente.

Elle est accompagnée, d'une part, de réactions physiologiques (augmentation du rythme cardiaque) et d'un haut niveau d'éveil, d'autre part, d'expériences subjectives verbalisables et, enfin, d'expressions corporelles, notamment faciales (COURBET 1999, p. 244). Dans le cas extrême d'une peur trop

intense, l'attention de l'individu se détourne du média, la communication est rompue. Le message non regardé dans sa totalité n'est donc pas accepté. C'est ce qu'a voulu souligner Jérôme Mouton, le chef de mission de Médecins Sans Frontières (MSF) en Guinée lors d'un entretien accordé à *SciDev.Net* en ces termes :

« la peur est un élément important de tous les problèmes qu'on a eus face à Ebola ; elle n'a jamais aidé les gens à réfléchir correctement. Quand on a peur, on ne raisonne plus ».

Pour dire que la personne met en place des mécanismes de défense qui le conduisent logiquement à émettre des réponses a priori illogiques ou opposées au comportement que l'on veut installer : accroissement du sentiment d'invulnérabilité, déni du danger, minimisation de la menace, décredibilisation de la source, émission de comportement inverse, etc. En clair, une assez forte peur diminue les capacités du sujet à s'engager dans un traitement (Baron et al., 1994 ; Chaiken et al., 1996). En d'autres termes, la peur perturbe le traitement efficace du message. Dans le cadre de la lutte contre ébola, face à la peur déclenchée par les messages, l'individu met en place un traitement pour la contrôler ou la diminuer : plus le degré de danger est fort dans le message et plus ce dernier est répété, plus la peur ressentie croît et plus le sujet met en place, de manière automatique, un traitement défensif : il est alors optimiste et pense alors qu'il est moins vulnérable.

Lors de la survenue de l'épidémie d'ébola en Afrique de l'ouest, les messages diffusés annonçaient dans un premier temps qu'*« ébola est une maladie qui tue à presque tous les coups et que c'est une maladie qui ne se soigne pas. »*, dans un second temps que *« cette maladie a des symptômes extrêmement peu spécifiques qui peuvent facilement être confondus à ceux de nombreuses autres infections comme le paludisme, la fièvre ou une intoxication alimentaire... »* Avec de tels propos, obtenir une réponse mesurée et réfléchie de la part de la population n'est guère évident, étant donné que cela renforce davantage en eux la peur. En conséquence, n'ayant pas une bonne acceptation de l'existence de cette maladie chez les populations, il y a très peu de chance de voir les gens se précipiter dans les structures de santé spécialisées pour rechercher des soins et la possibilité d'être traités. Lorsqu'en

plus de cela, on y ajoute l'aspect peur, force est de constater que les populations n'oseront pas se rendre dans les structures de soins parce qu'ils se disent que de toutes les façons, qu'aucun soins ne leur sera donné en vue de retrouver la guérison. Pour faire bref, face à un message représentant un danger, le récepteur ou l'être humain met en place deux types de réponses en parallèle : s'il est atteint d'une part par la maladie, il traite le danger lui-même, il tente de contrôler le danger par un processus de résolution de problème ; d'autre part, l'homme sain, quant à lui, tente de diminuer la peur que déclenche le message (Leventhal, 1970). Plus la menace est forte, plus il a l'intention d'émettre un comportement qui diminue cette menace.

Par ailleurs, les interdictions proférées par l'État de Côte d'Ivoire sont d'un accès difficile pour la population rurale. Celle-ci estime que ces messages sont opposés à leurs valeurs communautaires qui sont la fraternité, le rapprochement et surtout l'entraide. Leur demander *de ne plus se serrer la main, de ne plus se donner des accolades (Atton)* constituent pour eux une dislocation de leur société, de leur cercle familiale. Les adultes tout comme les jeunes se disent à la fois attirés et effrayés par les images montrant la maladie et la mort. Ils sont demandeurs de communications qui font appel à des émotions fortes mais distillées par de l'humour. Avec l'humour, cela permet d'accrocher leur attention, de dédramatiser, d'y faire référence entre copains ou amis. Les propos ci-dessous relatent bien cet état de pensée des membres de la population visitée :

« Je trouve que l'humour fait mieux passer le message. C'est pas parce que c'est quelque chose de grave qu'on doit prendre une voix grave et être grandiloquent. Ça passe pas forcément plus. »

Les images crues et gratuites sont cependant source de malaise pour certains jeunes. Elles heurtent leur sensibilité. Du coup, tout cynisme est ressenti par ceux-ci comme insupportable.

*« Les images sur ébola qu'on nous montre là sont atroce, comme ça, moi ça me traumatise. Je suis vraiment choquée qu'ils montrent ça à la télé. »*Charlotte, 18 ans, à propos des images présentées ci-dessus.

Notre étude observe que l'utilisation de la violence visuelle gratuite pour communiquer sur les risques est source de traumatisme et risque fort de renforcer les angoisses sans structurer la réception du message. Les images fortes, telles celles utilisées par les représentations de l'Institut d'Hygiène de la Santé Publique des régions du Tonkpi, du Guemon et du Cavally, peuvent cependant être à l'origine d'une prise de conscience si elles sont utilisées à travers une mise en scène subtile qui joue sur des codes fictionnels identifiés comme tels et laissant la place à une éventuelle issue positive.

Les populations sont donc en attente de proximité dans la forme donnée à la communication. Elles souhaitent qu'on vienne à leur rencontre là où ils sont. L'Institut d'Hygiène et les hôpitaux disposent d'un champ d'action relativement large à cet égard et les opportunités d'innovation sont nombreuses en ce qui concerne les supports, la manière de délivrer les messages et la créativité. Il est important de mettre en place un dispositif qui forme un tout cohérent entre média et hors-média et d'être présent sur le terrain pour être en phase avec une population et une culture en mouvement permanent. C'est d'ailleurs ce que font toutes les marques commerciales qui ont du succès.

Enfin notons que la possibilité de communiquer sur la santé en direction des adultes et des jeunes de manière différente existe et cela se peut faire en valorisant davantage les bénéfices liés à la non-manipulation des corps des personnes qui seraient décédées de la maladie à virus ébola, le fait de ne point se serrer les mains, de ne plus se donner les accolades, en mettant plus l'accent sur le plaisir, le gain et le bien-être que sur le risque, en valorisant le droit à la vie sans avoir à payer de sa personne, en établissant des passerelles entre différentes conduites à risques ou encore en faisant prendre conscience aux

populations des manipulations des personnes véreuses telles les charlatans, les guérisseurs, etc.

4.- La clé pour une communication ou sensibilisation adaptée et équitable

Pour juguler l'ampleur d'une épidémie au sein d'une population, cela passe par un dialogue avec la cible sur les nécessités et sur les contraintes de la maladie. Lorsque nous sommes en présence de traditions, qu'elles soient séculaires ou religieuses ancrées depuis des centaines d'années, il est primordial d'en parler et convaincre tout d'abord les garants de ces traditions (c'est-à-dire les autorités religieuses comme les imams et les prêtres, les guérisseurs traditionnels, les chefs traditionnels, etc.). Une fois que ces personnes sont convaincues de l'intérêt pour leurs populations de suspendre temporairement certaines traditions dans un intérêt de santé publique, la communication avec la population devient beaucoup plus facile.

149

Pour aborder ces questions, point n'est besoin de choisir la voie de la presse, ni par une publicité affichée sur un mur ou par un message diffusé à la télévision ou à la radio mais ces messages ne peuvent être adressés qu'au niveau des communautés ; en allant parler avec chacune des personnes directement impliquées. En zone rurale tout comme urbaine, il faut identifier les différentes communautés à l'intérieur afin de pouvoir atteindre vraiment toute la population. C'est un travail de fond et l'objectif ne peut pas être atteint par des voies de communication classiques de masse. Il ne faut pas négliger cet aspect de descendre au niveau de chacun des porteurs d'autorités dans les communautés car cela permet de résoudre le problème sanitaire et/ou comprendre les résistances.

« Avec le soutien et l'acceptation totale de la population, lutter, contenir et éradiquer une épidémie d'Ebola ne devrait pas être aussi difficile. Par contre, le faire en rencontrant des résistances de la population, cela est plus que difficile voire impossible. » (Jérôme Mouton, le chef de mission de Médecins Sans Frontières en Guinée)

En ce qui concerne les gouvernants, il convient de laisser travailler les organisations internationales, les ONG, etc. dans lutte contre l'épidémie. Il faut mettre l'information à la disposition des médias nationaux, envoyant par exemple les ministres dans les régions dont ils étaient originaires pour communiquer avec les populations. En cas d'épidémie, la première chose qu'il faudrait faire à une grande ampleur est la sensibilisation et l'éducation à la santé des populations.

C'est-à-dire informer les populations de la situation sanitaire, leur fournir les solutions pour la surmonter et amener la cible à mener des actions de prévention. Par ailleurs, tout au long de la vie de l'individu, il doit être formé de sorte à ce qu'il acquière les aptitudes indispensables à la prise en charge de sa vie ; que l'accès aux informations sur les maladies, leurs traitements et les manières de se protéger lui soit facilité; que l'utilisation de manière optimale des services de soins lui soit aussi facilité ; impliquer l'individu enfin dans les choix relatifs à sa propre santé et à celle de la collectivité. Car, avec le soutien et l'acceptation totale de la population, lutter, contenir et éradiquer une épidémie d'ébola ne devrait pas être aussi difficile. Par contre, le faire en rencontrant des résistances de la population, cela parait difficile voire impossible. Il est primordial d'avoir l'adhésion totale des populations et cette adhésion passe forcément par leur éducation à la santé, par leur compréhension de la question.

En outre, face au multilinguisme africain, il urge de bâtir des messages de sensibilisation dans les langues locales des populations. Le modèle de communication retenu doit intégrer les traits saillants de ce multilinguisme à savoir la fragmentation linguistique, l'asymétrie du statut des langues et la prédominance de l'oralité qui est le mode de communication privilégié dans presque tous les domaines des sociétés africaines. Les savoirs susceptibles d'influer sur les comportements sont les savoirs négociés et validés par la communauté, plutôt que le résultat d'un procès psychologique d'appropriation individuelle (Bearth, s.p.3.1).

La cinématographie, les spots télévisés en langue locale et les témoignages des personnes ayant été guéries sont des clés pour une sensibilisation complète et totale. Cela (les témoignages des personnes ayant été guéris) fut le cas en Guinée, selon les propos de Jérôme Mouton (le chef de mission de Médecins Sans Frontières en Guinée), au plus fort de l'épidémie d'ébola survenue en 2014.

« Je connais quelqu'un qui se trouve être un patient guéri d'Ebola et qui travaille pour le suivi des contacts à Conakry. Il se promenait dans le centre-ville à la recherche d'une concession dans laquelle il devait suivre des contacts. Il demande son chemin à deux hommes tenus devant une concession. Ceux-ci lui posent la question de savoir ce qu'il fait, et il leur répond qu'il travaille pour la riposte à Ebola. Et ses interlocuteurs de lui rétorquer qu'Ebola n'existe pas. Comme il a un peu de temps devant lui, il continue la conversation avec les deux messieurs en leur demandant s'ils ont déjà vu quelqu'un qui est guéri d'Ebola et ils lui répondent "non". Il leur montre alors le document qui atteste qu'il a contracté la maladie et qu'il en est guéri. Les deux hommes sont intéressés et l'invitent à entrer et à discuter avec toute la famille. Au bout d'une dizaine de minutes, ils lui disent : "venez voir". Ils l'emmènent alors au fond de la concession, ouvrent une porte et lui font découvrir trois ou quatre personnes qui étaient malades, en lui demandant si elles pouvaient souffrir de l'Ebola. Une équipe d'alerte est venue transporter les patients vers un centre de traitement où les tests ont confirmé que c'était bien des cas d'Ebola. Donc, vous avez une situation où des patients sont en train de mourir à la maison et il y a des gens qui continuent de dire qu'Ebola n'existe pas. Puisque si ces malades n'avaient pas été détectés, ils auraient développé encore plus de symptômes, seraient devenus plus contagieux et auraient probablement contaminé bien d'autres personnes dans cette concession et cela n'aurait fait que répandre un peu plus la maladie. »

Conclusion

En somme, communiquer sur la santé en Côte d'Ivoire, tout comme en Afrique et dans le monde, la prise en compte d'un certain nombre de facteurs tel que stipulé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à savoir *la confiance, l'annonce, précoce, la transparence, l'écoute et la planification*. Selon cette organisation, en période de flambée de maladies, la communication proactive à l'endroit des populations devient plus que nécessaire. Ainsi, les états se forcent-ils de suivre cette ligne directrice dictée par l'OMS. Cependant, la communication sur la santé publique dans nos états en général, de la Côte d'Ivoire de nos jours est

emprunte de drame. Elle se déroule dans un contexte trop alarmiste de sorte qu'elle crée une crainte, de la peur chez les populations. Les autorités n'ont de soucis que de proférer des interdictions ou d'indiquer des attitudes à adopter de la part de la population. Cette manière de procéder n'est pas sans conséquences. Au milieu de l'année 2014 est apparue en Guinée, Libéria et Sierra Leone (pays situés en Afrique de l'Ouest) la maladie à virus Ebola.

Dans ces pays et les états voisins tel la Côte d'Ivoire, des séries de communication sur les effets de cette maladie sont mises en place en vue d'informer les populations mais voilà qu'au lieu de les informer, les gouvernants ont créé la psychose au sein de celles-là, occasionnant des morts chez les agents de sensibilisation sur cette maladie en Guinée. En Côte d'Ivoire, les populations en générale et celles des départements de Danané, Facobly et Kouibly sont choquées devant les images que leur montrent les agents de santé publique. Cela crée en eux une certaine défiance à l'autorité et la non observance des mesures arrêtées. De telles pratiques prouvent une contre productivité des messages de lutte contre la maladie à virus Ebola chez les populations ivoiriennes et désormais, aucune importance ne sera accordée à la communication des autorités dans le secteur de la santé. Cette étude s'est évertuée à mettre à nu les ratés de la communication pour la santé publique pratiquée en Côte d'Ivoire durant la flambée de la maladie à virus Ebola et ses conséquences.

Bibliographie

Auge, M. (1995). *Biological Order, Social Order: Illness, an Elemental Form of Event*.

Bardin, L. (1996). *L'analyse de contenu*. Paris : PUF.

Beaudoin, N. (1998). *Les adolescents et leurs perceptions des messages anti tabagiques selon le modèle de la construction de sens*, mémoire de maîtrise au département de communication de l'Université de Montréal.

*Communication de crise en santé : cas de la fièvre à virus Ébola
dans trois localités de la Côte d'Ivoire*

Bontempsr., Cherbonnier, A., Mouchet, P. Trefois, P. (2004). *Communication et Promotion de la santé (2è éd)*. Belgique : Question Santé.

Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques, Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil.

Courbet, D., Priolo, D. et Milhabet I. (2001). *Communication persuasive et santé publique : effets de la vivacité et de la répétition des messages sur l'optimisme comparatif et sur l'intention comportementale*. Revue Internationale de Psychologie Sociale, n°14, Vol IV, pp163-175.

Courbet, D. (1999). *Puissance de la Télévision. Stratégies de communication et influence des marques*. Paris: Harmattan.

Elizabeth, S. (2015). *Communication de crise sur Ébola : Faits et chiffres*. Dossier spécial sur la gestion de la communication des crises sanitaires après Ébola. DOI : www.scidev.net.

Ewan, C., Lowy, E. & Reid J. (1991). *Falling out of culture: the effects of repetition strain injury on sufferers' roles and identity*. Revue *Sociology of health & illness*, n°13, Vol 2, pp168-192.

Gabay, M. (2001). *La nouvelle communication de crise*. Paris: Stratégies.

153

Girandola, F., (2000). *Peur et persuasion : Présentations des recherches*. L'Année Psychologique, 100, pp 333-376.

Herzlich, C. (1984). *Médecine moderne et quête de sens*. Revue *Le Sens du mal*.

Libaert, T. (2001). *La communication de crise*. Paris: Dunod.

Milhabet, I., Verlhac, J. F. et Desrichard O. (2001). *Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif*. Revue *Perspectives cognitives et conduites sociales*.

Murdock, G. P. (1980). *Theories of Illness: A World Survey*. Pittsburgh: University Press.

Reveret, R. et Moreau, J. N. (1997). *Les Medias et la communication de crise*, Economica.

Rice, R., E. & Atkin, C., K., (dir.) (2001). *Public communication campaigns (3rd edition)*, Thousand Oaks. CA: Sage.

Sartre, V. (2003). *La communication de crise*. Demos.

Simard, G. (1989). *Animer, planifier et évaluer l'action. La méthode du focus group*. Québec : Éditions Mondia.

Sylvie, F. (1986). *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris : Harmattan.

Vigeant, C. (2010). *Analyse de réception d'un message de santé le cas de la campagne gouvernementale fausse note*. Mémoire de maîtrise en communication. Université du Québec.

Westphalen, M.- H. (2003). *Communicator*. Paris : Dunod.

Wolton (2005). *Psychologie sociale et communication*. Paris : Hermès.