

**Problématique de la participation
communautaire au programme de vaccination
dans le district sanitaire de Dubréka : analyse de
la composante communication**

Présenté par

Aboubacar BANGOURA

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Management

Spécialité : Management de Projets

Le 8 avril 2019

Devant le jury composé de :

Dr. Alioune DRAME **Président**

Directeur du Département Management, Université Senghor à
Alexandrie (EGYPTE)

Pr. Mame Penda BA **Examinatrice**

Directrice adjointe de l'UFR des sciences juridiques et politiques
à l'Université Gaston Berger de Saint Louis (SENEGAL)

Dr. Michel BEDAR **Examineur**

Professeur à l'Université du Québec à Montréal (CANADA)

Remerciements

Au terme de ce travail scientifique dont les résultats reflètent les efforts considérables consentis par un large éventail de personnes à qui nous voudrions humblement exprimer notre profonde gratitude. A cet effet, nos remerciements vont particulièrement à l'endroit des personnes et des institutions ci-après :

Dr Alioune DRAME, Directeur du Département Management de l'Université Senghor à Alexandrie (EGYPTE) et son Assistante administrative **Mme Suzanne YOUSSEF** pour leurs sages conseils et le sens de la rigueur dans la recherche scientifique.

Pr. Richard LECLERC, chargé de cours à l'Université de Montréal (Canada) et Professeur associé à l'Université Senghor à Alexandrie qui a bien voulu accepter d'encadrer ce travail malgré son agenda très chargé. Nous avons trouvé en lui une personne exigeante au niveau de la démarche méthodologique d'un travail scientifique et surtout sa disponibilité.

À l'ensemble des professeurs intervenant à l'Université Senghor à Alexandrie pour la qualité de leurs enseignements, de leurs documentations et de leurs orientations pendant toute la durée de formation de ce master. Nous n'oublions pas le personnel de cette université, que chacun trouve ici notre sincère reconnaissance.

Ce travail a bénéficié de la contribution précieuse des collègues du Département Management pour leur soutien multiforme. Nous n'oublions pas tous les étudiants de la XVI^{ème} promotion de l'Université Senghor à Alexandrie et à nos compatriotes guinéens présents pour leur apport inconditionnel.

Nous remercions également le Management de l'Unicef/Guinée, principalement à la section Communication pour le Développement(C4D) par le biais de **Mme Mariam TOURE**, spécialiste C4D pour son encadrement constant et son soutien à la promotion de la jeunesse au sein de cette agence onusienne.

À la Direction Régionale de la Santé de Kindia à travers le Médecin Chargé des Maladies, **Dr Kémoko Mickiry CAMARA** pour son appui technique durant tout le temps de collaboration et à la Direction Préfectorale de la Santé de Dubréka pour sa disponibilité sans cesse.

Nous adressons notre profonde gratitude à nos frères et sœurs pour cette solidarité que nous ont transmise nos parents. Une mention spéciale à ma très chère épouse **Mme BANGOURA**, née **DR Saoudatou TOURE**, pour ses conseils et son soutien inconditionnel pour la réussite de cette formation d'excellence.

Enfin, toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre nous ont aidé à la réalisation de ce modeste travail.

Dédicace

Ce travail spécial est dédié :

A

notre mère, aussi spéciale que vous soyez, femme combattante, nous n'avons pas de mots à vous designer. Affectueusement appelée « *lyah* ». Reposez en paix pour l'éternité maman chérie.

notre père, qui nous a inculqué le goût de l'effort et la détermination dans la quête de l'excellence ;

notre oncle, vous êtes notre papa spirituel, vous nous avez tout donné pour que nous parvenions à la réussite.

notre adorable épouse, femme de valeur, pour tes prières, sacrifices, conseils et encouragement que tu ne cesses de nous apporter depuis notre union pour la vie ;

nos frères et nos sœurs, vos prières et bénédictions constituent notre force, malgré les milliers de kilomètres qui nous sépare de votre fraternelle présence.

nos ami(e) s, le courage que vous nous donniez, nous pousse à toujours mieux faire.

Résumé

Le taux d'abandon vaccinal très élevé dans les collectivités de la Guinée et celui du district sanitaire de Dubréka est une contrainte majeure de la vaccination de routine. C'est pourquoi au terme d'un Master en développement, spécialité Management de Projets à l'Université Senghor à Alexandrie en EGYPT, je me propose de réaliser une étude sur le thème : problématique de la participation communautaire au programme de vaccination dans le district sanitaire de Dubréka : analyse de la composante communication.

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration des performances du Programme élargie de vaccination par la participation des communautés aux activités de vaccination dans le district sanitaire de Dubréka.

Elle a été réalisée durant la période allant du 15 octobre au 25 novembre 2018 sous la supervision de mon Directeur de mémoire et du Médecin chargé des maladies de la Direction régionale de la santé de Kindia.

Pour vérifier cette proposition de recherche, une démarche méthodologique a été adoptée. Elle est basée sur les entretiens semi-dirigés, l'enquête pour collecter les informations auprès des acteurs de la santé communautaire du district sanitaire de Dubréka et une analyse des forces, des faiblesses, des opportunités et des menaces de la Direction préfectorale de la santé de Dubréka.

Les résultats ont montré que 61,3% des personnes enquêtées n'avaient aucun niveau de scolarité (40% de femmes et 20% d'hommes) contre 3,2 % d'hommes et 4,8% de femmes pour le niveau secondaire. Les principales raisons de la non vaccination des enfants et des femmes enceintes étaient dues du fait que le lieu de vaccination était trop éloigné (35,5%), et aussi les populations, ne savaient pas qu'il faut revenir pour les 2^e et 3^e doses (14,5%) Aussi, il existait des rumeurs (9,7%) et le manque de confiance dans les vaccins (raisons culturelles/religieuses) 8,1%.

Pour remédier à ces refus, les principales solutions proposées étaient : l'implication des femmes (26,7%), des leaders religieux (16,1%), et la sensibilisation (18,4%),

Mots-clefs

Communication pour le développement, vaccination, vaccin, participation communautaire.

Abstract

The very high vaccine abandonment rate in communities in Guinea in general and in the Dubréka health district is a major constraint of routine immunization. That's why at the end of a Master in development, Project Management specialty at Senghor University in Alexandria in EGYPT, I propose to carry out a study on the theme: problematic of community participation in the vaccination program in the district Dubréka Health Center: Analysis of the communication aspect

The overall objective of this study is to contribute to improving the performance of the Expanded Program on Immunization through community participation in immunization activities in the Dubréka Health District.

It was carried out during the period from October 15 to November 25, 2018 under the supervision of my Director of Memory and the Doctor in charge of Diseases of the Regional Directorate of Health of Kindia.

To verify this research proposal, a methodological approach was adopted. It is based on semi-structured interviews to collect information from community health actors in the Dubréka health district and an analysis of the strengths, weaknesses, opportunities and threats of the Prefectural Health Directorate. The results showed that 61.3% of those surveyed had no level of education (40% women and 20% men) compared to 3.2% men and 4.8% women for the level. secondary. The main reasons for the non-vaccination of children and pregnant women were due to the fact that the place of vaccination is too far away (35,5%), and also the populations, do not know that it is necessary to return for the 2nd and 3rd doses (14.5%) Also, there are rumors (9.7%) and lack of confidence in vaccines (cultural / religious reasons) 8.1%.

To remedy these refusals, the main solutions proposed were: women's involvement (26.7%), involvement of religious leaders (16.1%) and awareness raising (18.4%).

Key-words

Communication for development, vaccination, vaccine, community participation.

Liste des illustrations

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1:Illustration des variables et leurs indicateurs | 23 |
| Figure 2:carte de la préfecture de Dubréka, 2016 | 25 |
| Figure 3:Répartition des personnes enquêtées selon la situation matrimoniale par sexe dans district sanitaire de Dubréka, janvier 2019. | 30 |
| Figure 4:: Répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction en fonction du sexe dans le district sanitaire de Dubréka, janvier 2019..... | 31 |
| Figure 5:Répartition des personnes enquêtées selon les sources d'information sur le PEV à Dubréka, janvier 2019. | 32 |
| Figure 6:Répartition des personnes enquêtées selon la participation à la préparation aux activités de vaccination par niveau d'instruction à Dubréka, Janvier 2019. | 33 |
| Figure 7:: Répartition des personnes enquêtées selon les raisons des refus de non vaccination à Dubréka, Janvier 2019. | 34 |
| | |
| Tableau 1:Récapitulatif de l'échantillonnage de l'étude | 27 |
| Tableau 2:Répartition selon le niveau de connaissance des maladies PEV par niveau d'instruction des personnes enquêtées à Dubréka, Janvier 2019. | 33 |
| Tableau 3:Matrice d'analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la communication de la DPS de Dubréka, janvier 2019. | 35 |
| Tableau 4:Plan d'action d'appui à la communication de la D PS de Dubréka, janvier 2019. | 47 |

Liste des acronymes et abréviations utilisés

AC : agent communautaire

BCG : bacille Calmette-Guérin

C4D : communication pour le développement

CCS : chef de centre de santé

CEC : centre d'encadrement communautaire

CS : centre de santé

CTPS : comité technique préfectoral de santé

CTRS : comité technique régional de santé

CV : couverture vaccinale

DPS : direction préfectorale de la santé

DRS : direction régionale de santé

DTC : Diphtérie Tétanos Coqueluche

JNV : journées nationales de vaccination

MICS : enquête démographique et de santé à indicateur multiple

MCM : médecin chargé des maladies

OMS : organisation mondiale de la santé

PACV : programme d'appui aux communautés villageoises

PEV : programme élargi de vaccination

PFE : pratique familiales Essentielles

PIC : Plan intégré de communication

PNACC : programme national d'appui aux communes de convergence

PNDS : plan national de développement économique et social

PNUD : Programme des Nations Unies pour le développement

PTF : partenaires techniques et financiers

UNDAF : Plan cadre des nations unies pour l'aide au développement

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

VAD : visite à domicile

VAT : vaccin antitétanique

VPO : vaccin polio oral

Tables des matières

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Remerciements | 2 |
| Dédicace | 3 |
| Résumé..... | 4 |
| Mots-clefs..... | 4 |
| Key-words..... | 5 |
| Liste des illustrations..... | 6 |
| Tables des matières..... | 8 |
| Introduction..... | 10 |
| 1 Problématique de la vaccination dans le district sanitaire de Dubréka | 13 |
| 1.1.1 Énoncé de la question de recherche | 14 |
| 1.1.2 Objectifs..... | 15 |
| 1.1.3 Résultats attendus..... | 15 |
| 2 Connaissances théoriques de la communication pour le développement dans la promotion de la santé..... | 16 |
| 2.1.1 Communication pour le développement | 16 |
| 2.1.2 Participation communautaire..... | 16 |
| 2.1.3 Taux de couverture vaccinal..... | 17 |
| 2.1.4 Vaccin..... | 17 |
| 2.1.5 Plan intégré de communication | 17 |
| 2.1.6 Évolution de la C4D et de la décentralisation..... | 17 |
| 2.1.7 Quelques domaines d'application de la C4D dans le système des nations Unies..... | 18 |
| 2.1.8 Communication pour le développement dans le cycle de projet | 19 |
| 2.1.9 Processus d'élaboration du plan de communication | 20 |
| - Analyse de la situation..... | 20 |
| - Définir les objectifs | 21 |
| - Axe de communication | 21 |
| - Établir une stratégie de communication | 21 |
| - Déterminer les moyens..... | 21 |
| - Élaborer le message..... | 21 |
| - Budget..... | 22 |
| 2.1.10 Cadre opératoire..... | 23 |
| 3 Matériels et méthodes | 24 |
| 3.1 Cadre d'étude | 24 |
| 3.1.1 Type d'étude..... | 25 |

| | | |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3.1.2 | Population cible | 25 |
| 3.1.3 | Population d'étude | 26 |
| 3.1.4 | Critères d'inclusion | 26 |
| 3.1.5 | Critères d'exclusion | 26 |
| 3.1.6 | Échantillonnage/échantillon..... | 26 |
| 3.1.7 | Technique de collecte des données : | 27 |
| 3.1.8 | Revue documentaire | 28 |
| 3.1.9 | Analyse des données | 28 |
| 3.1.10 | Considérations éthiques..... | 28 |
| 3.2 | Apport professionnel à la rédaction du mémoire..... | 29 |
| 4 | Résultats, discussions et projet professionnel | 30 |
| 4.1.1 | Résultats | 30 |
| 4.1.2 | Identification des insuffisances | 35 |
| 4.1.3 | Entretiens avec les cibles secondaires..... | 36 |
| 4.2 | Discussions | 37 |
| 4.2.1 | Proposition des pistes d'amélioration de la C4D dans le district sanitaire de Dubréka.. | 39 |
| 4.2.2 | Limites et perspectives de l'étude..... | 40 |
| 4.3 | Projet d'appui à la mise en place d'un plan de communication dans le district sanitaire de Dubréka..... | 41 |
| 4.3.1 | Contexte et justification | 41 |
| 4.3.2 | Objectifs..... | 42 |
| 4.3.3 | Résultats : | 42 |
| 4.3.4 | Axes stratégiques..... | 42 |
| 4.3.5 | Public cible..... | 43 |
| 4.3.6 | Promesse | 44 |
| 4.3.7 | Moyens de communication..... | 44 |
| 4.3.8 | Ton..... | 44 |
| 4.3.9 | Durée du projet | 44 |
| 4.3.10 | Activités prévues | 44 |
| 4.3.11 | Risques | 45 |
| 4.3.12 | Pérennisations du projet..... | 45 |
| 4.3.13 | Suivi et l'évaluation : | 46 |
| 4.3.14 | Partenaires | 46 |
| | Conclusion | 53 |
| | Références bibliographiques..... | 54 |
| | Ouvrages généraux..... | 54 |

Introduction

La vaccination est un système de prévention contre de nombreuses maladies infectieuses (rougeole, fièvre jaune, grippe). Elle consiste à injecter dans l'organisme une forme modifiée et inoffensive du virus ou de la bactérie responsable de la maladie, afin de stimuler dans l'organisme les défenses immunitaires. Ainsi l'organisme produit des anticorps (système de défense). Le jour où il sera en contact avec ce virus ou cette bactérie, il sera capable de réagir rapidement et efficacement en empêchant l'apparition de la maladie ¹. (Voire annexes 2 et 3)

La vaccination permet de sauver des millions de vies et est largement reconnue comme l'une des interventions sanitaires les plus efficaces et les moins coûteuses. Pourtant, aujourd'hui, le nombre d'enfants qui dans le monde ne sont pas encore vaccinés ou qui le sont insuffisamment est de 19,4 millions selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)².

Selon l'Oms, jusqu'en 1992, la couverture vaccinale mondiale des enfants à leur premier anniversaire était de 88% pour le Bacille Calmette-Gering (BCG), 82% pour les trois doses de Diphtérie, Tétanos et Coqueluche (DTC), 84% pour les trois doses de vaccin contre la poliomyélite par voie orale et de 80% pour le vaccin contre la rougeole³.

En Guinée, le Programme élargi de vaccination (PEV) a connu un succès du point de vue de sa mise en œuvre que de son impact sur les indicateurs de santé maternelle et infantile. La réduction de la morbidité⁴ et de la mortalité liée aux maladies cibles du PEV témoigne des efforts fournis.

En dépit des résultats encourageants atteints par le programme, l'analyse de la situation du PEV révèle les forces et les faiblesses selon ces composantes :

- a) prestation de service ;
- b) approvisionnement et la qualité des vaccins ;
- c) logistique ;
- d) surveillance ;
- e) plaidoyer et la mobilisation sociale.

¹[https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/28085-Dr Pierrick HORDE](https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/28085-Dr_Pierrick_HORDE)

²<https://www.who.int/immunization/fr/> OMS | Vaccination, vaccins et produits biologiques.

³ <https://www.who.int/immunization/fr/OMS> | Vaccination, vaccins et produits biologiques.

⁴ Pourcentage des individus malades dans une population, dans un temps donné, d'une maladie particulière ou de l'ensemble des maladies. *Morbidité alcoolique, cancéreuse, tuberculeuse ; statistique de morbidité et de létalité.*

Ces composantes sont appuyées par le management, le financement et le renforcement des capacités⁵.

De plus, la Guinée a traversé entre 2014 et 2015 une double épidémie qui a plongé le pays dans une situation sanitaire alarmante :

- une épidémie de la maladie à virus Ébola considérée comme la pire des menaces sanitaires de son histoire. Elle a enregistré 3 671 cas avec près de 2 434 décès à la date du 2 Septembre 2015 selon la coordination nationale de lutte contre Ébola. Depuis cette date, elle a touché 27 préfectures y compris la ville de Conakry sur les 34 que compte le pays⁶. Au-delà des énormes pertes en vies humaines, elle a engendré une rupture de confiance profonde entre les communautés et le système de santé avec pour corollaire les réticences, refus, violences communautaires et la désertion des services de santé ;
- au mois d'août 2014, on a détecté en Guinée un cas de poliovirus dérivé de souche vaccinale dans le district sanitaire de Siguiiri. Cette notification de cas n'a pas été suivie de riposte en raison des restrictions de mobilité liées à la maladie à virus Ébola. Le 07 septembre 2015, on a détecté au Mali, un cas de poliovirus dérivé de vaccinal circulant de type 2 (PVDVc) qui provenait de Siguiiri⁷.

Ainsi, l'ensemble des programmes de santé a souffert de cette situation, les indicateurs du PEV ont été particulièrement affectés par cette crise sanitaire avec pour conséquences, une baisse drastique de l'offre et de l'utilisation de ces services. La chute de la couverture vaccinale nationale en VPO3 à 42% en serait une illustration⁸.

Le district sanitaire de Dubréka dans la région sanitaire de Kindia situé à 50 km de la capitale Conakry. Ce district présente bien ce dysfonctionnement communicationnel en faveur de la vaccination dont entre autres :

- interventions de communication sont planifiées et/ou gérées de façon centralisée ;
- Idées fausses sur les maladies évitables par la vaccination /manque d'efficacité perçue de certains vaccins ;
- faiblesses dans la communication interpersonnelle des agents de santé ;
- manque d'information sur les effets secondaires ;
- programmes radiophoniques les plus populaires (information, musique, sermons religieux, sports, émissions santé.), ne sont pas sources d'information sur la vaccination.

⁵Cours de formation en gestion PEV Niveau intermédiaire, communication et participation des communautés dans les programmes vaccination OMS Région office for Africa 2013 pp 104

⁶Ministère de la Santé Publique, Coordination Nationale de lutte contre Ebola Guinée, 2015 ».

⁷Ministère de la Santé Publique, Coordination Nationale de lutte contre Ebola Guinée, 2015 ».

⁸Rapport conjoint OMS/Unicef 2016

- communication du haut vers le bas, elle ne privilégie pas l'apprentissage participatif et l'utilisation des méthodes de prise de décision pour améliorer la participation communautaire ;
- perte du carnet de vaccination et ignorance de la gratuité de la vaccination et la
- majorité des parents a entendu des rumeurs sur la vaccination⁹

Les faibles taux de couverture vaccinale et les taux d'abandon élevés sont-ils dus à un déficit de communication dans le district sanitaire de Dubréka ? C'est ce à quoi s'intéresse la présente étude qui cherche à identifier les facteurs externes et internes du faible taux de couverture vaccinale liés à la communication dans le district sanitaire de Dubréka en vue de proposer des pistes de solutions un pour l'amélioration de la santé des populations vulnérables (enfants, femmes).

Cette étude a pour objectif général de contribuer à l'amélioration des performances du PEV par la participation des communautés aux services de santé dans le district sanitaire de Dubréka. Ce qui nous conduit identifier les facteurs externes et internes du faible taux de couverture vaccinale liés à la communication dans le district sanitaire de Dubréka et proposer des pistes de solutions pour l'amélioration des taux de couverture vaccinale dans ce district.

L'étude se fera en quatre chapitres. Au chapitre premier, on traitera de la problématique de la vaccination en Guinée (Dubréka). Le second, sera consacré à la revue de la littérature (définition des concepts clés utilisés et justifier le contenu des approches de ces concepts). Au chapitre troisième, les matériels et méthodes (cadre d'étude et la méthodologie utilisée), et en quatre, on présentera les résultats et les discussions qui permettront d'en arriver à un projet professionnel pour la relance de la vaccination dans le district sanitaire (plan de communication). Enfin la conclusion.

⁹ Plan stratégique national de communication pour la vaccination de routine 2014-2016 PEV/Comité de finalisation SNEIPS/DIRECTION DE LA PREVENTION PP 48

1 Problématique de la vaccination dans le district sanitaire de Dubréka

Dans ce chapitre, on recense les écrits et les ouvrages pertinents qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à l'évolution du cadre théorique de cette étude. Cette recherche bibliographique permet, d'une part, d'explorer les concepts clés utilisés pour la définition du sujet d'étude et, d'autre part, de justifier le contenu des approches de ceux-ci.

Le faible taux de couverture vaccinal et le taux élevé d'abandon vaccinal constituent un problème préoccupant à tous les niveaux du système de santé dans les pays en développement. La couverture mondiale de la vaccination s'est maintenue à 86%, sans amélioration notable au cours de l'année passée. En 2015, environ 86% (116,5 millions) des nourrissons dans le monde ont eu les 3 doses du vaccin DTC, les protégeant contre des maladies infectieuses pouvant être graves, voire mortelles, et entraîner des incapacités. Les 3 doses du vaccin antipoliomyélitique étaient administrées à 85% des nourrissons dans le monde¹⁰.

Les résultats des activités de vaccination de routine en Guinée révèlent qu'en 2015, la couverture de BCG était de 80%, DTC 70%, VAR 65% et l'antigène VAT2+ à 67%.¹¹

Selon le rapport du Comité technique régional de santé 2016 (CTRS), la région sanitaire de Kindia présente un taux d'abandon vaccinal de : 14,79% pour BCG/PENTA3 ; 16,85% pour BCG/VAR ; 9,06% pour PENTA1/PENTA3 et 22,58% pour VAT1/VAT2¹². La préfecture la plus touchée est celle de Dubréka, avec : 44,21% pour BCG/PENTA3 ; 19,68% pour BCG/VAR ; 40,66% pour PENTA1/PENTA3 (les centres de santé les plus touchés par ce taux d'abandon sont : Tondon 19% ; Ouassou 21% ; Khorira 22% ; Kondeya 14% contre 6% ; 7% et 9% respectivement dans les centres de santé de Ansoumania, Falléssadé et Tanènè) et 34,77% pour VAT1/VAT2¹³. En 2017, la proportion des enfants ayant reçu les doses de BCG, PENTA1, PENTA3 et VAR sont respectivement de 65% ; de 74% ; de 65% et de 65% dans le district sanitaire de Dubréka¹⁴.

Selon l'Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples (MICS 2016), plus de la moitié (59%) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante ont reçu au moins 2 doses durant la dernière grossesse contre 55% dans la région de Kindia. Le pourcentage en milieu urbain est beaucoup plus élevé que celui observé en milieu rural, 75% contre 51%¹⁵. Le

¹⁰ <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/2019> consulte le 12 février 2019

¹¹ Ministère de la santé et de l'hygiène publique Programme Elargi de vaccination Plan Pluri annuel complet (ppac) révisé pev – guinée 2011 - 2015

¹² « Rapport Comité Technique Régional de Santé deuxième session DRS Kindia 2016.

¹³ Rapport semestriel : Bilan Vaccination de routine de janvier juillet 2017 DPS Dubréka

¹⁴ Rapport semestriel : Bilan Vaccination de routine de janvier juillet 2017 DPS Dubréka

¹⁵ Guinée enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2016 Guinée, Rapport final de suivi de la situation des enfants et des femmes. Institut National de la Statistique pp 541

district sanitaire de Dubréka présente une couverture vaccinale de 34% en VAT2 en 2017 contre 57% dans la région. Seulement 62% des enfants ont reçu le BCG contre 96% dans la région de Kindia et de 58% la première dose de Penta1 contre 88% à Coyah¹⁶.

Enfin selon une enquête réalisée avec la méthode de sondage par qualité (LQAS) par la coordination nationale du Programme élargi de vaccination, après les Journées nationales de vaccination (JNV) contre la poliomyélite, menée du 10 au 13 mars 2017, le district sanitaire de Dubréka a une couverture vaccinale inférieure à 80% (moins performante) contre 90% dans le district de Kindia. Ce qui classe le district sanitaire parmi les 27 districts prioritaires sur 38 du pays¹⁷.

La persistance de cette situation semble préoccupante pour la Guinée qui a traversée recensement une double épidémie (maladie à virus Ébola et la poliomyélite) et tout particulièrement à Dubréka. Pour résoudre cet épineux problème de santé publique, il est proposé de mener une étude dans le district sanitaire de Dubréka, dans le but d'identifier les différents facteurs qui favorisent « la non vaccination et le taux élevé d'abandon vaccinal » des enfants qui constitue un problème prioritaire de santé.

1.1.1 Énoncé de la question de recherche

Question de recherche

Les faibles taux de couverture vaccinale et les taux d'abandon élevés sont-ils dus à un déficit de communication dans le district sanitaire de Dubréka ?

Hypothèse

Une communication pour le développement bien menée devrait améliorer la couverture vaccinale d'abandon dans le district sanitaire de Dubréka.

¹⁶Rapport semestriel : Bilan Vaccination de routine de janvier juillet 2017 DPS Dubréka.

¹⁷Coordination Nationale PEV : JNV Mars 2017, Résultats enquête par la méthode LQAS.

1.1.2 Objectifs

Objectif général

Cette étude a pour objectif général de contribuer à l'amélioration des performances du PEV par la participation des communautés aux services de santé dans le district sanitaire de Dubréka.

Objectifs spécifiques

- ❖ Identifier les facteurs externes et internes du faible taux de couverture vaccinale liés à la communication dans le district sanitaire de Dubréka ;
- ❖ Proposer des pistes de solutions pour l'amélioration des taux de couverture vaccinale dans le district sanitaire de Dubréka.

1.1.3 Résultats attendus

- ❖ Les facteurs externes et internes du faible taux de couverture vaccinale et du taux d'abandon sont identifiés dans le district sanitaire de Dubréka ;
- ❖ Les pistes de solutions pour améliorer les taux de couvertures vaccinales sont proposées dans le district sanitaire de Dubréka.

2 Connaissances théoriques de la communication pour le développement dans la promotion de la santé

Au chapitre premier, nous avons traité de la problématique de la vaccination en Guinée (Dubrèka). Le second, sera consacré la revue de la littérature (définition des concepts clés utilisés et justifier le contenu des approches de ces concepts).

2.1.1 Communication pour le développement

D'après le guide pratique « *Communication pour le développement* », connue sous le sigle C4D, correspond à l'anglais "Communication for Development". Il est un outil d'influence sociale et politique. La C4D est un processus qui soutient que : les systèmes de communication réciproques, facilitent le dialogue et qui permettent aux communautés de prendre la parole, et aussi d'exprimer leurs aspirations et leurs préoccupations afin de participer aux décisions concernant leur développement »¹⁸.

La C4D, facilite l'accès à l'information, implique et fait participer les acteurs, rend plus fort et influence les politiques publiques tandis que la communication institutionnelle informe, rend compte, génère la visibilité et établit les relations publiques.

2.1.2 Participation communautaire

Selon Midgley, 1981, c'est la création des occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, d'influencer le processus de développement ainsi que de partager équitablement les bénéfices de développement¹⁹.

Dans toute prise de décision dans le processus de développement, la participation est essentielle pour partager l'information, le savoir, la responsabilité, l'engagement et pour adopter une attitude juste face aux projets de développement. La participation souligne l'importance de l'identité culturelle des communautés locales, de la démocratisation et de la responsabilisation à tous les niveaux²⁰.

¹⁸Communication pour le Développement un guide pratique, Produit par : Département Fédérale des Affaires Etrangères (DFAE) Direction du Développement et de la Coopération (DDC) Freiburgstr. 130 3003 Berne /Suisse 2016 PP78.

¹⁹ Midgley, J Participation communautaire et programme de santé : les fondements du dogme 1981 NY P44.

²⁰ Midgley, J 1981 Participation communautaire et programme de santé : les fondements du dogme 1981 NY P44

2.1.3 Taux de couverture vaccinal

Le taux de couverture vaccinal est la proportion de personnes vaccinées dans une population donnée, à un moment donné.²¹

2.1.4 Vaccin

Un vaccin est une préparation administrée pour provoquer l'immunité contre une maladie en stimulant la production d'anticorps. On trouve dans les vaccins des suspensions de micro-organismes inactivés ou atténués, ou des produits ou dérivés de micro-organismes. L'injection est la voie d'administration la plus courante, mais certains vaccins sont donnés par voie orale ou en pulvérisations nasales²².

2.1.5 Plan intégré de communication

Le Plan intégré de communication (PIC) est un concept vulgarisé par Unicef au milieu des Années 1990. Le PIC est un outil d'opérationnalisation de la C4D. C'est un outil qui consiste à penser à la communication dès la planification des programmes sectoriels. Il vise la transformation sociale grâce à la combinaison de trois axes stratégiques²³.

2.1.6 Évolution de la C4D et de la décentralisation²⁴

La C4D tire son origine de la théorie de la modernisation, à savoir la réflexion et la pratique en matière de développement qui ont prédominé dans les Années 50. À l'époque, il était généralement admis que les pratiques traditionnelles des pays en voie de développement devraient être remplacées, ou pour le moins complétées, le « progrès » nécessitant des apports externes. Les médias de masse étaient considérés comme des acteurs potentiellement déterminants du changement de comportement, chargés de « faire souffler le vent de la modernisation sur les communautés traditionnelles isolées et remplacer les structures de vie, les valeurs et les comportements de ces communautés par ceux des sociétés occidentales modernes »²⁵.

²¹ <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-couverture-vaccinale-13088/> consulté le 10 février 2018

²² Organisation mondiale de la santé thème de santé vaccin <https://www.who.int/topics/vaccines/fr/>

²³ Dardelé Antoine. SLC 327 : Modèle de planification des interventions en communication, DSLC, FLASH, UAC, Bénin. 2005.

²⁴ Système d'organisation des structures administratives de l'État dans lequel l'autorité publique est fractionnée et le pouvoir de décision remis à des organes autonomes régionaux ou locaux

²⁵ La communication pour Le développement Accroître l'efficacité des Nations Unies, Elizabeth Mc Call, 2010, PP 134

Les médias de masse étaient aussi conçus comme une source de « diffusion » d'idées et des pratiques novatrices par le biais des canaux influents permettant de toucher des segments différents de cibles au niveau local.

Vers la fin des Années 70, il était abondamment clair pour chacun que le public n'est pas composé de récepteurs passifs de l'information. Les médias ne pouvaient à eux seuls modifier l'esprit et les comportements des individus. C'est vers cette époque que l'approche pour « un autre développement » a commencé à influencer la réflexion et les pratiques de communication. Les partisans de cette approche considéraient que la participation des communautés locales à la conception et à la mise en œuvre des programmes de développement était essentielle puisque c'est à l'intérieur de ces communautés qu'était vécu concrètement le développement²⁶.

À la fin des Années 80, l'idée de développement participatif, en particulier les procédures d'évaluation rurale sur la participation, grâce auxquelles les communautés démunies participent directement à la définition des problèmes et des solutions les concernant, s'était acquise par une influence considérable au sein de nombreuses Organisations Non Gouvernementales(ONG). Depuis, une priorité accrue est accordée aux méthodes de communications horizontales et pluridisciplinaires faisant appel à divers canaux et mettant en valeur l'importance du dialogue pour faciliter la confiance et la compréhension mutuelle, amplifier la voix des pauvres et leur permettre d'identifier les moyens de surmonter leurs problèmes et d'améliorer leur bien-être²⁷.

2.1.7 Quelques domaines d'application de la C4D dans le système des nations Unies

Selon le rapport 1993 du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) : « La participation de la population devient le problème central de notre époque » et il faudrait y ajouter « et la communication est l'instrument incontournable de la participation ».

Le rôle de la communication est décisif pour promouvoir un développement qui prenne en compte la dimension humaine dans un climat de changement social qui caractérise la période actuelle.

- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef)

Cette agence considère la C4D comme une stratégie transversale de son plan stratégique à moyen terme et en a reconnu l'importance décisive en situant la fonction mondiale de la C4D au sein de la division des politiques et des pratiques. L'approche adoptée par l'Unicef en

²⁶La communication pour le développement Accroître l'efficacité des Nations Unies, Elizabeth Mc Call, 2010, PP 134

²⁷La communication pour le développement Accroître l'efficacité des Nations Unies, Elizabeth Mc Call, 2010, PP 134

matière de C4D repose sur la constitution d'une solide base des données à partir des activités de recherche, de suivi et d'évaluation et sur le développement d'étude de cas mettant en évidence la valeur ajoutée qui s'attache à la communication afin d'obtenir des résultats équitables pour les enfants et les femmes.²⁸

- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD)

Le PNUD, quant à lui, envisage les systèmes de la C4D comme des outils essentiels pour favoriser une participation fondée sur l'inclusion et rendre possible la responsabilité sociale.²⁹ En d'autres termes, toute planification des programmes de développement, pour être efficace, doit se fonder sur ce que les gens veulent faire, ce qu'ils sont capables de faire et ce qu'ils peuvent faire de façon durable. On peut aller au-delà, et les techniques de communication permettent de le faire.³⁰

- Organisation mondiale de la santé

La notion de « Communication de santé publique » est similaire à celle de la C4D. Elles sont factuelles et axées sur la réalisation d'objectifs de santé (humanitaires ou de développement). Ces méthodes et ces activités de communication, qui s'apparentent à la C4D, sont incluses dans les programmes techniques en cours. Elles font partie, par exemple, des initiatives ciblant certains groupes particuliers de populations (notamment les travailleuses du sexe) pour recueillir des informations sur le VIH/sida, et aussi de celles qui cherchent à promouvoir un changement de comportement (comme arrêter de fumer ou inciter les groupes à haut risque à se faire vacciner). Elles constituent aussi un élément des activités de communication visant à promouvoir la sécurité routière, l'exercice physique accru et une alimentation saine³¹.

2.1.8 Communication pour le développement dans le cycle de projet

La C4D est une activité transversale qui s'étend sur l'ensemble du cycle du projet. Elle commence avec la phase de planification, passe par celle de mise en œuvre et se termine par l'évaluation. Elle se situe à cheval entre le développement et la communication. Lors de toutes ces phases, elle nécessite une étroite collaboration entre les experts en développement et les spécialistes de la communication. Il

²⁸La communication pour le développement Accroître l'efficacité des Nations Unies, Elizabeth Mc Call, 2010, PP 134

²⁹« La communication pour le développement accroître l'efficacité des nations unies ».

³⁰« La communication pour le développement en Afrique de l'ouest et du centre : vers un agenda d'intervention et de recherche Guy Bessette ».

³¹« La communication pour Le développement Accroître l'efficacité des Nations Unies, Elizabeth Mc Call, 2010, PP 134

s'agit d'une tâche partagée qui vise à soutenir les programmes et non d'une simple discipline assumée par les communicateurs.

Il ne faut pas confondre la C4D avec des événements isolés ou des actions de communication ponctuelles lancées au cours d'un projet. La C4D doit plutôt être considérée comme un fil conducteur qui accompagne et soutient le projet grâce à un large éventail d'activités de communication. Il est primordial que les experts de la C4D soient impliqués dès la phase de planification d'un projet au lieu de n'être sollicités qu'en cas de difficultés nécessitant un effort de communication. La prise en compte de la communication dès la conception du projet contribue à une meilleure intégration des activités de coopération dans les processus de communication. Cette démarche permet, en outre, une planification des ressources humaines et financières à long terme. Dans le Consensus de Rome, les Nations Unies recommandent de prévoir une ligne budgétaire consacrée à la C4D dans l'ensemble des programmes de développement. Son volume dépend de l'ampleur des missions concernées, mais doit représenter au moins 5 % du budget global.³²

Pour synthétiser, tous les projets, quelle que soit leur ampleur, ont besoin d'un plan stratégique de communication adapté à leurs ressources et à leurs objectifs, un plan qui doit être élaboré au cours de la conception ou de la phase initiale d'un projet. Ce n'est pas un événement ponctuel qui va faire la différence. C'est la mise en place d'un ensemble d'activités de communication à différents niveaux, via différents canaux et durant une période prolongée, qui promet des résultats durables.

2.1.9 Processus d'élaboration du plan de communication

- Analyse de la situation

Une fois le mandat bien défini, il faut le situer dans un contexte global. Cela permet de cerner davantage les causes de la problématique et de poser un diagnostic plus précis. Pour ce faire, nous allons dresser un portrait de la situation en utilisant la revue, des recherches et en analysant les données recueillies lors d'un sondage³³.

³² Communication pour le développement Un guide pratique, Produit par : Département fédérale des affaires étrangères DFAE Direction du développement et de la coopération (DDC) Freiburgstr. 130 3003 Berne /Suisse

³³ Cours Planification opérationnelle et contrôle de projet Université Senghor, Youssouf FOFANA, 2019

- Définir les objectifs

Une fois le diagnostic est posé, quels sont les principaux objectifs ? En communication, les objectifs se regroupent sous trois grands axes, soit cognitif, ou faire connaître (sensibiliser ou informer sur un produit ou un service), affectif, ou faire aimer (émouvoir) et conatif, ou faire agir.³⁴

- Public cible

Qui souhaitez-vous joindre et quel est le profil démographique et sociologique pour chacun de vos publics ? Plus vos cibles seront précises et en lien avec vos objectifs, plus vos actions seront percutantes et potentiellement concluantes. Pour chacun des publics cibles, il faudra déterminer l'approche, le style et le contenu des communications³⁵.

- Axe de communication

L'axe est le thème de votre campagne, de votre événement. Tel un phare, c'est l'axe qui orientera la ligne éditoriale de vos communications. Que vous voulez-vous dire à votre cible et que souhaiteriez-vous qu'elle retienne ? L'axe de communication est l'idée principale qui se déclinera dans tous vos messages³⁶.

- Établir une stratégie de communication

Le rôle d'une telle stratégie c'est, entre autres, de planifier les différentes actions. C'est lors de cette étape que la réponse à la question comment allons-nous livrer le message se détermine. Il faut établir les bons outils, choisir de bons influenceurs et des leaders d'opinion qui auront un impact. Au même titre que l'échéancier et le calendrier, ces éléments font partie de la stratégie de communication³⁷.

- Déterminer les moyens

Il est important de bien sélectionner les outils de communication les mieux adaptés pour atteindre vos objectifs. Que ce soit en organisant un événement, des relations de presse, une campagne sur les médias sociaux, par le biais de la publicité ; tous les moyens sont envisageables. Le public cible à joindre et le message à lui transmettre orientent le choix des médias, des techniques et des supports les plus appropriés³⁸.

- Élaborer le message

Le message vise à informer, à sensibiliser, à persuader, à convaincre, à promouvoir et à séduire. Tout en provoquant un changement de comportement ou d'attitude, le message doit demeurer cohérent et transparent. Parce que qu'un discours ne se rédige pas comme un

³⁴ Cours Planification opérationnelle et contrôle de projet Université Senghor, Youssouf FOFANA, 2019

³⁵ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

³⁶ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

³⁷ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

³⁸ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

dépliant et ne s'adresse pas au même public cible, la rigueur est de mise lors de la conception des messages.

Les messages efficaces sont concis, simples et surprenants. Pour qu'ils restent dans les mémoires, il faut éviter de les surcharger en contenu. Avant d'utiliser les messages, il est recommandé de procéder à une validation à travers des groupes témoins, des questionnaires et des entretiens individuels. Les stratégies de communication pèchent souvent par excès d'ambition, en établissant une liste de messages impossibles à mémoriser. Il faut se concentrer sur deux ou trois messages principaux et les véhiculer de façon insistante sur les différents canaux. La qualité vaut mieux que la quantité !³⁹

Les messages essentiels en vaccination de routine se résument par la carte :

M=Maladies contre lesquelles l'enfant ou la femme enceinte est vacciné ;

E=Effets secondaires (comment gérer les effets secondaires) ;

R=Rendez-vous prochain au centre de santé (le respect des dates de rendez-vous) ;

C=Carte de vaccination (importance de bien conserver la carte de vaccination de l'enfant ou de la femme enceinte) ;

I=Nombre de fois que l'enfant doit être vacciné avant son premier anniversaire pour qu'il soit bien protégé contre les maladies évitables par la vaccination.

- Budget

Il est important d'évaluer quels sont vos besoins en ressources humaines, financières et matérielles pour chacun des moyens de communication qui seront déployés. Il importe de déterminer le budget dès le début du mandat, car il est ainsi plus facile de travailler avec les différents fournisseurs⁴⁰.

- Évaluer les résultats

C'est à cette étape que vous pouvez réajuster le tir, si nécessaire, afin d'atteindre les cibles visées au départ. Mesurer la perception du message avec des critères qui évalueront la notoriété, la croissance des ventes, etc.⁴¹

³⁹ Communication pour le développement, guide pratique

⁴⁰ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

⁴¹ . Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

2.1.10 Cadre opératoire

La variable dépendante est une variable qui subit dans ses variations d'autres phénomènes. Elle est aussi la variable que l'on peut étudier ou manipuler. Sur ce, dans le cadre cette étude, cette variable a été mesurée en se basant sur les éléments suivants :

- le taux de couverture vaccinal :
- le taux d'abandon : c'est la portion d'enfant ou de femme enceinte ayant commencé le calendrier et qui le délaisse ou néglige volontairement avant la fin du cycle. (voir fig.)
- variables socio démographiques
- variables liées à la connaissance des maladies du PEV
- variables liées aux sources d'information
- variables liées aux propositions de solution

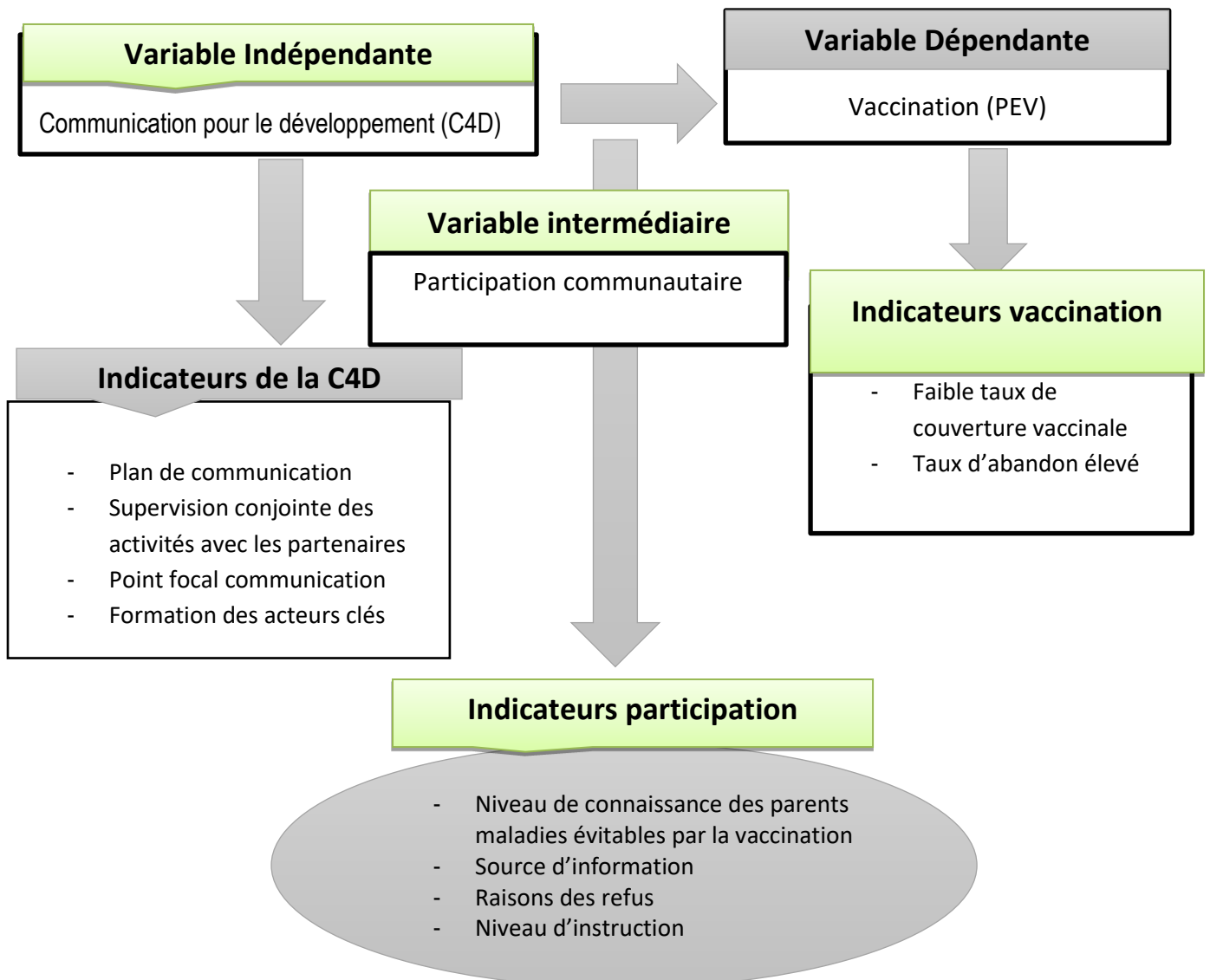


Figure 1: Illustration des variables et leurs indicateurs

3 Matériels et méthodes

Ce chapitre est consacré à la méthodologie utilisée pour mener à bien cette étude. On y abordera en premier lieu le cadre d'étude, les matériels et outils de collecte des données, en second lieu les méthodes de traitement et d'analyse des données et en troisième lieu les limites pour finir sur l'éthique et l'apport professionnel.

3.1 Cadre d'étude

La République de Guinée est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend sur 245 857 km² avec une population de 12 millions d'habitants selon le RGPH (Recensement général de la population et de l'habitat). Elle est limitée au Nord par les républiques de Sénégal et du Mali, au Sud par le Libéria et la Sierra-Leone, à l'Est par la Côte d'Ivoire et à l'Ouest par l'océan Atlantique et la Guinée-Bissau.

En 2003, la Guinée s'est dotée du Plan national de développement sanitaire (PNDS) qui vise « à mettre en place, d'ici l'an 2015, un système de santé accessible, capable de répondre aux besoins de santé de la population et contribuer à la réduction de la pauvreté. ». Pour sa mise en œuvre, le PNDS est basé sur 5 axes stratégiques :

- la lutte intégrée contre la maladie et la mortalité maternelle, néonatale, infantile et infanto-juvénile ;
- le renforcement des capacités institutionnelles et de gestion ;
- l'amélioration des offres et de l'utilisation des services ;
- le développement des ressources humaines ;
- la promotion de la santé⁴².

Caractéristiques physiques, démographiques et économiques

Dubrêka est l'une des cinq préfectures de la région de Kindia, située à environ 50 km de la capitale Conakry. Elle est située à une altitude moyenne de 458,18 m et comprise entre 9°47 de latitude Nord et 13°31 de longitude Ouest. Elle couvre une superficie 5 676 km².⁴³

Elle est limitée :

- Au Nord par les Préfectures de Fria et Telimélé ;
- Au Sud par la Préfecture de Coyah ;
- À l'Ouest par la Préfecture de Kindia ;
- À l'Est par la Préfecture de Boffa et l'Océan Atlantique.

⁴²Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Programme Elargi de vaccination plan pluri annuel complet révisé 2011-2015(PEV Guinée), décembre 2013.

⁴³Etude monographique de la préfecture de Dubrêka, Direction préfectorale du Plan,2010 PP 70.

Elle est composée d'une commune urbaine et de 07 communes rurales : Bady, Tondon, Ouassou, Tanènè, Khorira, Wossou, Falissadé.

Avec une population de 349.095 habitants et une densité de 61hab. /km² selon le RGPH 2016. La population de cette préfecture à l'image de la population globale est essentiellement rurale (plus 60%) et composée majoritairement de jeunes et de femmes.



Source : Monographie Préfecture de Dubréka 2016

Figure 2:carte de la préfecture de Dubréka, 2016

3.1.1 Type d'étude

Une étude de type descriptif transversal d'une durée d'un mois a été menée. Pour y arriver, les méthodes suivantes ont été utilisées :

- la revue documentaire
- les entretiens individuels et
- l'enquête auprès des populations (voir annexe N°1)

3.1.2 Population cible

La population cible pour cette étude est la population du district sanitaire de Dubréka sans aucune distinction de lieu de résidence (rurale ou urbaine).

3.1.3 Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes en âge de procréer et les chefs de ménage, le médecin chargé des maladies (MCM), les chefs de centres de santé ou leurs assistants et les élus locaux.

3.1.4 Critères d'inclusion

Les femmes en âge de procréer et les chefs de ménage, le médecin chargé des maladies (MCM), les chefs de centre de santé ou leurs assistants et les élus locaux (conseil communal) ont été inclus dans notre étude.

3.1.5 Critères d'exclusion

Ont été exclus :

- les parents d'enfants de plus de 5 ans ;
- les femmes en âge de procréer qui n'ont pas voulu répondre questionnaire ;
- les chefs de centre de santé ou agents PEV absents pendant l'enquête ou n'ayant pas voulu répondre au questionnaire ;
- les élus locaux qui ne sont pas impliqués dans les activités de vaccination.

3.1.6 Échantillonnage/échantillon

Nous avons fait un choix raisonné (convenance). Ainsi, après l'application des critères de sélection, nous avons constitué un échantillon composé de :

- 62 (parents d'enfants de moins de 5 ans, femmes en âge de procréer) sur 66 prévus ;
- 06 chefs de centre de santé ;
- 01 médecin chargé des maladies ;
- 06 élus locaux.

Au terme de cette démarche, on a mené sur le terrain des entrevues individuelles de manière physique. L'échantillon ayant servi de base pour l'étude peut être récapitulé ainsi :

Tableau 1:Récapitulatif de l'échantillonnage de l'étude

| Catégorie de cible | Responsabilité | Effectif retenu | Effectif enquêté |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| Équipe cadre du district sanitaire | Équipe cadre DPS | | |
| | Médecin chargé des maladies | 1 | 1 |
| | Équipe terrain | | |
| | Chefs de centre santé/Assistant | 6 | 6 |
| Conseil communal | Maires des collectivités | 6 | 6 |
| Populations | Parents d'enfants de 0 à 5ans/femmes en âge de procréer | 66 | 62 |
| Total | | 79 | 75 |

3.1.7 Technique de collecte des données :

Dans ce cas spécifique, trois principales techniques ont été utilisées pour la collecte des informations. Il s'agit de la revue documentaire, des entretiens et l'enquête. Pour la concrétisation de cette phase, on a élaboré un guide d'entretien, un questionnaire (voir annexe 1) qui se décompose en plusieurs parties. Ce questionnaire a été élaboré sur la base de l'analyse de la revue documentaire.

Ainsi, en collaboration avec le MCM du district, on a identifié 04 enquêteurs sur la base d'un certain nombre de critères : la formation, la connaissance du milieu, la langue du terroir.

La formation des enquêteurs sur les outils de collecte s'est tenue à la DPS et a porté sur la méthodologie d'enquête et les outils de collecte. À la fin de la journée, un test des outils a été effectué afin de s'assurer de la maîtrise et l'efficacité des outils de collecte dans la commune urbaine de Dubréka. Au total, 3 fiches ont été élaborées et mises à la disposition des enquêteurs. Le lendemain, ils ont été déployés sur le terrain. Ces fiches sont, entre autres :

- fiches de collecte des informations dans les ménages ;
- fiches de collecte au niveau des élus locaux et
- fiches d'évaluation au niveau des CCS et MCM.

Une supervision de proximité a été mise en place afin d'apporter les mesures correctrices pendant la réalisation de l'enquête.

Le processus a pris deux semaines d'activités. Ces techniques nous ont permis de recueillir auprès des personnes enquêtées, des informations précises parce qu'elles sont des parties prenantes à part entière de la gouvernance locale et qui constituent des bénéficiaires des actions de développement local.

Par ailleurs, nous avons réalisé des entretiens avec quelques responsables notamment le MCM à la DPS, les chefs de centre de santé (CCS) dans les aires de santé, les élus locaux à la mairie et les parents d'enfants de moins de 05 ans, femmes en âge de procréer, femmes allaitantes dans les ménages.

3.1.8 Revue documentaire

D'abord, nous avons procédé à une revue documentaire au niveau des archives de la DPS. Ce qui nous a permis de consulter les rapports de : monitoring des semestres des années antérieures, rapports SNIS (Système national d'information de santé) des centres de santé, les rapports de Comité technique préfectoral de santé (CTPS), les données de DVD-MT et cela pendant une semaine. Une revue des rapports a été réalisée pour faire ressortir les forces et les faiblesses.

3.1.9 Analyse des données

On a procédé au dépouillement manuel, ensuite à la saisie et au traitement des données à l'aide du logiciel : Microsoft Excel. Les graphiques ont été également réalisés au moyen de celui-ci.

Enfin nous avons procédé à l'analyse des résultats issus des données quantitatives et avons effectué un diagnostic des rapports sur une période d'une année en utilisant les forces et faiblesses.

3.1.10 Considérations éthiques

Pour mener à bien cette étude, une demande a été faite auprès du Directeur préfectoral de la santé de Dubréka, lui demandant l'autorisation de mener une enquête de couverture vaccinale sur la population de ce district. Suite à cette demande, un avis favorable a été obtenu.

Lors de la réunion hebdomadaire de l'équipe cadre de la DPS, tenue chaque lundi, le DPS a profiter de l'occasion pour présenter notre équipe à ses collègues et a expliqué l'objet de notre présence. Une planification conjointe a été faite avec le médecin chargé des maladies afin de faciliter la réalisation de l'activité en mettant à notre disposition un agent pour nous accompagner dans cette recherche.

Nous avons obtenu l'accord et le consentement éclairé de toutes les personnes enquêtées. Les données ont été ensuite conservées dans les archives de la DPS de Dubréka pour des questions de traçabilité.

3.2 Apport professionnel à la rédaction du mémoire

Recruté en qualité d'Administrateur communication pour le développement entre 2015-2018 à l'Unicef Guinée et à la Coordination nationale du PEV. Basé au bureau de zone ouest qui couvre le district sanitaire de Dubréka, cette expérience fut pour nous très bénéfique car elle nous a permis de participer à la riposte contre les épidémies de la maladie à virus Ebola et la poliomyélite, donc une immersion en urgence sanitaire.

Durant cette expérience, nous avons amélioré nos connaissances et compétences en :

- planification et la mise en œuvre des stratégies de communication en appui aux activités de vaccination de routine dans les districts sanitaires de la région de Kindia ;
- collecter, analyser les données sur les aspects de communication et d'engagement communautaire dans la promotion des Pratiques familiales essentielles ;
- cartographier les associations de femmes et de jeunes, des personnes influentes et d'autres opportunités de communication ;
- mener des rencontres de plaidoyer et d'échange regroupant les acteurs locaux y compris les leaders communautaires et les populations.

En somme cette expérience nous a permis d'avoir une immersion en solidarité internationale et d'élargir notre carnet d'adresse.

4 Résultats, discussions et projet professionnel

Dans ce chapitre, il s'agit pour nous de faire une analyse des données communicationnelles pour ensuite ressortir les insuffisances et enfin proposer un projet de relance des activités de vaccination dans le district sanitaire de Dubréka.

4.1.1 Résultats

Dans cette étude, 35,5% des personnes enquêtées étaient de sexe masculin. Les femmes mariées représentaient 45,2% contre 24,2% chez les hommes mariés (voir fig.1).

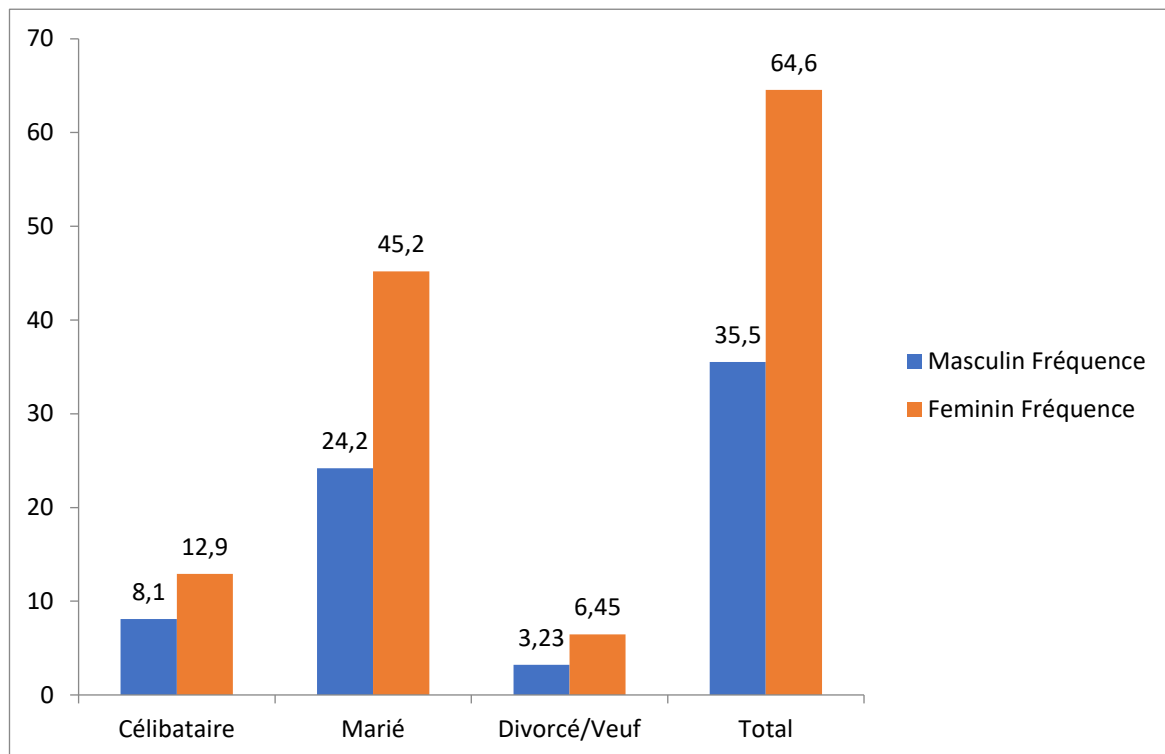


Figure 3: Répartition des personnes enquêtées selon la situation matrimoniale par sexe dans district sanitaire de Dubréka, janvier 2019.

L'analyse de ce graphique montre que 61,3% des personnes enquêtées n'avaient aucun niveau de scolarité (40% de femmes et 20% d'hommes) contre 3,2 % d'hommes et 4,8% de femmes pour le niveau secondaire (voir fig. 2).

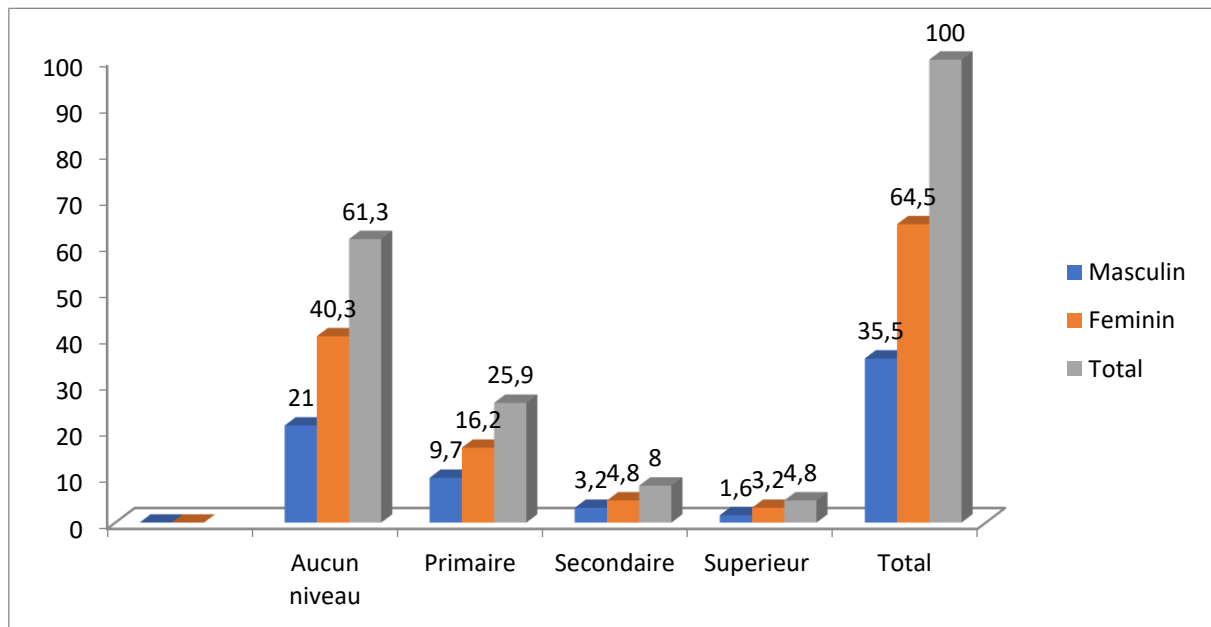


Figure 4:: Répartition des personnes enquêtées selon le niveau d'instruction en fonction du sexe dans le district sanitaire de Dubréka, janvier 2019.

Les principales sources d'information des personnes enquêtées étaient constituées : des crieurs publics (36%), les agents communautaires (26,1%) et la radio et la télévision (16,3%). (voir fig.3).

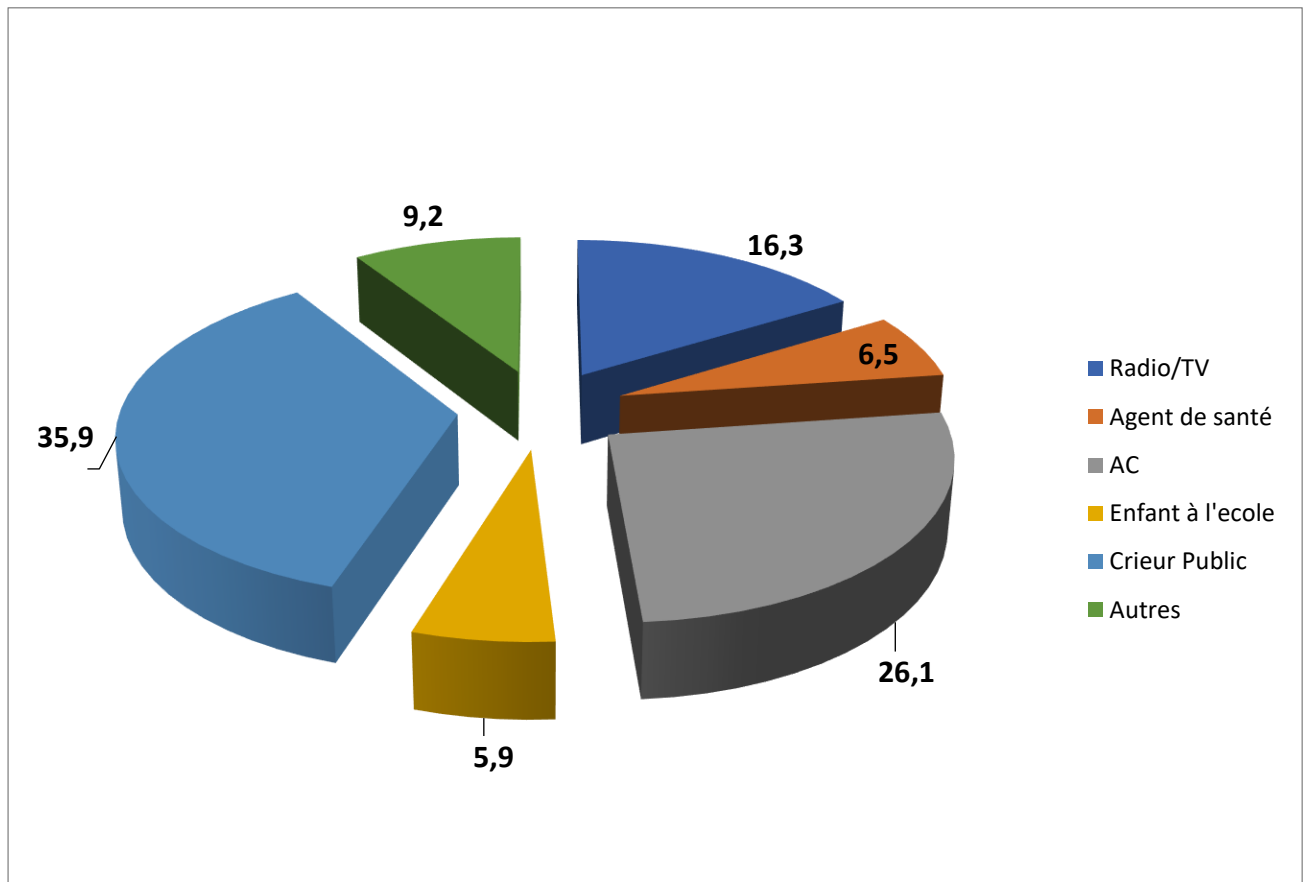


Figure 5: Répartition des personnes enquêtées selon les sources d'information sur le PEV à Dubréka, janvier 2019.

Parmi les maladies cibles du PEV, la plus connue par les personnes enquêtées à Dubréka était : la rougeole, à 95,2% (dont 38,7% n'ayant aucun niveau de scolarité, 29% un niveau primaire, 12,9% un niveau secondaire et 14,5 % un niveau supérieur), tandis que la moins connue était la fièvre jaune à 35,5%, (dont 6,5 % n'ayant aucun niveau, 9,7% un niveau primaire, 6,5% un niveau secondaire et 12,9 % ayant un niveau supérieur) (voir tableau 3)

Tableau 2: Répartition selon le niveau de connaissance des maladies PEV par niveau d'instruction des personnes enquêtées à Dubréka, Janvier 2019.

| Niveau d'instruction | Polio | Fièvre Jaune | Tuberculose | Hépatite B | Tétanos | Rougeole | Coqueluche |
|----------------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aucun niveau | 24,2 | 6,5 | 14,5 | 9,7 | 29,0 | 38,7 | 9,7 |
| Primaire | 27,4 | 9,7 | 22,6 | 16,1 | 16,1 | 29,0 | 17,7 |
| Secondaire | 14,5 | 6,5 | 9,7 | 6,5 | 11,3 | 12,9 | 4,8 |
| Supérieur | 14,5 | 12,9 | 12,9 | 11,3 | 12,9 | 14,5 | 11,3 |
| TOTAL | 80,6 | 35,5 | 59,7 | 43,5 | 69,4 | 95,2 | 43,5 |

Les personnes enquêtées ne participaient pas aux activités de vaccination : 63%, (dont 35% n'ayant aucun niveau scolaire, 16% ayant un niveau primaire, 8% un niveau secondaire et 3% un niveau supérieur) contre 37% (dont 8% ; 13% ; 5%, et 3% respectivement pour les niveaux : aucun, primaire, secondaire et supérieures) (voir fig.5).

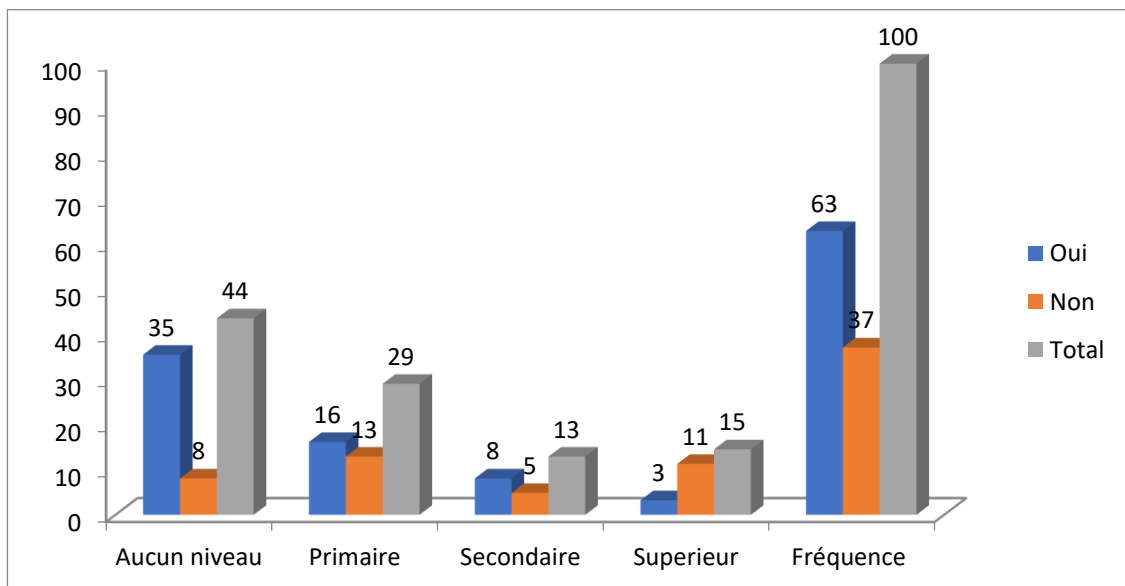


Figure 6: Répartition des personnes enquêtées selon la participation à la préparation aux activités de vaccination par niveau d'instruction à Dubréka, Janvier 2019.

Les principales raisons de la non vaccination des enfants et des femmes enceintes étaient : lieu de vaccination trop éloigné à 35,5%, ne savent pas qu'il faut revenir pour les 2^{èmes} et 3^{ème} dose à 14,5%, rumeurs à 9,7% et manque de confiance dans les vaccins (raisons culturelles/religieuses) à 8,1%. (voir fig.6.)

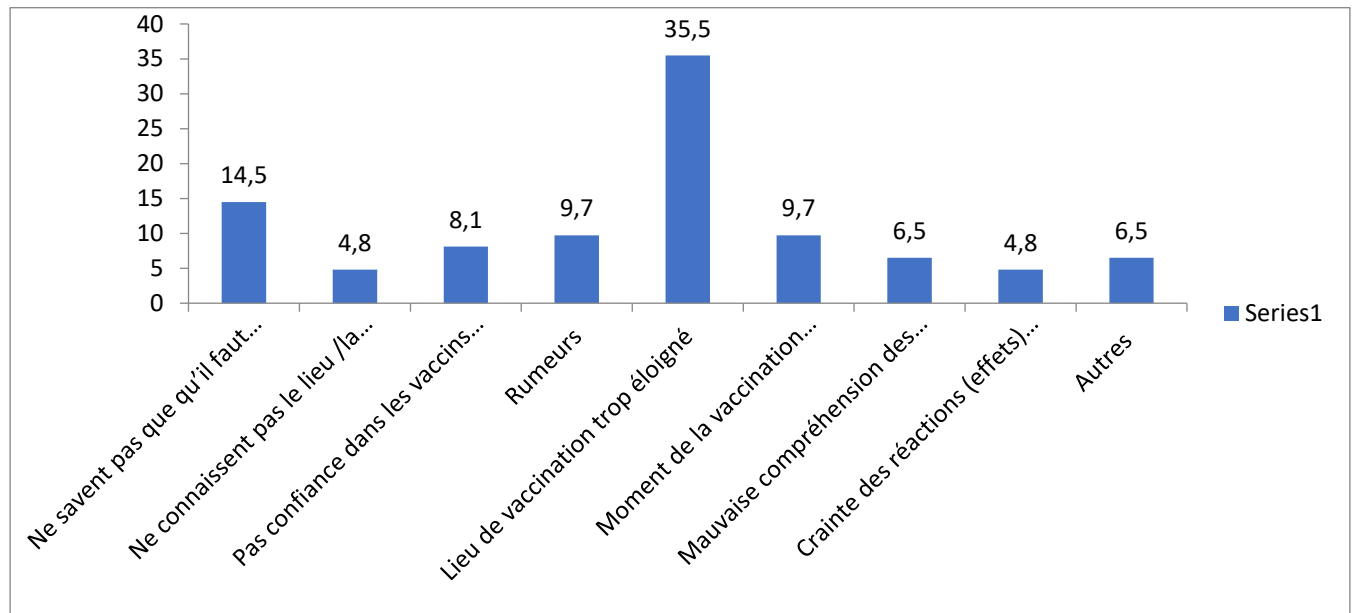


Figure 7:: Répartition des personnes enquêtées selon les raisons des refus de non vaccination à Dubréka, Janvier 2019.

Les principales solutions proposées face aux refus étaient : implication des femmes (26,7%), implication des leaders religieux (16,1%) et la sensibilisation (18,4%). (voir fig.7).

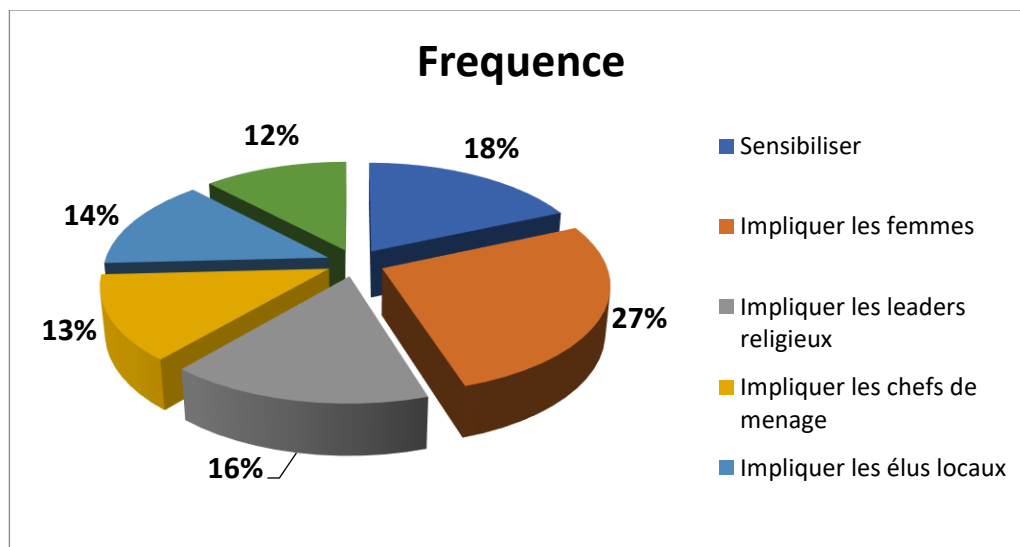


Figure 8 : Répartition des personnes enquêtées selon les solutions proposées face aux refus à la vaccination à Dubréka, Janvier 2019.

4.1.2 Identification des insuffisances

Après l'enquête de terrain, voici présenté le tableau récapitulatif des forces, faiblesses, des opportunités et des menaces en matière de communication de la DPS de Dubréka, afin de pouvoir déduire les insuffisances. (voir tableau 4)

Tableau 3:Matrice d'analyse Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces de la communication de la DPS de Dubréka, janvier 2019.

| Forces | Faiblesses |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un partenariat stratégique entre la DPS et deux ONG locales dans le cadre de la relance de la vaccination de routine ; -Affectation de 52 nouveaux fonctionnaires à la DPS ; -Disponibilité des motos pour les agents PEV afin de faciliter les stratégies avancées ; -Disponibilité du vaccin dans les structures de santé -Organisation des Comités Techniques Préfectoraux de Santé à chaque semestre de l'année | <ul style="list-style-type: none"> -Inexistence d'un plan de communication de la DPS -Insuffisance de supervision par l'équipe cadre du district dans les structures de santé ; -Insuffisance de financement par les partenaires techniques et financiers -Faible motivation du personnel ; -L'équipe de management du district est vieillissante -Interférence des activités de santé dans le district -Faible niveau de formation du point focal communication du district et les Agents PEV en communication sur la vaccination -Insuffisance de la chaîne de froid dans certaines structures de santé |
| Opportunités | Menaces |
| <ul style="list-style-type: none"> -Existence d'un plan de développement local dans les collectivités -Existence des réseaux communautaires dans le district (leaders religieux ; APEAE, CPAV) -Existence de plusieurs groupements et associations de jeunesse et de femmes ; -Existence des marchés hebdomadaires, écoles, centres d'encadrement -Présence des partenaires techniques et financiers notamment Unicef, OMS et UNFPA -Présence du programme d'électrification rurale et les micros barrages ; | <ul style="list-style-type: none"> -Situation sociopolitique du pays avec plusieurs manifestations ; -Existence des zones à accès difficile dans le district -Méconnaissance par les nouveaux élus locaux du code des collectivités ; -Explosion démographique dans le district par sa proximité avec la capitale Conakry (50km) ; -Faible implication des autorités administratives et locales dans les activités de santé |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> -Existence et bonne couverture du district par les sociétés de téléphonie mobile -Existence des médias publics et privés (télévision et radios) et les radios privées de la capitale ; -Existence des programmes nationaux de développement : PACV et PNACC, Programme d'électrification rurale -Existence de plusieurs entreprises dans le district (cimenterie), | <ul style="list-style-type: none"> -Faible participation des femmes et des jeunes dans la prise de décision et l'exécution des activités des collectivités de la préfecture. -Absence de l'intercommunalité entre les collectivités d'une même préfecture ou région. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4.1.3 Entretiens avec les cibles secondaires

- Entretien avec le Médecin chargé des maladies (MCM)

L'entretien avec le MCM, a permis de constater ceci : les communautés du district évoquaient que la vaccination est une source de maladie : fièvre, et même de stérilité.

À côté de tout cela, le District a désigné avec l'appui des partenaires techniques et financiers, notamment l'Unicef, un point focal de communication qui est un bénévole, mais qui n'a bénéficié d'aucune formation en C4D.

Ensuite, le district sanitaire ne dispose d'aucun plan de communication. Par conséquent, il n'y a : pas de cartographie des zones à accès difficiles, de réticence, des marchés hebdomadaires, des écoles, des centres d'encadrement communautaires, etc.

- Entretien avec les chefs de centres de santé

Selon la plupart des chefs de centre interrogés, des séances de sensibilisation ont été organisées parfois avec l'appui des AC qui ne donnaient pas de résultats satisfaisants. Parmi les raisons de refus de vaccination évoquées par les CCS, figurait la religion musulmane (femmes voilées). Des actions suivantes étaient déjà menées sur le terrain : implication des leaders religieux dans la sensibilisation, un plaidoyer auprès des autorités locales et administratives des certaines collectivités rurales et la dotation de toutes les femmes enceintes au premier contact d'une moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA).

- Entretien avec les élus locaux

Ils étaient conscients du phénomène de refus de la vaccination dans les différentes collectivités de la préfecture de Dubréka. En majorité, les élus ont affirmé être informés des différentes journées nationales ou locales de vaccination, mais ils n'étaient pas impliqués dans la vaccination de routine (stratégie fixe, avancée ou mobile) ou la gestion des cas de refus.

Enfin, aucune des collectivités dans de la préfecture ne disposait d'un plan de communication.

4.2 Discussions

Cette étude avait pour objectif de contribuer à l'amélioration des performances du PEV par la participation des communautés aux services de santé dans le District sanitaire de Dubréka. Elle a montré que la majorité des personnes enquêtées ne participaient pas aux activités de vaccination ce qui contredit à une étude réalisée par Fabrice Dimitri Togla YEMADJE (2008), sur **les facteurs de réticence et de résistance à la vaccination anti-poliomyélite chez les populations de la commune de ZOGBODOMEY** au Bénin, selon cet auteur, aucun des enquêtés ne participait à l'organisation ni à la conception des activités du PEV⁴⁴.

Ensuite, l'étude a montré que les principales sources d'information étaient constituées de : crieurs publics, d'agents communautaires et de médias comme la radio et la télévision. Nos résultats sont contraires à ceux de Nguéack et al., qui ont démontré dans, l'article dénommé « **Connaissances, attitudes et pratiques des mères travailleuses vis-à-vis de la vaccination des enfants au Cameroun en 2016** », que la majorité des mères était informée par un personnel de soin et seulement 4,2% l'étaient par les médias, ce qui avait influencé significativement le statut vaccinal complet des enfants⁴⁵. Selon COULIBALY Adama DIAKALA, dans son **Etude sur les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0-12 mois en commune I du district de Bamako en 2013**, les moyens d'information les plus cités par les mères ou les accompagnantes étaient la télévision, la radio et le personnel de santé⁴⁶.

Concernant les principales raisons de la non-vaccination des enfants et des femmes enceintes, nos résultats sont contraires à ceux de G. Bobossi-SERENGBE et al. sur **Les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois à Bangui en 2014**, qui avaient trouvé comme principales raisons : l'indisponibilité de la mère, l'attitude négative des Agents de santé, les contre-indications erronées, la difficulté d'accès à l'information, les vaccins non disponible (6,1%) et l'éloignement du centre de santé (47 %). Nos résultats sont aussi contraires à ceux d'une **Etude réalisée au Canada en 2016 sur l'acceptation, refus et hésitation à la vaccination : défis et approches proposées**, qui avait montré que la plupart des parents interrogés avaient dit être préoccupés par les effets secondaires potentiels des vaccins et certains avaient dit que le vaccin pouvait causer la maladie qu'il devait prévenir. On notait cependant que les exemptions pour motifs religieux ou objections de conscience

⁴⁴Fabrice Dimitri Togla YEMADJE :Etude des facteurs de réticence et de résistance à la vaccination anti-poliomyélite chez les populations de la commune de ZOGBODOMEY, ,2008 PP 34.

⁴⁵ NGUEFACK et al. Connaissances, attitudes et pratiques des mères travailleuses vis-à-vis de la vaccination des enfants au Cameroun en 2016

⁴⁶COULIBALY adama diakalia, « les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0-12 mois en commune i du district de Bamako.

⁴⁷G. Bobossi-Serengbé et col, « Les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois à Bangui 2014.

avaient augmenté durant la période de l'étude tandis que celles médicales avaient sensiblement diminué chez les élèves âgés de 7 à 17 ans⁴⁸.

Il ressort de notre étude, que les propositions de solutions faces aux refus à la vaccination étaient multiples et comprenaient entre autres : l'implication des femmes et des leaders religieux, la sensibilisation et des élus locaux, des chefs de ménages. Selon **une Etude réalisée par l'OMS en 2015 intitulée : « Hésitation sur la vaccination »**, aucune stratégie d'intervention ne peut à elle seule répondre à tous les cas de réticence à la vaccination. D'après une analyse systématique des stratégies appliquées pour vaincre les réticences à la vaccination, les interventions les plus efficaces pour faire accepter la vaccination sont celles à composantes multiples par opposition aux interventions à composante unique. Ces interventions doivent reposer sur un dialogue et viser directement les populations non vaccinées ou insuffisamment vaccinées et les populations spécifiques (communautés locales, agents de santé par exemple).

Les interventions doivent cibler les déterminants précisément à l'origine des réticences. Les stratégies peuvent comprendre les éléments suivants :

- Participation des chefs religieux et d'autres dirigeants influents pour promouvoir la vaccination dans la communauté
- Formation des agents de santé à la communication
- Mesures incitatives non financières
- Sensibilisation et information au sujet de la vaccination
- Mobilisation sociale
- Médias de masse
- Messages de rappel et suivi⁴⁹.

Suite à la réunion du mois d'Octobre 2014 du GCSE (Groupe consultatif stratégique d'experts), qui soutient la mise en œuvre d'interventions à plusieurs volets, mais bien intégrées, qui comprennent les médias de masse, la mobilisation sociale à différents niveaux et des interventions axées sur le dialogue, en plus de l'application de l'application des stratégies efficaces identifiées antérieurement (exemple les rappels). Le GCSE a également conclu qu'il faut mettre de l'avant des recherches plus poussées, ayant un caractère formatif et conçues pour recueillir des preuves plutôt que de tester les présomptions.⁵⁰

⁴⁸ Dubé E, Bettinger JA, Fisher WA, Naus M, Mahmud SM, Hilderman T. Acceptation, refus et hésitation au Canada : défis et approches proposées. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016 ;

⁴⁹[http : www.who.int/immunization/sage/meeting/2014/october/SAGE/working group revised Report vaccines hesitancy.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meeting/2014/october/SAGE/working_group_revised_Report_vaccines_hesitancy.pdf). 2015(Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination).

⁵⁰Publié par : L'Agence de la santé publique du Canada, « Amélioration de la couverture vaccinale ».

À la lumière de l'analyse FFOM, il faut noter une insuffisance de financement par les Partenaires techniques et financiers (PTF). Cette insuffisance pourrait être due par le fait que le District ne dispose pas d'un plan d'action opérationnel qui est un outil de planification et de décision pouvant inciter les partenaires au financement des activités d'où l'alignement des PTF.

En ce qui concerne l'insuffisance de la chaîne de froid dans certaines structures de santé, ce déficit pourrait s'expliquer par des pannes répétées, la disponibilité de l'agent de maintenance, entraînant la rupture de vaccin dans certaines structures de santé qui à son tour peut réduire considérablement les taux de couverture.

Enfin la faible motivation du personnel pourrait également être liée à une insuffisance de supervision, et par conséquent au vieillissement de l'équipe de management.

4.2.1 Proposition des pistes d'amélioration de la C4D dans le district sanitaire de Dubréka

Suite à la section précédente, des pistes d'amélioration de plusieurs niveaux sont proposées pour relancer la vaccination dans ce District. À cet effet, il s'agit des propositions pour transformer les faiblesses en forces et les menaces en opportunités.

Transformation des faiblesses en forces

- Insuffisance de formation du point focal communication et bénévole, les nouveaux CCS et agents PEV, nous recommandons à la DPS d'identifier un personnel salarié parmi les nouveaux fonctionnaires mutés et demander aux PTF (Unicef) un appui pour assurer leur formation sur la communication sur la vaccination ;
- Concernant l'inexistence d'un plan de communication du district, nous proposons au District sanitaire, l'élaboration d'un plan de communication. Pour y parvenir, il serait nécessaire de recruter un consultant indépendant pour mener à bien le diagnostic participatif. Il organisera une consultation avec toutes les parties prenantes afin que chaque acteur puisse être responsabilisé ou impliqué dans la définition des indicateurs.
- Insuffisance de supervision par l'équipe cadre du district dans les structures de santé, nous recommandons à la DPS d'élaborer un plan de supervision conjoint et intégré avec les partenaires techniques et financiers évoluant dans les aires de santé et inviter les élus locaux, les comités de santé pendant les réunions mensuelles du District. Cette démarche permettra à la DPS d'éviter les interférences dans les activités car ce sont les partenaires qui doivent s'aligner derrière le plan de la DPS et non le contraire.
- Faible motivation du personnel, nous proposons de mettre en place un prix de l'excellence ou de qualité pour récompenser le centre de santé ayant les meilleures performances ! Cela devrait augmenter le degré de motivation, de participation ou d'implication des parties prenantes aux activités de santé communautaire.

Transformation des menaces en opportunités

Existence des zones à accès difficile dans le District, zones de réticences, nous recommandons au District d'établir des partenariats avec les programmes nationaux notamment le Programme d'appui aux communautés villageoises (PACV), Programme national d'appui aux communes de convergence (PNACC) qui soutiennent le développement dans ces collectivités dans toutes ces composantes afin que les actions de santé (construction des centres de santé, postes de santé contenus dans les Plans de Développement Locaux (PDL) .Ainsi ces projets identifiés seront financés par ces partenaires et renforcer la collaboration avec les AC, élus locaux, leaders religieux pour la dissémination de l'information vers ces zones à accès difficile.

En ce qui concerne la faible implication des parties prenantes, nous proposons au District de les responsabiliser. La santé n'est pas que l'affaire des professionnels de santé, elle est intégrée et ça concerne tout le monde ! D'où la synergie d'action entre tous les partenaires de mise en œuvre. L'approche participative doit être privilégiée, ce qui facilitera l'appropriation et la durabilité des actions concernant les communautés.

Explosion démographique dans le district par sa proximité avec la capitale Conakry (50km) face à cette situation, nous proposons à la DPS de communiquer régulièrement sa population cible à la coordination nationale du PEV afin qu'on puisse doter le district suffisamment en vaccin car la proximité avec la capitale fait que le district à un problème de densité.

4.2.2 Limites et perspectives de l'étude

Cette étude présente des insuffisances parmi lesquelles :

-Non généralisation de cette étude à toutes les aires de santé du District du fait qu'elles n'ont pas toutes les mêmes spécificités. Cependant elle permet, au moins de donner aux acteurs quelques caractéristiques de la C4D dans la promotion des activités de vaccination en particulier et aux pratiques familiales essentielles (PFE) en général.

-Période de collecte des données a été relativement très courte : 04 semaines. Plus de temps aurait pu permettre de comprendre en profondeur les problèmes de communication liés à la promotion de la vaccination et faire des propositions plus pointues.

-Difficultés liées à la vérification de l'exactitude des informations fournies à travers les entretiens, enquête avec les parties prenantes et l'insuffisance de documents de C4D car c'est un concept nouveau dans le développement local en Guinée, certains acteurs le considèrent comme une approche du système des Nations Unies.

En termes de perspectives, cette étude sera un élément de base sur lequel le District sanitaire pourrait s'appuyer pour la relance du PEV de routine en développant les stratégies de communication et une forte responsabilisation des parties prenantes. Elle servira également à d'autres districts sanitaires de la région connaissant aussi des problèmes de participation communautaire aux activités de vaccination.

4.3 Projet d'appui à la mise en place d'un plan de communication dans le district sanitaire de Dubréka

4.3.1 Contexte et justification

Dans la région sanitaire de Kindia, le taux d'abandon vaccinal est de : 14,79% pour BCG/PENTA3 ; 16,85% pour BCG/VAR ; 9,06% pour PENTA1/PENTA3 et 22,58% pour VAT1/VAT2⁵¹. La préfecture la plus touchée est celle de Dubréka, avec : 44,21% pour BCG/PENTA3 ; 19,68% pour BCG/VAR ; 40,66% pour PENTA1/PENTA3 (les centres de santé les plus touchés par ce taux d'abandon sont : Tondon à 19% ; Ouassou à 21% ; Khorira 22% ; Kondeya à 14% contre 6% ; 7% et 9% respectivement dans les centres de santé de Ansoumania, Falléssadé et Tanènè) et 34,77% pour VAT1/VAT2⁵². En 2017, la proportion des enfants ayant reçu les doses de BCG ; PENTA1 ; PENTA3 et VAR sont respectivement de 65% ; 74% ; 65% et 65% dans le district sanitaire de Dubréka.

Selon l'Enquête MICS 2016, plus de la moitié (59%) des femmes de 15-49 ans qui ont eu une naissance vivante ont reçu au moins 2 doses durant la dernière grossesse contre 55% dans la région de Kindia. Le pourcentage en milieu urbain est beaucoup plus élevé que celui observé en milieu rural, 75% contre 51%⁵³. Le district sanitaire de Dubréka, présente une couverture vaccinale de 34% en VAT2 en 2017 contre 57% dans la région. Seulement 62% des enfants ont reçu le BCG contre 96% dans la région de Kindia et de 58% la première dose de Penta1 contre 88% à Coyah.

« BÉBÉ HALLO HÔPITAL » est un projet novateur de carnet électronique de vaccination qui vise à rappeler les femmes par SMS et par appel des différents rendez-vous prénataux et postnataux, y compris également la date des différentes campagnes de vaccination.

La mise en œuvre de ce projet s'inspire des orientations du Plan National de Développement Economique et Social (PNDS) 2016-2020 qui met l'accent sur :

- Appui aux instances préfectorales afin qu'elles tiennent davantage compte de la nécessaire articulation entre la décentralisation et la déconcentration et la promotion des droits des couches vulnérables ;
- Appui aux collectivités locales sous forme de renforcement des capacités pour la mettre en œuvre les projets inscrits dans les PDL.

Ces orientations sont en lien avec le Plan Cadre de Coopération des Nations Unies pour l'Aide au Développement (UNDAF) 2018-2022.

⁵¹« Comité Technique Régional de Santé deuxième session 2016 DRS Kindia ».

⁵²Bilan Vaccination de routine de janvier juillet 2017 DPS Dubréka

⁵³ Rapport MICS 2016 Guinée

4.3.2 Objectifs

Objectif général

De façon générale, ce projet vise à garantir à chaque enfant et à chaque femme enceinte le droit à la vaccination et à installer le réflexe vaccinal au niveau des familles et des communautés dans le district sanitaire de Dubréka

Objectifs spécifiques

Spécifiquement, le projet vise les objectifs suivants :

- a) Amener les autorités politico-administratives à soutenir et s'impliquer totalement dans la promotion de la vaccination dans le district sanitaire de Dubréka d'ici 2021.
- b) Informer et sensibiliser 80% des populations du district sanitaire sur l'importance et l'acceptation de la vaccination d'ici 2021 ;
- c) Renforcer les capacités de cinq (5) acteurs précisément de 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet ;
- d) Amener les 100 000 ménages, 250 groupements des femmes, 100 associations des jeunes à informer et s'engager à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet.

4.3.3 Résultats :

- a) Les autorités politico-administratives de la préfecture de Dubréka soutiennent et s'impliquent totalement à la promotion de la vaccination ;
- b) 80% des populations dans la zone cible connaissent l'importance de la vaccination d'ici 2021 et acceptent la vaccination de leurs enfants ;
- c) Les capacités de cinq (5) acteurs sont renforcées notamment de 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet
- d) 100000 ménages, 250 groupements des femmes, 100 associations de jeunes sont à informer et s'engagent à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination.

4.3.4 Axes stratégiques

La communication en appui aux activités de vaccination s'articulera autour des axes stratégiques ci-après :

-Plaidoyer : il sera mené prioritairement en direction des autorités politico-administratives au plus haut niveau de la région : gouverneur, préfet, élus locaux, le député uninominal afin qu'elles adhèrent à la promotion de la vaccination. Il conviendra de dire clairement à ces différentes autorités quelles sont les attentes spécifiques par rapport aux problèmes rencontrés dans la promotion de la vaccination.

-Mobilisation sociale et le partenariat : il s'agit de mettre l'accent sur les réseaux sociaux existants au niveau district sanitaire. Ces réseaux sont entre autres : les associations de jeunes, les groupements féminins, les médias locaux ; APEAE (Association des Parents et Amis de l'Ecole), les mosquées et les églises ainsi que les ONG locales de développement évoluant dans la zone. On utilisera pour la prévention par la sensibilisation de la population, un outil moderne et direct qu'est le téléphone mobile (SMS et appel). La notification par SMS et appel sauvera des centaines de milliers d'enfants et de femmes enceintes de certaines maladies évitables par la vaccination car elle permettra un suivi régulier. Le service sera gratuit.

Par ailleurs à tous les niveaux, un partenariat étroit devra être établi avec les services techniques déconcentrés de la préfecture élargie au niveau des Sous-préfectures, notamment ceux de l'enseignement primaire, secondaire, la direction de l'action sociale (centre d'encadrement communautaire), la radio communautaire Soumba FM

-Renforcement des capacités en communication : tous les acteurs du PEV, à savoir le point focal communication, les nouveaux agents PEV, les nouveaux CCS, les professionnels des médias, les agents communautaires (AC), les leaders religieux etc. seront formés sur la communication en vaccination pratique.

-Communication pour le changement de comportement: l'accent sera mis sur la communication interpersonnelle, laquelle renforcera les acquis du PEV de routine et ciblera principalement toute la population, en particulier la population des zones à accès difficile (carrières, villages très éloignés du CS; zones de réticences(populations spécifiques). Cette stratégie sera mise en œuvre principalement à travers les AC, les leaders communautaires, les associations de base, les groupes de théâtres, crieurs publics et autres canaux de proximités disponibles.

4.3.5 Public cible

Les actions de communication en faveur de la vaccination viseront les cibles ci-après :

- Les femmes en âge de procréer ;
- Les mariées ;
- Les personnes n'ayant aucun niveau de scolarité ;
- Les personnes ayant un niveau primaire, secondaire ;
- Elus locaux ;
- Mouvements associatifs (groupements des femmes, jeunes, coopératives), ONG et autres réseaux sociaux : mosquées/églises ;
- Professionnels de médias ;
- Professionnels de santé.

4.3.6 Promesse

C'est cette phrase ou expression accrocheuse destinée à retenir l'attention de la cible. Pour notre présent projet se sera « Bébé Hallo Hôpital ».

4.3.7 Moyens de communication

Ce sont les différents canaux de communication et supports de communication à utiliser pour les campagnes de sensibilisation sont variés (voir annexe N°7). Les différentes cibles seront atteintes en priorité par les canaux de communication interpersonnelle. Ici l'accent sera mis sur :

- Agents PEV et AC ;
- Leaders communautaires : maires, chefs de quartier, secteurs, présidents de district ;
- Membres de confessions religieuses (mosquées/églises) ;
- Médias de masse, en particulier la radio communautaire ;
- Organisations communautaires de base (groupements de femmes, association de jeunes, sèrè, coopérative) ;
- Chefs d'entreprise

4.3.8 Ton

Le ton du message du projet sera pédagogique, convaincant, innovateur, parce que destiné dans un premier temps à informer, mais aussi à former les élus et la population à la participation aux activités de vaccination (voire message en annexe N°4).

4.3.9 Durée du projet

Ce plan de communication couvre une période de 03 ans c'est-à-dire de 2019 à 2020 et il débutera au mois de 02 juin 2019. Voir annexe N° 9

4.3.10 Activités prévues

- Organiser des réunions de plaidoyer avec les autorités politico-administratives régionale et préfectorale de Dubréka ;
- Élaboration d'un mémorandum d'entente avec la radio communautaire de Dubréka pour la production et la diffusion des messages de sensibilisation ;
- Faire une cartographie des écoles, CEC, marchés hebdomadiers, des zones à accès difficile et zones de réticence ;
- Élaborer un argumentaire religieux sur la promotion du PEV avec l'appui de la ligue islamique préfectorale ;

- Environ 500 enseignants encadrent les élèves dans la mise en œuvre de la stratégie d'adoption pour la promotion de la vaccination ;
- Organiser 3 journées d'orientation des membres des réseaux religieux, des animateurs radios d'émissions religieuses tous chaque année ;
- Former le point focal C4D de la DPS, CCS, les nouveaux agents PEV et AC en communication sur la vaccination ;
- Organiser 700 causeries éducatives avec les mères et gardiens d'enfants au niveau des CS/PS lors des séances de vaccination ;
- Organiser 5000 activités de Visites A Domicile (VAD) dont 2/mois/AC pour l'identification des enfants cibles du PEV et la recherche active des perdus de vue ;
- Documenter les bonnes pratiques
- Organiser des réunions de monitoring/évaluation, de partage/restitution communautaire sur la MEO des activités de com PEV (voire annexe N° 5)

4.3.11 Risques

Les risques pouvant affecter la réalisation et l'atteinte des objectifs du projet, concernent les retards dans la mobilisation des ressources auprès de partenaires techniques et financiers. À ce propos, afin de minimiser le risque la DPS veillera à accomplir dans les délais fixés, toutes les diligences pour faciliter le déroulement des interventions et la justification à temps des ressources.

- La situation sociopolitique du pays avec plusieurs manifestations face à cette situation et une reprogrammation des activités avec les parties prenantes sera planifiée ; (non-respect du chronogramme) ;
- Le renouvellement des conseils communaux qui entraîne une méconnaissance du code des collectivités par les nouveaux élus locaux, un renforcement des capacités des élus est prévu à ce niveau à leur intention.

4.3.12 Pérennisations du projet

Le présent projet fait écho à l'engagement politique exprimé par le gouvernement dans le cadre de la promotion des Pratiques Familles Essentielles (PFE) parmi lesquelles figure la vaccination.

Le rôle du ministère de la santé publique à travers la DPS dans la coordination garantit l'appropriation des mesures prises.

Au niveau local, l'accompagnement des communautés pour la mise en place des mécanismes de suivi, de récupération des perdus de vue et abandons permet d'installer une dynamique de changement sur le long terme.

4.3.13 Suivi et l'évaluation :

La coordination du projet assurera un suivi interne technique et financier permettant d'élaborer les rapports périodiques sur l'état d'avancement des activités. Un suivi externe sera orienté vers les résultats effectués par un consultant indépendant recrutés à cet effet par les PTE. Le système de suivi et l'évaluation fournissent les indicateurs de départ et d'encours. Le projet fera l'objet d'une évaluation à mi-parcours, d'une évaluation finale de capitalisation et d'autres audits financiers sur les cinq axes d'activités du projet. (Voir annexe N°8)

Au niveau communautaire : le suivi sera mené par les autorités politico-administratives de base : chefs de quartier, président de district, chef de village, chef secteur, AC. Ces personnes identifiées seront briefées et chargées de faire la recherche active des perdus de vue et abandons. Les listes des enfants non vaccinés ou insuffisamment vaccinés dressées seront remises à la disposition des AC et autres acteurs clés pour organiser la récupération des enfants et des femmes enceintes.

Au niveau DPS : l'équipe cadre devra organiser des supervisions formatives des activités de vaccination au niveau des aires de santé (Agents PEV, CCS et AC) en collaboration avec les Partenaires Techniques et Financiers.

4.3.14 Partenaires

Les Partenaires Techniques et Financiers sont entre autres : UNICEF, OMS, IMC, JHPIEGO, UNFPA. (voir annexe N°6).

Plan d'action (voir annexe)

Tableau 4: Plan d'action d'appui à la communication de la D PS de Dubréka, janvier 2019.

| Activités | Taches | Cibles | Résultats | Indicateurs | Période | Responsables |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|
| Stratégie 1 : Plaidoyer | | | | | | |
| Objectif éducationnel 1 : Amener les autorités politico-administratives à soutenir et s'impliquer totalement à la promotion de la vaccination dans le district sanitaire de Dubréka d'ici 2021. | | | | | | |
| 1.1.1 Organiser des réunions de plaidoyer avec les autorités politico-administratives régionale et préfectorale de Dubréka | <ul style="list-style-type: none"> -Prendre contact avec le préfet, gouverneur et maires et le député ; -Organiser la réunion avec les parties prenantes ; -Assurer le suivi des activités -Rédiger le rapport | <ul style="list-style-type: none"> - Autorités politico-administratives -Maires - Chefs coutumiers | Les élus locaux et les autorités administratives participent et soutiennent les activités de promotion de la vaccination dans leurs localités respectives | <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de séances de plaidoyer réalisées -Nombre d'élus qui participent à la récupération des perdus de vue et abandons | Juin à aout 2019 | C4D, DPS |
| 1.1.2 Élaborer un argumentaire religieux sur la promotion du PEV avec l'appui de la ligue islamique préfectorale | <ul style="list-style-type: none"> -Élaboration des termes de référence -Prise de contact avec la ligue islamique -Élaboration des messages clés en faveur de la promotion des PFE | -Leaders religieux | Les réseaux des religieux de la préfecture s'engagent dans la promotion de la vaccination | <ul style="list-style-type: none"> -Nombre d'argumentaire élaboré sur le prévu -Nombre de religieux impliqué dans la diffusion des messages | | C4D, DPS |

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--|---------------|
| | -Distribution des messages aux religieux -Information dans les | | | | | |
| Stratégie 2 : Mobilisation sociale | | | | | | |
| Objectif éducationnel 2 Informer et sensibiliser 75% des populations du district sanitaire sur l'importance et l'acceptation de la vaccination d'ici 2021 | | | | | | |
| 2.1.1 Elaboration d'un memorandum d'entente avec la radio communautaire de Dubréka pour la production et la diffusion des messages de sensibilisation | -Elaboration des termes de référence -Elaboration du memorandum d'entente entre la DPS et les médias -Réalisation et diffusion des émissions sur la vaccination | - les professionnels de médias | -Un memorandum d'entente signé entre la DPS et la radio rurale | -Nombre d'émissions produites et diffusés | | C4D, DPS |
| 2.1.2 Organiser des campagnes/journées de mobilisation sociale pour la récupération des enfants « perdus de vue », sous le leadership des élus locaux dans chaque aire de santé par trimestre | -Identification des fiches en souffrance par localité -Recherche active des fiches avec l'implication des AC | -Maires -AC -CCS | -Les élus locaux/Maires mènent des activités de mob-soc pour la récupération des enfants perdus de vue dans leurs localités | -Nombre d'enfants récupérés sous le leadership des élus locaux | | DPS, C4D |
| 2.1.3 Faire une cartographie des écoles, CEC, marchés hebdomadiers, des zones à accès difficile et zones de réticence ; | -Élaboration de l'outil de la cartographie | -Elus locaux -AC | -Une cartographie complète de la zone et des acteurs est réalisée | -Une base des données existe | | C4D, DPS, CCS |

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | -Orientation de l'équipe -Réalisation de la cartographie | -CCS | | | | |
| 2.1.4 Organiser une journée scolaire de sensibilisation sur l'importance de la vaccination avec les directeurs des écoles | -Élaboration des TDR -Préparation du module -Tenue de la journée -Harmoniser le message -Rédiger le rapport | -Directeurs d'école - Elèves -Encadreurs des CEC | Les directeurs d'écoles s'engagent dans les activités d'adoption pour la récupération d'enfants non-vaccinés ou insuffisamment vaccinés | -Nombre d'enfants récupérés avec l'appui des encadreurs d'école | | |
| Stratégie 3 : Renforcement des capacités des acteurs impliqués | | | | | | |
| Objectif éducationnel 3 : Renforcer les capacités de cinq (5) acteurs précisément de 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet | | | | | | |
| 3.1.1 Former 20 membres des ECD et CCS en CIP et approche communautaire | -Elaboration des termes de référence -Élaboration du module de formation -Invitation des participants | -C4D -CCS | Les équipes cadre et partenaires opérationnels aptes à planifier, coordonner, suivre et appuyer la mise en œuvre des plans de communication | -Nombre de membre ECD formés et participant à la mise en œuvre du plan de communication | | |
| 3.1.2 Former 200 AC en CIP et en approche communautaire en faveur de la vaccination | -Élaboration des termes de référence | -AC | -200 AC sont formés et s'engagent à accompagner la promotion de la vaccination | -Nombre d'AC formés et qui maîtrisent l'approche communautaire | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | -Élaboration du module de formation -invitation des participants | | | | | |
| 3.1.3 Orienter 6 animateurs des radios locales sur la vaccination /approche interactive | -Élaboration des termes de référence -Élaboration du module de formation -Invitation des participants | -Professionnels des médias | -10 journalistes sont formés, produisent et diffusent des émissions en faveur du PEV | -Nombre de journaliste formé et qui diffusent des émissions en faveur de la vaccination | | |
| 3.1.4 Orienter 100 membres des réseaux de religieux, des animateurs radio, d'émissions religieuses | -Elaboration des termes de référence -Elaboration du module de formation -Invitation des participants | -Imams -Prêtres | -100 leaders religieux sont orientés sur les messages clés et diffusent les messages dans les lieux de cultes | -Nombre de leaders religieux | | |
| Stratégie 4: Communication pour le Changement de Comportement | | | | | | |
| Objectif éducationnel 4: Amener les 100 000 ménages, 250 groupements des femmes, 100 associations des jeunes à informer et s'engager à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet. | | | | | | |
| 4.1.1 Organiser 500 causeries éducatives avec les mères et gardiennes d'enfants au niveau des CS/PS lors des séances de vaccination | -Préparation des boîtes à image | -Chefs de ménages | Les parents et les gardiens des enfants/communautés sont informées sur la vaccination et par les AC | -Nombre de causerie tenu | | |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| | -Outils de collecte des données | | | -Nombre de personnes touché | | |
| 4.1.2 Organiser 2000 activités des visites à domiciles (VAD) dont 2/mois pour l'identification des enfants cibles du PEV et la recherche active des perdus de vue | -Préparation des boîtes à image -Outils de collecte des données | -Chefs de ménages | Les parents et les gardiens des enfants/communautés sont informés sur la vaccination et par les AC | -Nombre de visite à domicile réalisé -Nombre de personnes touché | | |
| 50 communicateurs traditionnels jouent le rôle de promoteur de la vaccination auprès des mères et familles (au cours des apparitions publiques et autres cérémonies) | | | La population est sensibilisée sur l'importance de la vaccination à travers les Communicateurs traditionnels | -Nombre de communicateurs traditionnels qui font la promotion de la vaccination | | |
| Suivi évaluation | | | | | | |
| Objectif : suivre et évaluer les activités de communication et les actions correctrices nécessaires apportées. | | | | | | |
| 5.1.1 Organiser un système de suivi communautaire de collecte et d'analyse des données de communication | -Elaboration des outils de suivi des activités - | -CCS -AC -Journalistes | Les actions sont suivies et évaluées et les mesures correctrices nécessaires apportées | -Nombre de système de suivi communautaire de collecte mis en place | | |
| 5.1.2 Organiser des réunions de monitoring /évaluation, de partage /restitution communautaire sur la MEO des activités de com. PEV à tous les niveaux | -lettre d'information des autorités politico-administratives | -CCS -AC | | -Nombre de réunion de coordination suivi et mis en œuvre | | |
| 5.1.3 Documenter les bonnes pratiques | -Identifier et rapporter les expériences positives de mobilisation sociale | -CCS -AC -Journalistes | | Nbre de photos, images, vidéo, coupures de presse, documents écrits | | |

| | | | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | -Collecter les photos bandes audio et vidéo, produits localement - | | | | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

Conclusion

En somme, cette étude intitulée « Problématique de la participation communautaire au programme de vaccination dans le district sanitaire de Dubréka : analyse de la composante communication » suite aux faibles couvertures vaccinales et au taux élevé d'abandon, se veut comme une modeste contribution à l'amélioration de la santé des personnes vulnérables par la responsabilisation des communautés dans la conception et la mise en œuvre des programmes de vaccination.

Cette étude avait pour objectif de contribuer à l'amélioration des performances du PEV par la participation des communautés aux services de santé. À cet effet, les maladies cibles du PEV les plus connues par les personnes enquêtées à Dubréka étaient : la rougeole à 95,2% dont 38,7% n'ayant aucun niveau de scolarité, 29% un niveau primaire, 12,9% un niveau secondaire et 14,5 % niveau supérieur, tandis que la moins connue étaient la fièvre jaune à 35,5% dont 6,5 % ayant aucun niveau, 9,7% un niveau primaire, 6,5% un niveau secondaire et 12,9 % ayant un niveau supérieur. Les principales raisons de la non vaccination des enfants et des femmes enceintes étaient : lieu de vaccination trop éloigné 35,5%, ne savent pas que qu'il faut revenir pour une 2^e et 3^e dose à 14,5%, rumeurs à 9,7% et manque de confiance dans les vaccins (raisons culturelles/religieuses) à 8,1%. Les résultats de l'étude confirment en partie notre proposition de recherche.

Globalement, pour les uns et les autres, les insuffisances constatées dans la communication des services de vaccination au niveau du District découlent de la faible participation des élus locaux et des agents de santé, la formation des acteurs, l'implication des femmes et des leaders religieux et l'inadéquation des stratégies de communication.

Sur la base des résultats des pistes de solutions ont été proposées dont les principales pour la DPS est d'identifier un personnel salarié des nouveaux fonctionnaires muté et demander aux PTF(Unicef) un appui pour assurer leur formation sur la communication sur la vaccination; l'élaboration d'un plan de communication du district et renforcer la supervision de proximité par l'élaboration un plan de supervision conjoint et intégré avec les PTF et la sensibilisation sur l'importance de la vaccination permettront de réduire cette situation.

Ainsi, au terme de notre étude, quelques difficultés ont été rencontrées dont, entre autres :

- Non généralisation de cette étude à toutes les aires de santé du district du fait qu'elles n'ont pas toutes les mêmes spécificités.
- Période de collecte des données qui a été relativement très courte (4 semaines).
- Nombre de notre échantillon dus aux difficultés de moyens humains et financiers (enquêteurs) et l'insuffisance de documents de C4D.

Références bibliographiques

Ouvrages généraux

Cours de formation en gestion PEV Niveau intermédiaire, communication et participation des communautés dans les programmes vaccination Oms Région office for Africa 2013 pp 104

Communication pour le Développement un guide pratique, Produit par : Département Fédérale des Affaires Etrangères (DFAE) Direction du Développement et de la Coopération (DDC) Freiburgstr. 130 3003 Berne /Suisse 2016 PP78.

Midgley, J Participation communautaire et programme de santé : les fondements du dogme 1981 NY P44.

Dubé E, Bettinger JA, Fisher WA, Naus M, Mahmud SM, Hilderman T. Acceptation, refus et hésitation au Canada : défis et approches proposées. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2016

Agence de la santé publique du Canada, « Amélioration de la couverture vaccinale ».

Dardelé Antoine. SLC 327 : Modèle de planification des interventions en communication, DSLC, FLASH, UAC, Bénin. 2005.

Plan de communication, l'art de séduire ou de convaincre les autres. », Bernard Dagenais.

Le scandale géologique guinéen Ibrahima Sory N'DIAYE, harmattan guinée

Articles et rapports

Fabrice Dimitri Togla YEMADJE :Etude des facteurs de réticence et de résistance à la vaccination anti-poliomyélite chez les populations de la commune de ZOGBODOMEY, ,2008 PP 34.

NGUEFACK et al. Connaissances, attitudes et pratiques des mères travailleuses vis-à-vis de la vaccination des enfants au Cameroun en 2016

COULIBALY Adama diakalia, « les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0-12 mois en commune i du district de Bamako.

G. Bobossi-Serengbé et col, « Les occasions manquées de vaccination chez les enfants de 0 à 11 mois à Bangui 2014.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique Programme Elargi de vaccination Plan Pluri annuel complet (ppac) révisé pev – guinée 2011 - 2015

« Rapport Comité Technique Régional de Santé deuxième session DRS Kindia 2016.

Rapport semestriel : Bilan Vaccination de routine de janvier juillet 2017 DPS Dubréka

Guinée enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS) 2016 Guinée, Rapport final de suivi de la situation des enfants et des femmes. Institut National de la Statistique pp 541

Coordination Nationale PEV : JNV Mars 2017, Résultats enquête par la méthode LQAS.

Rapport conjoint Oms/Unicef 2016

Ministère de la Santé Publique, Coordination Nationale de lutte contre Ebola Guinée, 2015 ».

Ministère de la santé et de l'hygiène publique, Programme Elargi de vaccination plan pluri annuel complet révisé 2011-2015(PEV Guinée), décembre 2013.

Etude monographique de la préfecture de Dubréka, Direction préfectorale du Plan,2010 PP 70.

Plan stratégique national de communication pour la vaccination de routine 2014-2016 PEV/Comité de finalisation SNEIPS/direction de la prévention PP 48

Cours Planification opérationnelle et contrôle de projet Université Senghor, Youssouf FOFANA,2019

Webographie

<http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/2019> consulte le 12 février 2019

[http : www.who.int/immunization/sage/meeting/2014/october/SAGE/working group revised Report vaccines hesitancy.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meeting/2014/october/SAGE/working_group_revised_Report_vaccines_hesitancy.pdf). 2015(Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination).

[https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/28085-Dr Pierrick HORDE](https://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/28085-Dr_Pierrick_HORDE)

<https://www.who.int/immunization/fr/OMS> | Vaccination, vaccins et produits biologiques.

<https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/medecine-couverture-vaccinale-13088/>

Consulté le 10 février 2018Organisation mondiale de la santé thème de santé vaccin

<https://www.who.int/topics/vaccines/fr/>

hm-cbd.net/la-biodiversite-en-guinee/monographie-nationale-de-la-diversite-biologique/iv-presentation-generale-de-la-guinee-79375/iv-presentation-generale-de-la-guinee consulté le 10 janvier 2019.

Annexe 1 : Questionnaire dans les communautés

1. Zone d'étude

Région : _____ Préfecture : _____

Commune: _____ District /Village : _____

2. Identification de l'enquêté :

Nom et Prénom : _____

Age : _____ (années révolues)

Sexe : M _____ F _____

Situation matrimoniale: Célibataire _____ Marié _____ Divorcé _____ Veuf _____

Niveau d'instruction: Non instruit _____ Primaire _____ Collège _____

Lycée _____ Etudes supérieures _____ Alphabétisation fonctionnelle _____

Quelle est votre source d'information des activités de vaccination : Radio _____ Télé _____ Agent de santé _____ AC _____ Enfant à l'école _____ crieur public _____ famille/amis/voisin _____ Affiche _____

Quelle est votre connaissance du PEV ? Oui _____ Non _____

Quelle est votre connaissance des maladies du PEV ? : Polio _____ Tuberculose _____ Fièvre

Jaune _____ Hépatite B _____ Rougeole _____ Tétanos _____ Coqueluche _____

Est-ce que vous participer aux activités de vaccination dans votre communauté ?

NSP _____ Non informé _____

Veillez cocher OUI quand c'est une raison que vous avez rencontrée et NON quand c'est une raison que vous n'avez pas rencontrée.

| | | |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| A. Manque d'information | A.1 Ne savent pas que les vaccins sont nécessaires | 1. Oui 2. Non |
| | A.2 Ne savent pas que qu'il faut revenir pour la 2 ^{ème} /3 ^{ème} dose | 1. Oui 2. Non |
| | A.3 Ne connaissent pas le lieu /la date de vaccination | 1. Oui 2. Non |
| | A.4 Crainte des réactions (effets) secondaires | 1. Oui 2. Non |
| | A.5 Fausses idées/perception des contrindications | 1. Oui 2. Non |
| | A.6 Mauvaise compréhension des informations disponibles | 1. Oui 2. Non |
| | A.7 Autre | 1. Oui 2. Non |
| B. Manque de motivation | B.1 Ont remis à une autre fois | 1. Oui 2. Non |
| | B.2 Pas confiance dans les vaccins (raisons culturelles/religieuses) | 1. Oui 2. Non |
| | B.3 Rumeurs | 1. Oui 2. Non |
| | B.4 Griefs personnels entre le parent /tuteur et le vaccinateur | 1. Oui 2. Non |
| | B.5 Autre | 1. Oui 2. Non |
| C. Obstacles | C.1 Lieu de vaccination trop éloigné | 1. Oui 2. Non |
| | C.2 Moment de la vaccination inopportun | 1. Oui 2. Non |
| | C.3 Vaccinateur absent | 1. Oui 2. Non |
| | C.4 Vaccin non disponible | 1. Oui 2. Non |
| | C.5 Parent/tuteur trop occupé | 1. Oui 2. Non |
| | C.6 Problèmes familiaux, dont la maladie du parent /tuteur | 1. Oui 2. Non |
| | C.7 Enfant malade – pas amené | 1. Oui 2. Non |
| | C.8 Enfant malade-amené mais n'a pas été vacciné amené | 1. Oui 2. Non |
| | C.9 Long temps d'attente | 1. Oui 2. Non |
| | C.10 Autre | 1. Oui 2. Non |

Quelle proposition de solution proposer face aux refus ?
 Sensibilisation_____IEC_____Implication des femmes_____impliquer les chefs de ménage_____impliquer les autorités religieuses_____impliquer les élus locaux_____et autres_____

Annexe 2 : Calendrier vaccinal d'un enfant

| Vaccin | Age d'administration | Voie d'administration |
|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------|
| BCG | A la naissance | injection |
| VPO1 | A la naissance | orale |
| DTC1-HepB1-Hib1 ; VPO1 ; Pneumo1 ; | 6 semaines | injection, orale |
| DTC2-HepB2-Hib2; VPO2.Pneumo 2; Rotary 1 | 10 semaines | injection, orale |
| DTC3-HepB3-Hib3; VPO3; Pneumo 3; Rotary 2 | 14 semaines | Injection, orale |
| VAR | 9 mois | injection |
| VAA | 9 mois | injection |
| Vitamine A | 6-5 mois | orale |

Source : Coordination nationale du PEV, 2017

Annexe 3 : Calendrier vaccinal de la femme enceinte

| Vaccin | Cible | Protection | voie/site |
|--------|------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|
| VAT1 | femme enceinte (1 ^{er} contact) | Non protégé | Sous cutanée au 1/3 supérieur externe bras gauche |
| VAT2 | 4 semaines après VAT1 | 3 ans | |
| VAT3 | 6 mois après VAT2 | 5 ans | |
| VAT4 | 1 an après VAT3 | 10 ans | |
| VAT5 | 1 an après VAT 4 | toute la vie | |

Source : Coordination nationale du PEV, 2017

Annexe 4 : message spot radio sur le PEV de routine

Malgré la disponibilité des vaccins en Guinée, des personnes continuent de mourir de maladies évitables par la vaccination telles que la tuberculose, la rougeole, la méningite, la polio et le tétanos. Ces maladies causent chez d'autres personnes des invalidités qui les condamnent à la dépendance. Autrement de morts et incapacités qu'un simple vaccin aurait pu éviter. La vaccination est l'une des interventions sanitaires les plus efficaces. Il est donc fondamental et obligatoire d'assurer la vaccination de toutes les femmes enceintes et de tous les enfants.

Chers parents et gardiens d'enfants, veillons à ce que nos enfants reçoivent avant leur premier anniversaire, toutes les doses de vaccins prévus dans le calendrier vaccinal, en les amenant 5 fois au centre de santé le plus proche pour leur garantir une bonne santé.

Chères femmes, dès que vous êtes enceintes, rendez-vous au centre de santé le plus proche pour vous faire vacciner contre le tétanos et la diphtérie afin de vous protéger vous et votre bébé. Ensuite, rassurez-vous d'avoir respecté tous les 5 contacts de vaccination conformément au calendrier vaccinal.

« La vaccination est gratuite, obligatoire et disponible dans tous les centres de santé et autres structures sanitaires du pays. Elle protège tout le monde, alors, mobilisons –nous et adhérons tous à la vaccination »⁵⁴.

⁵⁴ « Rapport Comité Technique Régional de Santé deuxième session DRS Kindia 2016

| | Logique d'intervention | Indicateurs de performances | Sources de vérification | Hypothèses critiques |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectif général | Garantir à chaque enfant et à chaque femme enceinte le droit à la vaccination et installer le réflexe vaccinal au niveau des familles et des communautés du district sanitaire de Dubréka | 80 % des parents d'enfants qui connaissent l'importance de la vaccination 60 % de familles qui adoptent la vaccination | Rapport d'évaluation ex post du projet | |
| Objectifs spécifiques | Amener les autorités politico-administratives à soutenir et s'impliquer totalement à la promotion de la vaccination | 5 de séances de plaidoyer tenu 10 élus qui participent à la récupération des perdus de vue et abandons | PV de réunions | Les communautés du district sanitaire de Dubréka comprennent l'intérêt de la vaccination et adhèrent au projet |
| | Informers et sensibiliser 80% des communautés du district sanitaire sur l'importance de la vaccination de routine | -Nombre de personnes touché ; -200 mosquées/églises ayant diffusés des messages en faveur de la vaccination -100 émissions produites et diffusés par la radio communautaire -300 boites à image, affiche confectionné et mis à disposition des AC -3 mémorandums d'entente signés entre la DPS et les médias | -Rapports d'activités et Audio des émissions (tables rondes, spots, émissions interactives) -Contrat de prestation de confection des boites à image et affiches - Les accords de partenariats sont développés avec la radio rurale dans la zone du projet | Forte adhésion des femmes membres des groupements et sèrè et coopérative du district sanitaire |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Renforcer les capacités de cinq (5) acteurs précisément de 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination ; | <ul style="list-style-type: none"> -Nombre ECD, CCS, AC formés -Nombre de journalistes, religieux formés, -5 argumentaires élaborés -100 vélos sont distribués aux AC | <ul style="list-style-type: none"> Rapport des ateliers de formation et listes des participants Fiches d'évaluation des participants | |
| | Amener les 100 000 ménages, 250 associations des femmes, 90 jeunes à informer et s'engager à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination de routine ; | <ul style="list-style-type: none"> -2000 causeries éducatives réalisées - 100 000 visites à domicile tenu | <ul style="list-style-type: none"> Rapport d'activités des AC Photo d'activité | |
| Produits/Résultats intermédiaires | Les autorités politico-administratives du district sanitaire soutiennent et s'impliquent totalement à la promotion de la vaccination | <ul style="list-style-type: none"> - 5 séances de plaidoyer tenu -10 élus locaux qui participent à la récupération des perdus de vue et abandons | | |
| | 80 % des populations dans la zone cible connaissent l'importance de la vaccination | <ul style="list-style-type: none"> -Nombre de personnes touché ; - 300 mosquées/églises ayant diffusés des messages en faveur de la vaccination -100 émissions produites et diffusés par la radio communautaire - 300 boites à image, 1000 affiches confectionnées et mis à disposition des AC Un mémorandum d'entente signé entre la DPS et les médias | | Les communautés du district sanitaire de Dubréka comprennent l'intérêt de la vaccination et adhèrent au projet |

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--|
| | Les capacités de cinq (5) acteurs sont renforcées notamment 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination d'ici la fin du projet | Nombre ECD, CCS, AC formés 20 journalistes, 300 religieux formés, Nombre d'argumentaire élaboré | | |
| | 100 000 ménages, 250 associations des femmes, 100 asso de jeunes sont informés et s'engagent à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination de | % de ménages ayant reçu au moins 2 séances de Causeries Educatives Nombre de causeries éducatives réalisées Nombre de visite à domicile tenu | | |
| Activités | | Moyens | Coût en dollar | |
| 1. Organiser réunions de plaidoyer avec les autorités politico-administratives et coutumières de la préfecture de Dubréka | | | 800 | |
| 1.1. Identification des autorités politico-administratives | | | | |
| 1.2. Mener un plaidoyer auprès de Mr le préfet pour organiser trimestriellement une réunion élargie aux partenaires com | | | | |
| 1.3. Organiser des réunions avec les parties prenantes | | | | |
| 2. Informer et sensibiliser 80% des communautés du district sanitaire sur l'importance de la vaccination de routine | | | | |
| 2.1. Elaboration d'un mémorandum d'entente avec la radio communautaire de Dubréka pour la production et la diffusion des messages de sensibilisation | | Financiers | 42000 | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|--|
| 2.2. Elaborer un argumentaire religieux sur la promotion du PEV avec l'appui de la ligue islamique préfectorale | Financiers | | |
| 2.3. Environ 100 enseignants encadrent les élèves dans la mise en œuvre de la stratégie d'adoption pour la promotion de la vaccination | Financiers | | |
| 3. Renforcer les capacités de cinq (5) acteurs précisément de 200 participants sur la communication en faveur de la vaccination | | 20500 | |
| 3.1. Organiser 3 journées d'orientation des membres des réseaux religieux, des animateurs radios d'émissions religieuses tous les 6 mois | Financiers et humains | | |
| 3.2. Former le point focal, CCS les nouveaux agents Pev en communication sur la vaccination | Financiers et humains | | |
| 3.3. Former les professionnels des médias | Humains et financiers | | |
| 4. 100 000 ménages, 250 associations des femmes, 100 asso de jeunes sont informés et s'engagent à la sensibilisation de leurs pairs en faveur de la vaccination de | | | |
| 4.1. Organiser 700 causeries éducatives avec les mères et gardiens d'enfants au niveau des CS/PS lors | Financiers | | |
| 4.2. Vaccination Organiser 1000 activités de visites à domicile (VAD) dont 2/mois/AC pour l'identification des enfants cibles du PEV et la recherche active des perdus de vue | Financiers | | |
| 4.3. | | | |
| 5. Activités suivi-évaluation et coordination du projet | | 12000 | |

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--|
| 5.1. Organiser des réunions de monitoring/évaluation, de partage/restitution communautaire sur la MEO des activités de com Pev | financiers | | |
| 5.2. Documenter les bonnes pratiques | Financiers | | |
| TOTAL | | 596 700 | |

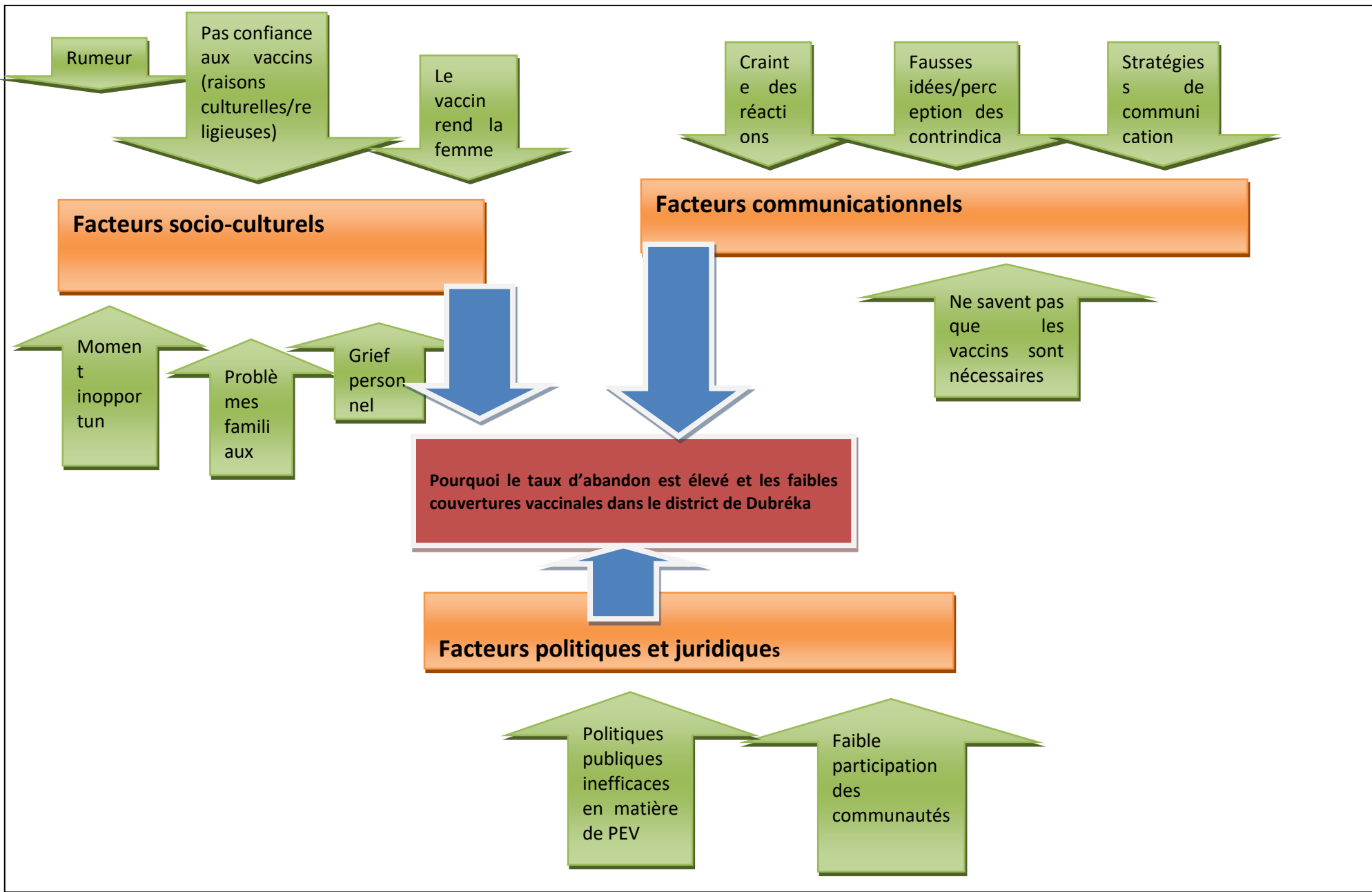
Annexe 5 : Cadre logique

La réalisation de ce projet dépend de l'obtention du financement et de l'adhésion effective des parties prenantes

Annexe 6 : Analyse des parties prenantes

| Parties prenantes | Rôles et responsabilités |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Direction préfectorale de la santé | Elle est fortement impliquée dans l'identification, la sélection et le renforcement des capacités des OCB, agents de santé, les AC chargés de mener les activités de promotion de la vaccination ; Elle participe également aux missions conjointes organisées pour suivre et évaluer les activités sur le terrain |
| Communes | - Elles sont chargées de coordonner les interventions communautaires, -Négocier et gérer le partenariat avec les organisations de la société civile dans chaque collectivité |
| PACV/PNACC | -Ils apportent un appui technique aux communes pour l'identification, la mobilisation des organisations communautaires ; -Ils apportent également un appui technique (définition des critères d'identification des AC) pour le recrutement et la supervision des agents communautaires ; -Effectuer les visites ponctuelles mensuelles conjointes dans les CS, Villages et les OCB engagées dans la promotion de la vaccination -Faciliter l'établissement des contrats de performances avec lesdites organisations |
| Centres de santé | -Les CCS assurent la supervision technique des OCB/groupements féminins et asso jeunes, AC, -Ils assurent le renforcement des capacités des AC dans les aires de santé ; -Approuvent les rapports sur l'évolution des activités des AC avant l'acheminement à la DPS pour paiement de la motivation mensuelle |
| Organisations à base communautaire/leaders communautaires | -Mettre en œuvre les interventions de mobilisation sociale et de communication pour l'adoption des pratiques de la vaccination au sein des populations. |
| Agents communautaires | -Mener les activités de communication interpersonnelle dans les communautés ; -Contribuer à la collecte des données sur la vaccination sur le Niveau de connaissance des populations ; -Facilitent les visites à domicile et causeries éducatives dans les communautés |
| UNICEF/UNFPA(PTF) | -Mettre à disposition des fonds à la DPS pour la réalisation des activités du projet -Mettre à disposition des AC des outils et supports de communication (boîtes à image, affiches) -Contribuer au renforcement des capacités des OCB/AC sur la CIP -Contribuer aux activités de suivi et évaluation des interventions |
| Sociétés de téléphonie mobile (orange,MTN,Cellcom) | -Assurer une bonne distribution des messages aux clients |

Annexe 7 : Diagramme de relation



Annexe 8 : Budget

| Désignation | Qté | PU | Montant() | Année1 | Année 2 | Année 3 |
|------------------------------------------------|-----|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Ressources humaines | | | | | | |
| Coordinateur de projet | 36 | 1500 | 54000 | 18000 | 18000 | 18000 |
| Assistant projet | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Responsable communication | 36 | 1000 | 36000 | 12000 | 12000 | 12000 |
| Socio-anthropologue | 36 | 1000 | 36000 | 12000 | 12000 | 12000 |
| Gestionnaire de données | 36 | 800 | 28800 | 9600 | 9600 | 9600 |
| Secrétaire de direction | 36 | 500 | 18000 | 6000 | 6000 | 6000 |
| Superviseurs | 144 | 600 | 86400 | 28800 | 28800 | 28800 |
| Chauffeur | 36 | 400 | 14400 | 4800 | 4800 | 4800 |
| 2 Gardiens | 72 | 300 | 21600 | 7200 | 7200 | 7200 |
| Technicienne de surface | 36 | 150 | 5400 | 1800 | 1800 | 1800 |
| Agents communautaires de santé | 100 | 60 | 6000 | 2000 | 2000 | 2000 |
| SOUS TOTAL 1 | | | 306600 | 102200 | 102200 | 102200 |
| Matériels Roulants et entretien | | | | | | |
| Véhicule 4X4 | 1 | 15000 | 15000 | 15000 | 0 | 0 |
| Moto AG | 7 | 1200 | 8400 | 8400 | 0 | 0 |
| Frais assurances (maladies, véhicule et motos) | 36 | 1500 | 54000 | 18000 | 18000 | 18000 |
| Entretien | 36 | 400 | 14400 | 4800 | 4800 | 4800 |
| Vélos | 200 | 100 | 20000 | 20000 | 0 | 0 |
| Carburant moto et véhicule) | 36 | 600 | 21600 | 7200 | 7200 | 7200 |
| SOUS TOTAL 2 | | | 133400 | 73400 | 30000 | 30000 |
| Equipement et fournitures de bureau | | | | | | |
| Groupe électrogène | 1 | 500 | 500 | 500 | 0 | 0 |
| Imprimante | 1 | 300 | 300 | 300 | 0 | 0 |
| Ordinateur de bureau | 3 | 800 | 2400 | 2400 | 0 | 0 |
| Ordinateur portatif | 6 | 1000 | 6000 | 6000 | 0 | 0 |
| Vidéo projecteur | 1 | 700 | 700 | 700 | 0 | 0 |
| Photocopieuses | 1 | 300 | 300 | 300 | 0 | 0 |
| Tableau de projection | 1 | 200 | 200 | 200 | 0 | 0 |
| Scanner | 1 | 200 | 200 | 200 | 0 | 0 |
| Fournitures de bureau | 1 | 1500 | 1500 | 500 | 500 | 500 |
| SOUS TOTAL 3 | | | 12100 | 4033 | 500 | 500 |
| Local | | | | | | |
| Location bureau | 36 | 300 | 10800 | 3600 | 3600 | 3600 |
| Eau -Electricité | 36 | 200 | 7200 | 2400 | 2400 | 2400 |
| Téléphone-internet | 36 | 300 | 10800 | 3600 | 3600 | 3600 |
| Produit de nettoyage et d'entretien | | | 1500 | 500 | 500 | 500 |
| SOUS TOTAL | | | 30300 | 10100 | 10100 | 10100 |
| Activités de plaidoyer | | | | | | |
| Organiser des réunions de plaidoyer | 4 | 200 | 800 | 600 | 200 | 0 |
| SOUS TOTAL 4 | | | 800 | 600 | 200 | 0 |

| Production et diffusion des émissions | | | | | | |
|---------------------------------------|------|-------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Table ronde | 20 | 150 | 3000 | 1000 | 1000 | 1000 |
| Jeux radiophonique | 30 | 500 | 15000 | 5000 | 5000 | 5000 |
| Emission interactive | 20 | 200 | 4000 | 2000 | 1000 | 1000 |
| Spot publicitaires | 20 | 1000 | 20000 | 1000 | 5000 | 5000 |
| SOUS TOTAL 5 | | | 42000 | 9000 | 12000 | 12000 |
| Formation des acteurs | | | | | | |
| Formation AC | 1 | 3000 | 3000 | 3000 | 0 | 0 |
| Formation journalistes | 1 | 1500 | 1500 | 1500 | 0 | 0 |
| Formation des leaders religieux | 1 | 4000 | 4000 | 2000 | 2000 | 0 |
| Formation des associations de jeunes | 1 | 5000 | 5000 | 1000 | 3000 | 1000 |
| Formation des groupements de femmes | 1 | 5000 | 5000 | 1000 | 3000 | 1000 |
| Orientation des chefs d'établissement | 1 | 2000 | 2000 | 0 | 2000 | 0 |
| SOUS TOTAL 6 | | | 20500 | 8500 | 10000 | 2000 |
| Visibilités | | | | | | |
| Confection des tee-shirt | 1500 | 5 | 7500 | 2500 | 2500 | 2500 |
| Confection des banderoles | 30 | 200 | 6000 | 2000 | 2000 | 2000 |
| Mégaphones | 100 | 30 | 3000 | 3000 | 0 | 0 |
| Confection casquettes | 1500 | 3 | 4500 | 1500 | 0 | 0 |
| Affiches | 2000 | 5 | 10000 | 5000 | 2500 | 2500 |
| Boites à images | 200 | 100 | 20000 | 15000 | 5000 | 0 |
| SOUS TOTAL 7 | | | 51000 | 29000 | 12000 | 7000 |
| Suivi-évaluation | | | | | | |
| Suivi-évaluation | 1 | 12000 | 12000 | 4000 | 4000 | 4000 |
| SOUS TOTAL 8 | | | 12000 | 4000 | 4000 | 4000 |
| TOTAL GENERAL | | | 596700 | 240833 | 181000 | 167800 |

Annexe 9 : diagramme de Gant

