

Problématique de la communication pour la santé en pays Wê et Dan à l'ouest de la Côte d'Ivoire

Sey, Henri Joël

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Sey, H. J. (2016). Problématique de la communication pour la santé en pays Wê et Dan à l'ouest de la Côte d'Ivoire. *Revue de Littérature et d'Esthétique Négro-Africaines (ILENA)*, 3(16), 152-175. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-93580-7>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/1.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/1.0>

PROBLÉMATIQUE DE LA COMMUNICATION POUR LA SANTÉ EN PAYS WÊ ET DAN À L'OUEST DE LA CÔTE D'IVOIRE.

SEY Henri Joël

Doctorant

Communication

spécialité : Communication pour le développement, UFRICA

UFHB

jobikpanhou@yahoo.fr

RÉSUMÉ

La Côte d'Ivoire, à l'instar des autres pays d'Afrique, rencontre encore d'énormes problèmes de santé. Alors, pour mieux les combattre, assurer par la même occasion des soins de santé de qualité et financièrement accessibles à leurs populations, l'état a pris des mesures et entrepris des campagnes de sensibilisation tous azimuts à l'endroit de la population. Inadéquation entre les langues choisies pour véhiculer les informations, inexistence de communication engageante, manque de communication persuasive, la non-prise en compte des croyances des populations et le manque de choix efficient de plan média sont cependant autant de maux qui fragilisent le dispositif de communication pour la santé en Côte d'Ivoire.

Dans une telle situation, les populations adoptent des comportements les exposant davantage aux maladies et recourent à plusieurs itinéraires thérapeutiques pour résoudre leur problème de santé. L'étude révèle l'existence d'une corrélation très significative entre l'intention de changer de comportement et la langue utilisée vis-à-vis des populations dans la diffusion des informations de santé. En effet, de l'observation des zones de notre enquête (les départements de Facobly, Kouibly et Danané), il nous a été donné de constater qu'il existe une influence des langues locales (Dan et Wê) sur la communication pour la santé dans lesdites zones.

Mots-clés : langues locales - communication pour la santé - attitude - changement de

comportement - résistance au changement - intention.

INTRODUCTION

Aujourd'hui, les politiques de santé publique dans le monde en général et en Afrique en particulier sont construites autour de nombreux points centraux dont l'éducation à la santé. Composante importante de la santé publique, elle est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, d'améliorer celle-ci. C'est dire qu'elle fournit des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. Elle implique ainsi la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Dans ces interventions, l'éducation pour la santé s'appuie et ce depuis longtemps, sur la transmission des savoirs et de connaissances auprès des populations concernant les maladies et les risques dans une hypothèse rationnelle incitant à penser que si les individus connaissent les risques, ils vont adopter des comportements favorables à leurs santé.

En Côte d'Ivoire, la promotion et l'éducation pour la santé sont adoptées voire utilisées en vue d'améliorer la santé des populations depuis plus de trois décennies, à l'initiative des organisations internationales intervenant dans le domaine de la santé. Plusieurs décennies après, les effets réducteurs de la mortalité des populations dûs aux maladies tardent à produire les effets. Les ménages ivoiriens sont, pour la plupart, décimés par les maladies, surtout en milieu rural. Véhiculer les informations de santé demeure l'objectif premier des programmes de santé, programmes dans lesquels les canaux socio-culturels de diffusion des messages sont ignorés par les autorités sanitaires. Jusqu'à ce jour, les activités de sensibilisation et de mobilisation sociale généralement fondées sur des campagnes de Communication pour le Changement de Comportement (CCC) des communautés rurales et urbaines utilisent le français comme langue. Cette multitude de campagnes de promotion et de sensibilisation en vue de favoriser l'augmentation des connaissances des populations sur les maladies connaissent des résultats mitigés.

Une observation des activités de sensibilisation des populations rurales et urbaines laisse apparaître que l'instrument de communication et de mobilisation sociale en matière de santé le plus utilisé sur le terrain est le français. Son usage comme langue d'information, de sensibilisation et de communication, dans le cadre de la lutte contre les maladies en milieu multilingue en général et Dan et Wè en particulier constitue une difficulté majeure dans la compréhension, des messages de prévention diffusés par les locuteurs de ces langues locales et du coup, on ne peut pas espérer un changement de comportements chez ceux-ci. Cette difficulté est liée

à la situation d'analphabétisme qui touche à 80% ces communautés. À cela, s'ajoute les obstacles socioculturels dans le transfert des savoirs-clés en langues Wê et Dan.

Pourtant, la langue française ne semble pas le code langagier le plus efficace pour la transmission de connaissances médico-sociales des maladies; connaissances totalement étrangères aux langues et aux réalités locales des communautés analphabètes ou non-francophones. Dans les milieux Wê et Dan, lorsque des locuteurs analphabètes ou non-francophones se mettent en contact avec des personnes qui ne parlent pas leurs langues et/ou qui parlent le français, il se pose un problème de communication et de compréhension que seul un langage adapté à la situation de communication et au milieu socioculturel pourrait résorber.

Face à un tel constat, l'on s'interroge : Comment à partir des langues locales ivoiriennes, on pourrait apporter des solutions aux différents problèmes de la santé publique ? Quelles sont les ressources dont disposent les langues locales africaines en général et les langues Wê et Dan en particulier susceptibles d'être utilisées dans la communication pour la santé publique en Côte d'Ivoire ?

Pour répondre à ces questions, nous commencerons par délimiter et présenter brièvement nos sites de l'étude ainsi que nos enquêtes. Ensuite, nous précisons les fondements théoriques et méthodologiques de notre réflexion, puis nos résultats, leur analyse et le tout parachever par une discussion. Enfin, en guise d'ébauche de solutions, nous proposerons des listes de maladies les plus récurrentes dans les langues Wê et Dan de sorte à améliorer les stratégies de communication pour un changement de comportement en matière de communication pour la santé publique.

I - DÉCOUVERTE DES SITES DE LA RECHERCHE

Notre étude a pour cadre les départements de Kouibly, Facobly et Danané.

• **Le département de Kouibly**

Située à l'ouest de la Côte d'Ivoire, plus précisément dans la région du Guémon, Cette localité est chef-lieu de commune, de sous-préfecture et de département. La ville de Kouibly est limitée par :

- le village de Siebly au nord,
- le village de Sedazo au sud (village appartenant au département de Bangolo et qui sert de frontière entre ses deux départements),
- le village Tobly à l'est,
- le village Batiébly à l'ouest.

À l'instar des villes de la région de l'ouest du pays, le présent à Kouibly est accidenté. Le climat de montagnes couvre cette localité et il est composé de deux saisons à savoir : la saison des pluies (mai à octobre) et la saison sèche (novembre à février). La végétation est composée de forêts classées et de forêts denses.

Le département de Kouibly est très enclavé. Cette localité ne possède pas de voies bitumées à l'intérieur tout comme à l'extérieur de la ville. Le réseau routier du département est en très mauvais état. L'état des bâtisses que l'on rencontre dans

ce gros village est tout aussi dégradé donnant de la ville une image de villes de l'antiquité grecque.

Cette localité n'est point visitée par le développement dans la mesure où les seuls bâtiments administratifs sont ceux de la sous-préfecture (abritant aussi la préfecture), les services de la mairie, les services de la gendarmerie, du cantonnement des eaux et forêts et u détachement du bataillon de sécurisation de l'ouest ; il n'est pas loisible de rencontrer des structures bancaires qu'elles soient publiques ou privées.

La population de Kouibly est cosmopolite et à forte dominance d'allogènes et allochtones. Les autochtones sont retranchés dans le quartier-village nommé Bahibly où l'on trouve l'hôpital général. **Le recensement général de la population et de l'habitat (RGPH 2014) estime la population de cette localité à 116 608 habitants. L'ethnie majoritaire est le Wê (Wôbé).** À côté ce peuple, il y a les malinké, les sénoufo et une forte population burkinabé (mossi).

Les religions les plus pratiquées sont le catholicisme, les églises évangéliques et l'islam.

Le département de Kouibly comprend quatre sous-préfectures : Kouibly, Nidrou, Totrodrou et Ouyably-Gnondrou. L'économie de ce département repose essentiellement sur l'agriculture.

• Le département de Facobly

Facobly est une localité située à l'ouest de la Côte d'Ivoire dans la région du Guémon à 25 km de Man (Chef-lieu de la région du Tonkpi). Érigée en commune de plein exercice en 1985 puis en département en 2013 par un décret pris en conseil des ministres, ce département comprend cinq (5) sous-préfectures dont quatre sont fonctionnelles : Facobly, Guezon, Tiény-siably et Semian, celle de Koua n'est pas encore fonctionnelle. Cette localité comprend un canton nommé Peomé divisé en quatre (4) tribus à savoir Glaho, Saho, Pleho et Zo.

Les seuls bâtiments administratifs sont ceux de la préfecture, de la sous-préfecture, de la gendarmerie, des services de la poste de Côte d'Ivoire et les locaux du centre de santé urbain. Le réseau routier est presque inexistant dans cette ville et les pistes sont en mauvais état par manque d'entretien. La seule voie bitumée est la voie principale qui part de la ville de Man et se termine juste devant la sous-préfecture de Facobly. La population de Facobly s'élève à 76 507 habitants. L'économie de Facobly repose sur l'agriculture et le petit commerce. Ce département est dirigé par le préfet DIANÉ Bassinima.

Au total, ces villes (Kouibly et Facobly) représentent les lieux de provenance des Wôbé disséminés partout sur l'étendue du territoire ivoirien. Au niveau géographique, les Wê occupent l'ouest du territoire national ivoirien. C'est une région essentiellement montagnaise qu'ils partagent par endroits avec les Dan. Les Wê couvrent les sous-préfectures de Kouibly, Facobly, Toulepleu, Bloléquin,

Guiglo, Duékoué et Bangolo. Cet espace est aujourd'hui organisé en deux régions : le Moyen-Cavally et le Guémon.

- **Le département de Danané**

Ce département est situé dans la région du Tonkpi. Il est limité par :

- le département de Sipilou au nord,
- le département se Zouan-Hounien au sud,
- les départements de Man et de Bangolo à l'est,
- les républiques du Libéria et de la Guinée à l'ouest.

Danané fut érigée en sous-préfecture en 1959 puis en département le 09 Juin 1969.

Le relief que l'on rencontre dans cette localité est accidenté avec une succession de dômes dont les altitudes varient entre 200 et 600 m. quant au climat, c'est celui des montagnes composé de deux (2) saisons à savoir une longue saison de pluies (mai à octobre) et une saison sèche (novembre à février).

La végétation est composée de forêts denses et de forêts classées : forêt classée de Tiapleu (28 000 ha), du mont Nieton (11 000 ha), du mont Momi (10 500 ha) et de la réserve naturelle intégrale du mont Nimba. Au plan hydrographique, le département est traversé par le fleuve Cavally, la rivière BAN et de nombreux cours d'eaux secondaires.

La population de Danané est estimée à 267 148 habitants (RGPH 2014) pour une superficie de 3580 km². Dans le département vivent principalement les Dan (Yacouba), à côté de ce peuple, on a les malinké ; les Wê (Wôbé et guéré) ; les sénoufo et les ressortissants de la sous-région (Guinéens, Maliens, Sénégalais, Burkinabé, etc.).

Au plan religieux, le catholicisme, les églises évangéliques et l'islam sont les religions les plus pratiquées.

Sept (7) sous-préfectures composent le département. Six (6) sont fonctionnelles : Danané, Mahapleu, Kouan-Houlé, Daleu, Séileu, Gbon-Houyé et Zonneu (non fonctionnelle).

La ville est parcourue par un réseau routier de 89 km de routes bitumées et 1129 km de pistes. Ce réseau est fortement dégradé rendant les déplacements périlleux.

L'économie du département repose principalement sur l'agriculture (cacao, café, le palmier à huile, cola et hévéa, riz, banane plantain, le manioc et l'arachide) ; l'élevage ; la pêche ; le commerce et l'industrie (la scierie THANRY).

Les services existants dans la ville sont les services de l'administration et les services extérieurs (les directions départementales des ministères).

Monsieur BLÉ Pépé Joseph, secrétaire général de préfecture assure l'intérim du Préfet décédé.

II – FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

Notre enquête fut de type quantitatif (questionnaire) et qualitatif (entretien). La population de notre étude est constituée 414 personnes (dont 384 personnes ordinaires et 30 leaders communautaires) et le personnel soignant qui vivent et exercent dans les départements de Danané, Kouibly et Facobly. Les personnes qui constituent cet échantillon répondent aux caractéristiques de notre population parente à savoir : tout individu Wè et/ou Dan pouvant donner son avis sur le sujet de notre étude au moment de l'enquête peut être interrogé sans aucune considération ou si l'on veut nous sommes intéressés aux personnes qui s'expriment uniquement en langues locales (Wè et Dan) et qui vivent de façon permanente dans les zones rurales de nos enquêtes.

Rappelons que notre problématique porte sur la résistance au changement de comportement chez des personnes s'exprimant qu'en langue locale (Wè et Dan) qui ont préalablement été sensibilisées dans la langue française allant dans le sens du changement par l'adoption des comportements prescrits dans le cadre de la prévention contre les maladies. Le comportement est un concept généralement utilisé en psychologie pour désigner une activité d'un organisme vivant. Notion fondamentale en behaviorisme, le comportement est aussi un phénomène observable issu d'un organisme passif et d'un stimulus extérieur (Watson, 1913). Selon Wiener (1950), il peut être assimilé à la rétroaction. Ainsi, le changement de comportement peut être suscité par certaines situations telles qu'un inconfort physique, un choc émotionnel, une pression familiale ou l'environnement socio-économique et nous ajoutons à cette liste l'inconfort langagier ou incompatibilité au niveau de la langue utilisée pour véhiculer les informations de santé et celle que comprend la population rurale.

Dans le cadre de cet article, nous aurons recours à la théorie de changement de comportement (le modèle transthéorique du changement ou modèle des stades du changement) développée par Prochaska et Di Clemente (1982). Dans ce modèle, les auteurs ont suggéré que le changement de comportement s'effectue au cours d'une démarche constituée de différents stades ordonnés de façon chronologique, soient : la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison. De plus, ils ont également identifié, à l'intérieur de ces stades, neuf procédés de changement, qui réfèrent aux différents mécanismes que les gens utilisent pour modifier leurs comportements. Ces procédés sont : l'augmentation du niveau de conscience, l'éveil émotionnel, la libération sociale, la réévaluation personnelle, l'engagement, la gestion des renforçateurs, les relations aidantes, le contre-conditionnement et le contrôle environnemental (ou contrôle des stimuli). À côté de cela, notre étude s'arrime aussi à la théorie de la communication personnalisée et la communication engageante favorisant le changement de comportement (principales grilles de lecture de notre étude).

La communication engageante est née de l'alliance de deux concepts : la

soumission consentie et la communication persuasive (Joule et autres, 2007). Le concept de soumission consentie indique qu'il est possible d'amener les gens à agir de manière opposée à leurs habitudes. Pour cela, il faut avant toute chose que ceux-ci se soumettent volontairement à la réalisation d'un acte précis. Cette action, nommée acte préparatoire, doit être en lien avec le comportement désiré. De plus, pour être efficace, elle doit être facile à accomplir, de moindre coût, impliquer une participation active et être réalisée de manière volontaire. (Joule et Beauvois, 2002; Girandola et autres, 2010; Weiss et autres, 2011).

La communication persuasive consiste à transmettre un message de manière convaincante afin d'influencer les idées ou les comportements de personnes. Tandis que La communication engageante consiste à faire réaliser par une personne un ou plusieurs actes préparatoires puis à l'exposer à une argumentation persuasive pour qu'elle adopte le comportement désiré. L'efficacité de ce concept résulte de sa capacité à aller chercher l'engagement des gens, à leur faire réaliser des actions préparatoires et à réduire la barrière des habitudes. Elle agit à la fois sur les facteurs d'influence (engagement et actions préparatoires) et sur les barrières au changement (habitudes).

La personnalisation est aussi un concept qui peut faciliter les changements de comportement, car elle réduit la perception sélective. Celle-ci consiste à ajuster les communications en fonction des caractéristiques du public cible. À cet effet, les principales caractéristiques à considérer sont les pratiques médiatiques, les attitudes et les motivations. Connaître les pratiques médiatiques est bénéfique, car cela permet de diffuser l'information par l'entremise des médias les plus consultés par le public visé (Weinreich, 2011). Connaître les attitudes et les motivations est aussi utile afin de déterminer la façon dont les messages doivent être diffusés.

Par ailleurs, à l'issue de ce qui vient d'être présenté dans ce concept de la personnalisation et dans toutes les autres théories, nous estimons qu'il présente une insuffisance à savoir la langue. La langue est un facteur considérable dans le processus de communication interpersonnelle dans un milieu multilingue. Dans le cadre de notre étude, à ces éléments personnalisant, nous ajouterons la langue car lorsqu'elle n'est adaptée à la cible, la communication pour la santé est vouée à l'échec. La communication en langue locale dans le secteur de la santé reste encore aujourd'hui fortement sous utilisée par les pouvoirs publics, au sein même de certains groupes ethniques et en milieu urbain ; d'où l'intérêt d'analyser le fonctionnement de la langue par rapport à la santé. En effet, on peut se demander si les pouvoirs ou les gouvernants ont une claire conscience de l'importance de l'utilisation des langues locales dans la communication pour la santé publique en prenant suffisamment en compte leurs spécificités, leurs nécessités en matière de promotion du bien-être, dans un contexte où la qualité de vie ne cesse de se détériorer d'où l'accroissement du taux de mortalité. Les énoncés en Wôbé et/ou Dan en Côte d'Ivoire dans un contexte déterminé ne produiront pas les mêmes effets sur les lecteurs et auditeurs de cette langue que celui des énoncés en français auront sur des Occidentaux ou des Ivoiriens éduqués dans la langue et la culture françaises. Par conséquent, il

n'est pas réaliste de demander au destinataire de la traduction d'un texte produit dans un contexte et un espace culturellement et historiquement différents de réagir au message de la même façon que le destinataire du texte source. C'est pourquoi, dans la procédure de transfert de savoirs spécifiques relatifs à la prévention des maladies, le langage permettant « *d'éviter les fausses équivalences et les écueils interprétatifs*¹ » devrait être adopté.

L'objet de notre étude porte sur la problématique de l'enjeu de la langue locale comme élément fondamental dans l'élaboration, la sensibilisation et la mise en œuvre de toute communication pour la santé publique chez les Wè et Dan. L'usage des langues locales à l'instar du Dan et Wè dans la communication pour la santé en Côte d'Ivoire constitue le noyau du présent article.

III - PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS

➤ *Présentation des résultats*

- **Savoirs, croyances et pratiques des populations Dan (Yacouba) et Wè (Wôbé)**

Dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, les savoirs, croyances et pratiques des populations diffèrent d'une personne à une autre. Les individus écoutés ont chacun sa conception du terme « maladie ». Lorsque nous nous enfonçons dans l'ouest de la Côte d'Ivoire, les propos varient. Plus révélateur, le pourcentage des personnes nous ayant donné leurs réponses sur ce que c'est que la maladie varie également. Le tableau ci-dessous illustre bien ces propos.

Tableau 1 : *Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Qu'est-ce qu'une maladie ? »*

<i>Qu'est-ce qu'une maladie ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>C'est ne pas se sentir bien dans sa peau.</i>	43%	78%
<i>C'est ne pas se sentir bien dans sa tête.</i>	31%	19%
<i>C'est ne pas se sentie bien au niveau du physique.</i>	19%	08%

Source : données de l'enquête

Les populations écoutées ont chacune leur petite idée sur le terme « maladie » et cela nous donne de voir un éventail de pensées de celles-là.

Au niveau des croyances, les populations rencontrées ont leur idée, une peur plus ou moins vive de la maladie. Elles ont l'intime conviction que la maladie est

1- Thomas Bearth, Termes De Références (TDR) de l'atelier de réflexion et de conscientisation, Langues africaines et protection contre la menace de l'Ebola, Man, 2014.

une chose qui est haïssable au plus profond de leur être. Elle (la maladie) présente pour ces populations des origines diverses qui n'ont rien avoir avec leur vécu quotidien. Elles ne rattachent pas la maladie aux résultats de leurs actions dans la société mais plutôt à une force extérieure.

Tableau 2 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Tu crois que la maladie est : »

<i>Tu crois que la maladie est :</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
Une punition de Dieu.	39%	50%
Une punition des génies.	20%	08%
Une punition du diable.	01%	04%
Un mauvais sort.	39%	21%
Une chose normale.	néant	17%

Source : données de l'enquête

Au niveau des pratiques des populations à l'égard des maladies, des actions plus divergentes les unes par rapport aux autres. Nous avons cherché à connaître les réactions des personnes Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) vis-à-vis des malades ; lorsqu'elles sont malades les sentiments les animant et enfin les itinéraires qu'elles choisissent pour recouvrer la guérison. Les réponses à ces questions sont variées. Cependant, l'essentiel du message a tiré de ces réponses : elles traduisent l'intention des personnes saines ou bien portantes de bénéficier des mêmes attentions accordées au malade lorsque celles-là seront malades à leur tour.

Tableau 3 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Comment te comportes-tu face à une personne malade ?»

<i>Comment te comportes-tu face à une personne malade ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Tu lui donnes de l'argent pour ses soins.</i>	35%	41%
<i>Tu pries pour lui.</i>	33%	19%
<i>Tu t'éloignes de lui.</i>	01%	néant
<i>Je le soutiens moralement et physiquement.</i>	31%	40%

Source : Données de l'enquête

Ces deux populations portent dans l'ensemble une attention ou assistance particulière au malade. Cependant, les Wê (Wôbé) à 6%, sont moins enclin à apporter une assistance financière au malade à l'effet que celui-ci se rende dans un centre de santé pour se soigner.

Par contre, les Dan (Yacouba) sont, à 14% de moins que les Wê (Wôbé), disposés à adresser des prières à Dieu pour le malade. Enfin, populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé) sont tous disposés à assister le malade moralement que physiquement.

Mais, **9%** de plus par rapport au pourcentage des Wê (Wôbé), le Dan (Yacouba) soutient davantage moralement et physiquement le malade.

En ce qui concerne le sentiment qui anime le Wê (Wôbé) et le Dan (Yacouba) en situation de maladie, le tableau ci-dessous nous donne de voir les différents degrés des sentiments qui animent les populations cibles.

Tableau 4 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, quel est le sentiment qui t'anime ?»

<i>Lorsque tu es malade, quel est le sentiment qui t'anime ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
Tu es abattu.	32%	23%
Tu es triste.	36%	42%
Tu crois que tu vas guérir.	32%	35%

Source : Données de l'enquête

23% des Dan (Yacouba) sont dans un état d'« abattement » contre **32%** des Wê (Wôbé) en situation de maladie, soit **9%** en plus que les Dan (Yacouba). Par contre, **42%** des Dan sont « tristes » contre **36%** des Wê, soit une différence de **6%**. Enfin, c'est deux peuples ont, à **32%** chez les Wê et à **35%** chez les Dan, une ferme volonté de guérir, de sortir de cette maladie.

Au niveau de l'itinéraire thérapeutique, les Dan (Yacouba) et les Wê (Wôbé) se dirigent tout d'abord en situation de maladie chez la / le tradi-praticien(ne) en vue de retrouver la guérison. C'est le cas échant qu'ils se rabattent sur l'hôpital, la structure ou le centre de santé. À **18%** de plus que le Wê (Wôbé), le Dan (Yacouba) recourt au service d'un / une tradi-praticien(ne) au premier réflexe en situation de maladie.

Par contre les Dan sont moins encrés dans la religion car ils confient à **19%** leur état de santé à Dieu soit **13%** de moins que les Wê (Wôbé) qui à **32%** confient leur état de santé à Dieu après avoir parcourir les hôpitaux et les tradi-praticien(ne) s de leur localité et/ou en dehors.

À **5%** de moins par rapport au Wê (Wôbé), les Dan (Yacouba) se rendent dans une structure sanitaire pour recevoir les soins et également ils font un détour chez le / la tradi-praticien(ne) au même moment ou presque.

Tableau 5 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ?»

<i>Lorsque tu es malade, où vas-tu pour te soigner ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
À l'hôpital puis chez le / la tradi-praticien(ne).	33%	28%
Chez le / la tradi-praticien(ne) puis à l'hôpital.	35%	53%

À l'hôpital puis chez le / la <i>tra-di-praticien(ne)</i> et à l'église.	32%	19%
--	-----	-----

Source : Données de l'enquête

L'itinéraire thérapeutique adopté par les Wê et les Dan (Wôbé et Yacouba) est fonction des appréhensions qu'ils ont des hôpitaux, structures et centres de santé. Ainsi, 37% des Wê trouvent « trop cher » les soins ou prestations dans les hôpitaux de leur localité. À Danané et ses environs, 44% des Dan trouvent « trop cher » les soins également, soit 7% de plus que la population Wê (Wôbé). Par ailleurs, certains Dan estiment à 45% que les soins sont « chers » contre 41% chez les Wê (Wôbé). La différence entre ces deux chiffres est de 4%, cela traduit l'unanimité des sentiments, des propos de tous les deux peuples que nous avons visités. Cependant, 11% des Dan et 20% des Wê nous ont dit trouver les prix des prestations « abordables ».

Tableau 6 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Comment trouves-tu les prix des prestations de soins à l'hôpital ou le centre de santé ? »

<i>Comment trouves-tu les prix des prestations de soins à l'hôpital ou le centre de santé ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Trop cher</i>	37%	44%
<i>Cher</i>	41%	45%
<i>Abordable</i>	20%	11%

Source : Données de l'enquête

- **Attitudes et comportements des populations des populations Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)**

Ici, nous avons croisé les attitudes des populations Dan et Wê ayant reçus les informations sanitaires dans la langue française, en vue de voir si l'attitude a été statistiquement conforme aux comportements souhaités ou effectifs. Dans l'ensemble, les données recueillies dans les zones de Facobly, Kouibly et Danané nous permettent de constater que 54% des Dan ont l'impression de n'avoir rien compris des informations à eux communiquées dans la langue française. Chez les Wê, c'est 34%. Les personnes écoutées, à une moyenne de 44%, auront des attitudes et comportements qui seront en déphasage, non conforme avec les bonnes pratiques prônées dans la lutte contre les maladies chez les hommes.

Tableau 7 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question « Sentiment qui t'anime après avoir été sensibilisé sur les maladies dans la langue française. »

<i>Sentiment qui t'anime après avoir été sensibilisé sur les maladies dans la langue française.</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Tu as l'impression de n'avoir rien compris</i>	34%	54%

Tu as compris	34%	46%
Je comprends un tout petit peu.	32%	Néant

Source : Données de l'enquête

On conclut donc que les populations rurales adoptent des comportements statistiquement « opposé » à l'attitude prônée par les agents de santé dans la langue française.

Par ailleurs, les populations de ces zones nous ont confié que la communication ou les stratégies de communication sur tout type de sujet intègre les langues locales parlées dans ces localités dans les processus de communication. De Danané à Facobly en passant par Kouibly, les peuples de ces localités s'expriment moins dans la langue française que dans les langues locales (Wôbé et Yacouba). Cela traduit ou confirme les chiffres que nous présentons dans le tableau sur le niveau de compréhension des langues, qu'elle soit locale ou le français.

Tableau 8 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quelle est la langue que tu comprends mieux ?»

<i>Quelle est la langue que tu comprends mieux ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
Wê (Wôbé)	65%	Néant
Dan (Yacouba)	Néant	77%
Français	35%	23%

Source : Données de l'enquête

Les populations issues de ces zones parviennent avec difficulté à comprendre les informations de santé qui leur sont données ou livrées dans la langue française. Lorsque nous calculons la moyenne de ces données chiffrées, nous avons **71%** de notre population cible qui ont une compréhension parfaite ou meilleure des langues locales (Wê et Dan) contre **29%** de la même cible qui prétend comprendre mieux la langue française.

On conclut par-là que toutes les communications qui n'intègrent pas les langues locales dans leurs processus ou dans la divulgation des informations sanitaires et / ou d'utilité publique dans les zones rurales, elles (les communications) sont vouées à l'échec.

- **Forces, faiblesses et opportunités des langues Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)**

À ce niveau, nous présentons les faiblesses tout comme les opportunités qu'offrent les langues locales Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé). Les personnes que nous avons rencontrées nous ont confié à une moyenne de près **90%** qu'il n'existe pas, dans les langues locales qu'elle soit Wê (Wôbé) et / ou Dan (Yacouba), des terminologies à toutes les maladies dans lesdites langues.

Pour les opportunités qu'offrent ces langues, c'est leur caractère rassembleur. À ces langues sont rattachées des personnes qui l'ont en partage et qui les utilisent au quotidien pour communiquer avec leurs familles et les membres de leurs entourages dans l'optique de mieux se faire comprendre des siens et partant de faire par ailleurs la promotion de leurs identité culturelle.

Tableau 9 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quelle langue utilises-tu le plus souvent pour communiquer au quotidien avec ta famille et les autres ?»

<i>Quelle langue utilises-tu le plus souvent pour communiquer au quotidien avec ta famille et les autres ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
<i>Wê (Wôbé)</i>	46%	Néant
Dan (Yacouba)	Néant	59%
Wê et français / Dan et Français	39%	31%

Source : Données de l'enquête

- **Expositions aux medias en pays Dan (Yacouba) et Wê (Wôbé)**

Au niveau des équipements en matériels de communication, les zones rurales visitées en possèdent. À l'instar des zones urbaines de la Côte d'Ivoire, les personnes, vivant dans les endroits éloignés des villes, possèdent des téléphones portables, des postes transistors, des téléviseurs, des ordinateurs.

Tableau 10 : Confrontation des réponses reçues dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané à la question «Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi ?»

<i>Quels sont les moyens de communication que tu as chez toi ?</i>	Départements de Facobly et Kouibly	Département de Danané
Postes transistors (radio)	41%	34%
Téléphone portable	41%	34%
Télévision	16%	32%
Ordinateur (Internet)	2%	Néant

Source : Données de l'enquête.

Les populations des départements de Danané, Kouibly et Facobly sont en moyenne **37,5%** à être équipées des moyens de communication tels que « le téléphone portable » et « le poste transistor ». Ces mêmes populations ont également à leur possession à **24%** de moyenne des « téléviseurs ».

Les populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) reçoivent ou tirent les informations des moyens de communication mentionnés plus haut. Quant à la presse écrite (journal papier), elle ne parvient pas dans les zones rurales, les départements de

Facobly, Kouibly et Danané. Si les journaux écrits parviennent dans lesdites zones, c'est avec un voire deux jours de décalage et si une personne souhaite avoir ou acheté le journal du jour, elle doit se rapprocher de la ville de Man où les journaux du jour y arrivent généralement en début d'après-midi et au pire des cas, c'est en fin d'après-midi voire en début de soirée.

On conclut que les informations contenues dans les journaux ne seront pas à temps reçues par les populations rurales et il n'y aura pas d'engouement chez les populations Wê et Dan pour l'achat et la lecture de journaux écrits.

➤ *Analyse et interprétation des résultats*

• **Communication et langues locales**

Lors de notre enquête dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, il nous a été donné de constater que les langues locales de ces zones sont quotidiennement utilisées par les populations dans leur communication avec leur entourage et les personnes comprenant parfaitement la langue des régions.

À Facobly tout comme à Kouibly, les populations de ces localités sont issues de peuple Wê (Wê nord, qui est communément appelé Wôbé). Du village de Facobly à Souébly-Maébly ; de Poubly à Bahibly en passant à Koulayéré (Kouibly), le Wê (Wôbé) est la langue qui est quotidiennement utilisée par les personnes qui y vivent pour communiquer. Généralement, ce sont les personnes plus ou moins alphabétisées qui recourent à cette langue pour échanger avec leurs familles, interlocuteurs. Cependant, devant un tel constat, les campagnes de communication, de sensibilisation sur tous les sujets d'ordre ou d'intérêt public sont données dans la langue véhiculaire qu'est le français. Il est de notoriété que toute personne qui n'est pas formée et/ou informée dans une langue donnée, elle ne peut comprendre ou réagir à ce qu'on lui demande ou lui dit. Les personnes qui vivent dans les zones susmentionnées et ayant en partage la langue Wê (Wôbé) nous ont dit à **46%**, utiliser le Wê (Wôbé) quotidiennement pour communiquer avec leur entourage et famille. De ce qui précède, il est clair que le Wê (Wôbé) exerce une influence incontestable sur la communication dans ces zones. L'influence, comme le soulignaient Moscovici (1984) et De Montmollin (1984), décrit l'acte social. Elle implique de ce fait un rapport de force entre les différentes entités évoquées (communication et langue locale).

En effet, la communication et les langues locales se font les pressions réciproques (exercée ou subie) pour contrôler, conseiller ou orienter les agissements, les pensées des populations. Nos résultats montrent que les Wê (Wôbé) affectionnent leur langue locale par rapport au français. Nous pouvons comprendre que leur faiblesse ou ignorance au niveau de la connaissance des maladies en particulier est redevable à leur faible niveau de compréhension du français, langue dans laquelle sont diffusées les informations sur les maladies dans le secteur de la santé.

À Bèlègleu, Danané village et Gningleu (Danané), le Dan (Yacouba) est la langue qui y est parlée par les personnes qui y sont issues. Lors de notre passage

dans cette localité, il nous a été donné de constater que la langue Dan (Yacouba) est le « code » que les personnes utilisent pour communiquer entre elles. Cela nous a été confirmé par 59% de la population cible. Dans ces endroits, les sensibilisations dans le domaine de la santé sont faites en français et traduites en Dan (Yacouba) par les personnes choisies à cet effet. Cette situation a prévalu durant tout notre séjour en ces lieux. La raison est de permettre à toutes les couches plus ou moins alphabétisées de cette population de saisir, de comprendre les informations de santé qui sont fournies par les autorités en vue d'opérer un changement au niveau des individus. Les résultats de notre enquête nous permettent de saisir toute l'influence de la langue Dan (Yacouba) dans la diffusion des informations, dans la communication dans cette partie ouest de la Côte d'Ivoire.

- **Communication pour la santé et croyances, us et coutumes**

Facobly, Kouibly et Danané sont des zones où il y a des croyances, us et coutumes. Les populations croient en des choses ou ont des pratiques qui régulent leur vie, leur mode pensée et d'action. Ces pratiques sont nées avec les ancêtres que les hommes ne cessent de perpétuer ou perpétuer de génération en génération.

Dans ces localités, le tout n'est pas de diffuser les informations dans les langues locales mais il faut tenir compte de ce à quoi les populations croient, le contexte dans lequel ces personnes sont ou ont été éduquées. Les populations Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) subissent une influence totale du contexte dans lequel ils ont vu le jour.

À près de 99%, les peuples visités croient que la maladie n'est pas une bonne chose. De l'examen des résultats, il ressort que le contexte dans lequel se produit l'acte de communication exerce une influence sur l'acceptation des informations et ou consignes fournies. L'acceptation des informations, consignes ou mesures dans le secteur de la santé est liée aux éléments du moment et du milieu. Les populations sont réfractaires ou n'acceptent pas les recommandations à eux fournies via la communication si elles ne prennent pas en compte leur besoins. En d'autres mots, si elles ne tiennent pas compte de leurs us et coutumes. La perspective psycho-affective permettrait déjà de constater que le comportement humain en général est fonction du milieu et du moment. Le contexte dans lequel se déroule l'acte de communication est très déterminant dans la mesure où les populations (lorsque leurs croyances, us et coutumes sont considérés) sont plus réceptives.

Evans et Stoddart (1994) ont identifié de multiples facteurs, parmi lesquels le contexte, qui exerceraient une influence sur le comportement de santé. D'une manière générale, les contextualistes dans de nombreuses recherches ont montré que le contexte jouait un rôle fondamental dans les choix comportementaux. Cette perspective donne aux éléments cognitifs un rôle relativement modeste dans le comportement de santé.

Par ailleurs, les circonstances de l'acte de communication (le moment, l'occasion particulière) exercent une influence significative sur la décision de se protéger contre les maladies chez les populations. À partir de nos résultats, il est possible d'affirmer que l'acte de communication ou précisément la réussite des

campagnes de protection, de sensibilisation est déterminé d'une part, par les éléments de circonstances, et d'autre part, par la manière dont ces éléments de circonstances sont exploités par les autorités sanitaires, dans la mesure où les éléments qui organisent, structurent et orientent l'application des mesures de protection, de prévention proviennent de l'environnement.

Wallon (1970), dans ses écrits, montrait que l'instant était une variable fondamentale dans la production d'un comportement. Pour lui, l'objet de la psychologie peut être, au lieu de l'individu, une situation. C'est la raison pour laquelle les circonstances de la campagne, de la sensibilisation sur les maladies à l'endroit d'une population sont très percutantes et pertinentes dans l'appréhension de l'acte de communication. C'est aussi penser qu'un même individu confronté à la même information dans les circonstances différentes réagirait différemment.

Dans le cas de l'adoption de comportement voulu comme le fait de dormir sous une moustiquaire imprégnée, ou assainir son environnement quotidiennement, ou se rendre régulièrement à l'hôpital ou dans les pharmacies pour se procurer des soins et les médicaments, etc., l'influence des circonstances est plus effective. Car les circonstances sont nombreuses : l'absence de structures de santé, la cherté des soins et médicaments dans les hôpitaux, la non-prise en compte des langues locales dans la situation de communication entre médecin et patient, le temps des consultations (tous les prestataires de soins sont indisponibles ou ont terminé leurs heures de consultations ou de travail), les conditions climatiques (pluies), manque d'infrastructures routières (inexistence ou mauvais état des routes et pistes), les conditions particulières (manque de médicaments dans les hôpitaux et pharmacies), etc.

- **Communication pour la santé et accessibilité des informations**

Le but de l'acte de communication vise ici la mise à la disposition ou l'accessibilité des informations par les populations. Il (le but de la communication) exerce une influence significative sur l'accessibilité de la population à l'information en période de maladies.

Cette significativité se justifie par le fait que consciemment ou inconsciemment chaque communication ou situation de communication a un but. La finalité de cette communication est généralement, la formation ou l'information qu'elle procure. Si à la fin de l'acte de communication, il n'y a pas cette satisfaction, plusieurs personnes Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) n'auraient pas eu l'envie de communiquer. Ils ont déclaré pour la plupart s'engager dans une situation de communication avec autrui dans l'optique d'informer et/ou de recevoir des informations de l'autre. Ils veulent donc exprimer ce qu'ils ressentent, pensent et c'est cela qui les orientent vers l'autre.

Bandura et Cervone (1983) ont montré que les buts exerçaient une influence sur les performances des individus, de toute action. Dans certains cas de figure, ils se convertissent en motivations. Dans le cas de la prévention des maladies, les motivations qui peuvent conduire à la résistance dans l'application des mesures de prévention sont le manque d'accessibilité des informations, la clarté de l'information, qui sont parfois plus décisifs que les dangers auxquels s'exposent les populations.

Les Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) déclarent avoir des comportements parfois aux antipodes des comportements recommandés pour exprimer leurs sentiments, leurs pensées. On peut dès lors penser que le risque de perdre la vie est moins élevé que celui d'exprimer leurs sentiments, leurs pensées pour les populations que nous avons rencontrées.

IV - DISCUSSION

La question de savoir comment et pourquoi les populations, les individus sont motivés pour adopter de nouveaux comportements et changer les anciens, est controversées. Une étude sur le changement ou la résistance au changement de comportements face aux maladies de tous genres, dans un contexte où le monde est de nos jours de plus en plus frappé par des pandémies et épidémies sans précédent décimant au quotidien des vies humaines et/ou le seul moyen reste la prévention, s'avère indispensable. La résistance aux mesures de protections telles l'usage quotidien de la moustiquaire imprégnée, du port du préservatif, de l'adoption d'une alimentation saine et équilibrée, etc., en milieux ruraux et urbains parfois, reste une problématique préoccupante.

Malgré de multiples recherches menées ces dernières années, aucune à notre connaissance ne s'est intéressée à la juxtaposition de la théorie de l'action planifiée d'Ajzen et la théorie du changement de comportements. En effet, la théorie de l'action planifiée d'Ajzen pose que l'intention est le facteur décisif qui peut garantir la production d'une action. Si tel est le cas, il est donc possible de penser que pour obtenir d'un individu un changement de comportement, il faut susciter en lui l'élaboration d'attitude ou plus précisément d'intention allant dans le sens du comportement à promouvoir.

Dans le cadre de notre étude, utiliser les langues locales dans la communication pour la santé avec les populations rurales permettra à celle-là de mieux comprendre les informations à eux données afin de susciter en eux l'intention, la volonté d'adopter, de mettre en pratique les mesures de prévention et de lutte contre les maladies.

Cette étude s'inscrit dans la problématique de la mise en œuvre ou en pratique des mesures de protection, de prévention contre les maladies en milieu rural. En d'autres termes, la problématique de la mise en acte de l'intention, la volonté. Selon Ajzen dans son modèle théorique, l'intention, porteuse d'action, conduit automatiquement à la réalisation de ladite action, de l'acte. Dans cet état d'esprit, Ajzen considère que de l'intention d'agir à l'action, aucune autre variable ne peut prétendre exercer une quelconque influence sur l'action.

La théorie de l'action planifiée d'Ajzen est une ampleur incontestable dans la prédiction d'un comportement, dans la mesure où la prévention, la production d'un comportement ne devrait plus surprendre l'individu. Un individu qui est psychologiquement préparé à réaliser un comportement est plus susceptible de le réaliser qu'un autre qui n'est pas psychologiquement préparé. En d'autres termes, une personne qui a l'intention de mettre en œuvre un comportement de prévention

a plus de chance de le réaliser qu'une autre qui n'a aucune intention de changer de comportement. Nos résultats montrent qu'en milieu rural, **77%** des Dan (Yacouba) changent de comportement ou se trouvent influencer par la communication à eux donnée sur les maladies dans leur langue locale (Dan) contre **23%** qui ne sont pas influencés. En pays Wê (Wôbé), c'est **55%** de la population qui se trouve influencer par la communication à eux donnée sur les maladies dans leur langue locale (Wê) contre **45%** qui ne sont pas influencés.

Nous constatons que l'approche d'Ajzen ne s'intéresse pas du tout à la communication à savoir à ces principes que nous nommons les facteurs d'une communication efficace et efficace dans la transformation en acte des messages et mesures de prévention dans la communication pour la santé. Cela signifie que le contrôle que la langue dans la communication exerce sur l'intention et l'action est dans certains cas minimisé, voire marginalisé, dans la mesure où avoir le même code langagier au cours de la communication n'est plus considéré lors de la réalisation de l'acte ou action.

Notre modèle de communication pour la santé axée ou prenant en compte les langues locales en pays Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba) en vue du changement de comportements que nous souhaitons (voire les terminologies des maladies dans les langues Wê (Wôbé) et Dan (Yacouba)), cela va compléter les travaux d'Ajzen et rendre son modèle plus rigoureux et plus efficace. Nous croyons que la langue locale est une variable extrêmement importante dans le processus de communication visant à l'adoption ou changement d'un comportement dans le secteur de la santé en Afrique.

La prévention, le changement de comportement passe d'une part par l'élaboration des politiques de communication, d'informations favorables à la prévention en intégrant les langues locales, et, d'autre part, par la perception qu'à chaque individu à gérer l'influence que d'autres variables peuvent exercer sur l'intention et l'action. Nous tenons à insister sur le concept des langues locales dans la communication pour la santé en Afrique plus généralement et en Côte d'Ivoire en particulier. C'est en lui que nous puissions l'originalité de notre étude car de nombreuses recherches ont porté sur les causes de la résistance dans l'application des mesures et comportements de santé favorables à la lutte contre les maladies en Côte d'Ivoire sans s'intéresser à la dynamique, l'importance des langues locales dans la communication pour la santé.

Par ailleurs, nous estimons que l'usage des langues locales dans la communication pour la santé sous les tropiques ici, cela aide à personnaliser la communication qui se fait depuis toujours. Lors de nos enquêtes dans les départements de Facobly, Kouibly et Danané, nous avons constaté combien de fois ne pas partager la même langue dans la consultation avec le prestataire de soins constitue des obstacles dans le diagnostic et l'administration des soins aux patients. Car le patient qui ne comprend et s'exprime dans la langue locale du terroir, il ne peut mettre ou comprendre le diagnostic et la prescription à lui fourni par le médecin et tout comme le médecin qui ne peut comprendre les propos de ce malade.

Aussi, autre conséquence engendré par le non partage de la langue dans les consultations est le manque de *confidentialité* dans la mesure où le médecin a parfois recours à une tiers personne (un autre malade) pour traduire en français les propos d'un malade ne comprenant que la langue locale (Wê et/ou Dan). En clair, le code langagier dans la communication est d'une importance.

Il s'avère donc urgent, sur le plan théorique, d'explorer de nouvelles pistes de recherche suscitées par nos résultats. Nous trouvons nécessaire d'envisager des études sur les stratégies de communication pour la santé publique en y incluant les langues locales. Traduire les termes sanitaires à l'aide des noumènes et phonèmes qu'offre l'alphabet desdites langes en Côte d'Ivoire et les intégrer dans le processus de communication, de sensibilisation sur les maladies dans les zones rurales du pays, des pays africains. Une telle disposition permettra une meilleure compréhension des informations sanitaires par les personnes les moins ou pas alphabétisées et ne comprenant ou s'exprimant dans la langue locale.

V - PRÉSENTATION DES TERMINOLOGIES DES MALADIES RÉCURRENTES EN LANGUES WÊ (WOBE) ET DAN (YACOUBA)

➤ Terminologies des maladies récurrentes en langue WÊ (Wɔbɛ)

Noms des maladies en français	Terminologies en langue wɛ (Wɔbɛ)	
	Écriture phonologique	Écriture orthographique
Fièvre	/ sɔ̃ /	'sɔn
Paludisme	/ sɔ̃ klāā /	'sɔn klaa»
Fièvre typhoïde	/ sɔ̃ plú /	'sɔn 'plu-
Fièvre jaune	/ sɔ̃ sãã /	'sɔn -saan
Itère	/ bā'blí pō bā'kɛ̃ɛ̃ / / bāá blií pō bā'kɛ̃ɛ̃ /	«ba «bli po ba keen (Facobly) 'baa 'blii po ba keen (Kouibly)
Tuberculose	/ kwɛ̃ tɔ̃ / /fɛ̃é kwe/	kwe _tɔn / 'fee kwe
IST / VIH SIDA	/ jré wè /	'jre -swɛ
Mal de ventre	/ díá pōá /	'dia poa'
Mal de dos	/ kpu á pōá / /kpú á pōá /	'kpu 'a poa' / 'kpu 'a poa'
Mal de dents	/ nyɛ́ á pōá / /nyrén á pōá	'nyren 'a poa' / ɲren 'a poa'
Mal de tête	/ jru á bája /	«jru 'a 'baya
Mal d'yeux	/ jrí á pōá /	«jri 'a poa'
Dysenterie	/ kláé /	'klae
Anémie	/ nmɔ̃ sɛ̃ ɔ mú ní /	nmɔn se ɔ 'mu 'ni

Hernie	/ ɲmù/ɲmò / /ngmù/ ngmòn/	ɲmu / ɲmɔn ngmu / ngmɔn
Hernie étranglée	/ dí ɲmù/ dí ɲmò / /dí ɲmó/	'di ɲmu / 'di ɲmɔn 'di ɲmɔ
Ulcère de burili	/sò kò / / sòn còó /	sɔn cɔo
Hémorroïde	/ pó sò dé /	po' sɔn «de
Rhumatisme	/kpádí wɛ / dái wɛ/	'kpadi wɛ / dai' wɛ
Diarrhée	/dí á sia /	'di 'a sia
Diabète	/ síklí wè / wɔ̄ nmɔ̄ dī ā wé/	'sikli wɛ / wɔn nmɔn di a 'we
Gonococcie / Chaude pisse	/ tóu wè /	tou wɛ
Varicelle	/ dī mɛé /	di 'mɛɛn
Furoncle	/ plūú /	plu'un
Bosse	/ sɛ /	sin

Traduction : Les populations Wê (Wôbé) des départements de Facobly et Kouibly

Transcription : écriture phonologique : Doctorant GUEHI Siesson Welly au département de linguistique (UFHB) ; écriture orthographique : Dr SEA, enseignant-chercheur au département de linguistique (UFHB)

➤ Terminologies des maladies récurrentes en langue Dan (Yacouba)

Noms des maladies en français	Terminologies en langue Dan (yacouba)	
Glose	Écriture phonologique	Écriture orthographique
Paludisme	lújǎ	lúdjǎ
Fièvre jaune	lújǎ tii	lúdjǎ tii
Dysenterie	zǎjuáá	zanyuáá
Tuberculose	fòdòǔ	fòdòɔn
Anémie	péñjéjuáá	péngjéyuáá
Hernie	gòñú juáá'	gònnú yuáá'
Hernie étranglée	gòñú juáá'zɛ gòsúuzǎ	gònnú yuáá'zɛ gònsúuzǎ
Ulcère de burili	òñjǎjuáá	òöyjuáá
Hémorroïde	klúgòǔpǎ	klúgòónpǎ
Rhumatisme	gǎúukǎ	gǎlúukǎ
Diarrhée	jǐ'zɛglúú'	jǐ'zɛglúú'
Itère	glúú jò	glúú jòn
Mal de ventre	gwúúdhǎkǎ	gwúúdhǎkǎ
Mal de dos	kòkǎ	kòkǎ

Mal de dent	sɔ̃kɿ	sɔ̃nkɿ
Mal de tête	gɔ̃úpiì	gɔ̃úpiì
Diabète	súkálújuàà	súkálúyuàà
Varicelle	mlùsɛ̃ŋ	mlùsɛ̃nng
Furoncle	díɿɿ	díɿɿ
Mal d'yeux	já̃kɿ	já̃nkɿ
bosse	kwláà	kwláà
fièvre	kwíkúdfɛ̃	kwíkúndhɛ̃
IST / VIH-SIDA	wò̃juàà	wò̃yuàà
Gonococcie / chaude pisse	núkódɛ̃juàà	núkódhɛ̃yuàà
choléra	jìbhòglúú	jìbhòglúú

Traduction : Les populations dan (Yacouba) de Danané

Transcription : Dr GONDO, chercheur à l'Institut de Linguistique Appliquée (UFHB)

CONCLUSION

Les résultats obtenus dans les zones où résident les Wê (Wôbé) ont montré que les populations dans une majorité (65%) comprennent mieux la langue locale (Wôbé) et à 46%, elles utilisent quotidiennement cette langue pour communiquer avec leur entourage et famille pour informer et s'informer sur tout type de sujet. Il faut aussi mentionner que 39% de notre cible utilise le Wê (Wôbé) et le français pour communiquer au quotidien avec leur entourage. Il nous a été donné de constater chez les Dan (Yacouba) dans le département de Danané une forte compréhension (77%) de la part de notre cible de la langue Dan (Yacouba). C'est à 59% qu'une partie de la même cible nous a confié utiliser au quotidien le Dan (Yacouba) dans la communication avec leur entourage et 31% le Dan (Yacouba) et le français quotidiennement. Cependant, c'est dans une grande majorité (90%) que ces deux populations nous ont confié que les agents ou les personnes commis à l'organisation des campagnes de sensibilisation, de prévention sur les maladies dans leur zone respective utilisent le code langagier qu'est le français pour véhiculer les informations sanitaires dans lesdites zones. Nous constatons qu'il existe une inadéquation entre les langues comprises par les populations et celle utilisée par les agents de santé pour donner les informations sur les maladies, les méthodes de prévention contre les pathologies dans les zones que nous avons visitées. Il n'existe pas de communication engageante et surtout une personnalisation de la communication dans les zones de Facobly, Kouibly et Danané. De cette manière de faire, il est certain qu'aucune intention de changement de comportement de nos cibles n'est suscitée en elles. En effet, l'observation des zones de notre enquête, il nous a été donné de constater qu'il existe une influence des langues locales (Dan et Wê) sur la communication pour la santé dans lesdites zones. Il existe une corrélation très

significative entre l'intention de changer de comportement et la langue utilisée vis-à-vis des populations pour la diffusion des informations de santé. C'est la raison pour laquelle l'intention de changer de comportement a été retenue au détriment des autres variables de la théorie de l'action planifiée, ceci dans le but d'éviter la redondance.

Les résultats obtenus pendant les phases de notre enquête nous ont permis de nous rendre compte que 78% des Wê (Wôbé) trouvent cher voire trop cher les prestations de soins données dans les structures sanitaires des départements de Facobly et de Kouibly. Dans cette même veine, 89% des Dan (Yacouba) estiment cher voire trop cher les soins dans le dispensaire santé urbain et l'hôpital de Danané. Par contre, 20% des Wê (Wôbé) et 11% des Dan (Yacouba) trouvent abordables les prix des prestations des soins dans lesdites zones. Par ailleurs, il convient de préciser que cette vision des choses déteint sur l'itinéraire choisi par ses derniers pour retrouver la guérison en situation de maladie. Ainsi, 53% des Dan (Yacouba) débute leur traitement chez le/la tradi-praticien (ne) avant de se rabattre sur l'hôpital et 35% des Wê (Wôbé) s'inscrivent dans cette même disposition. Par contre, 33% des Wê et 28% des Dan se rendent à l'hôpital pour connaître leur mal et débute le traitement et après ils l'achèvent chez le/la tradi-praticien (ne). C'est dire que ces résultats nous ont permis d'identifier la cherté des soins dans les centres de santé, les hôpitaux dans les zones rurales et de plus en plus dans les zones urbaines comme influençant l'itinéraire thérapeutique chez les populations. À côté de cela, la connaissance des maladies et l'envie de se faire soigner sont tributaires des croyances et perceptions de ou les maladie(s) et de leur niveau de compréhension de la langue utilisée dans la communication, la consultation entre les agents de santé, prestataires de soins et les patients, les populations. Ces variables exercent un effet statistiquement significatif sur la résistance au changement de comportement chez les populations rencontrées.

L'analyse des résultats, d'une manière générale, permet de conclure que le changement de comportement ne se déroule pas de manière mécanique. Le changement psychosocial du comportement se réalise dans un système ouvert ou mieux encore dans ce que Lewin (1951) nomme « champs de forces ».

Le changement de comportement subit pendant sa réalisation, l'influence d'autres variables, c'est-à-dire des variables susceptibles également de provoquer, déclencher, organiser, contrôler et produire le comportement voulu. Il se produit donc un conflit entre l'intention de changer de comportement et ces variables. L'accomplissement du comportement (action) voulu par la population dépend extrêmement de l'issue de ce conflit. Car c'est la variable « victorieuse » qui assure l'accomplissement du comportement (action) en lui donnant le contenu et la direction qu'elle souhaite. Il est permis de conclure que : **les langues locales influence la communication pour la santé autant que les perceptions, croyances, les us et coutumes dans les zones rurales, ce qui agit sur le comportement de l'individu.** Cela signifie que la langue locale a bel et bien un pouvoir de prédiction sur le comportement (action) et donc la communication pour la santé, dirigée vers les populations des zones rurales, ne doit pas omettre de prendre en compte cette variable hautement importante. La langue assure la diffusion et surtout favorise la compréhension des

messages et informations dans le domaine de la santé. Elle prédispose l'individu à la réalisation ou non du comportement souhaité.

De cette conclusion, la résistance au changement de comportement dans le domaine de santé est due à la non-compréhension des messages et informations appelant au changement de comportement (action favorable). Les populations qui ne mettent pas en pratique les mesures et comportements souhaités en situation ou non des maladies ne sont toujours pas ceux qui ont des intentions défavorables vis-à-vis du changement de comportement. Ils ont de bonnes intentions d'adopter le comportement recommandé pour se protéger et/ou éviter les maladies, mais dans le déroulement de l'acte de communication, dans la mise en œuvre des politiques de communication, leurs bonnes intentions cèdent aux pressions d'autres variables telles que la langue de communication, la perception, les croyances, les us et coutumes.

Le changement de comportement dépend de la faculté qu'a chaque individu à pouvoir gérer, comprendre ce qui lui est dit, donné comme informations. L'acte de communication se réalisant dans une situation d'interaction, avoir le même code langagier entre les partenaires est extrêmement significatif. Lorsque les populations ne s'exprimant qu'en langue locale trouvent des interlocuteurs s'exprimant dans la même langue, celles-là manifesteront la volonté d'adopter les comportements recommandés par les autorités sanitaires.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdi H., *Introduction au traitement statistique des données expérimentales*, Presses Universitaires de Grenoble, Grenoble, 1989.
- Abric J.-C., *Coopération, compétition et représentations sociales*, Duval, Paris, 1996.
- Abric J.-C., *Pratiques sociales et représentations*, Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Académie Africaine Des Langues, Colloque Sur Le Thème : *Politiques Nationales : Le rôle des langues transfrontalières et La place des Langues de Moindre diffusion en Afrique*, Bamako, 2005.
- Aïssani Y., *La psychologie sociale*, Armand Colin, Paris, 2003.
- Bahi A. A., **Élaboration des messages en communication pour la santé et la problématique du changement de comportement** in *Communication et changement social en Afrique et dans les Caraïbes : bilan et perspectives*, Douala, pp 81-97. (Consulté en ligne le 12 Septembre 2014).
- Balima S. et Frère M.-S., *Médias et communications au Burkina Faso. Approches socio-économiques de l'information*, Harmattan, Paris, 2003.
- Bandura A., *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*, De Boeck, Paris, 1997.
- Bardin L., *L'analyse de contenu*, Presses Universitaires de France, Paris, 1991.
- Baylon C., Mignot X., *La Communication*, 2e édition, 1999.
- Bernard F. & Joule R. V., Le pluralisme méthodologique en sciences de l'information et de la communication à l'épreuve de la communication engageante, *Questions de communication* N° 7, pp 187-205, Presses Universitaires de Nancy, 2005.

- Bernard F. & Joule R. V., Lien, sens et action : vers une communication engageante, *Communication & Organisation* N° 24, pp.347- 362, GREC/O, Université Michel de Montaigne, 2004.
- Bernard F., « Recherche-action et communication d'action et d'utilité sociétales : le cas de la communication engageante et de l'environnement », in BOUZON, A., MEYER, V. (dir.), *La Communication des organisations : entre recherche et action*, Paris, L'Harmattan, p. 145-155, 2008.
- Bernard F., Communication engageante, environnement et écocitoyenneté : un exemple des « migrations conceptuelles entre Sic et psychologie sociale, in *Communications et Organisation, Migrations conceptuelles. D'où viennent les concepts de la communication organisationnelle ?*, N° 31, pp. 27- 41, Bordeaux 3, GREC/O, 2007.
- Bernard F., Communication environnementale et instituante : action et responsabilité sociétales, communication au séminaire de la Journée d'Etudes dans le cadre du programme ANR éco-citoyen, Institut Universitaire de Technologie (IUT), Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2, le 06 décembre 2007.
- Bernard F., La communication de changement, vers une heuristique de l'induction », *Communication et Organisation*, N° 12, pp. 303- 337, GREC/O, Université Michel de Montaigne, 1997.
- Bernard F., Le paradigme de la communication engageante : nouveaux enjeux, problématiques et pratiques pour la communication des organisations, in *Pratiques et usages organisationnels des sciences et technologies de l'information et de la communication*», Actes du Colloque International en Sciences de l'Information et de la Communication, Rennes, 7, 8 & 9 septembre 2006.
- Bernard F., Les Sic, une discipline de l'ouverture et du décloisonnement in Bouzon, A., Meyer, V., (Dir.) *La communication organisationnelle en question*, pp. 32- 46. Paris : L'Harmattan, 2006a.
- Bernard F., Organiser la communication d'utilité publique : Le paradigme de la communication engageante, in *Communication et Organisation* N° 29. *Figures de l'urgence et communication*, pp. 65- 86, GREC/O, Université Michel de Montaigne 2006b.
- Boileau C., « Raymond Massé, *Culture et Santé Publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé* », *Face à face*, mis en ligne le 01 septembre 1999, consulté le 12 septembre 2014. URL : <http://faceaface.revues.org/469>