# Facteurs socio-culturels de la non vaccination des enfants contre la rougeole dans la communauté Abouré (Côte d'Ivoire)

**KANE N'Nan Sarah**

Socio anthropologue de la Santé
Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody
sarahkane42@yahoo.com
/
**AMANI Ahou Florentine**

Anthropologue Médical
Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody
amanifloflo1984@yahoo.fr

*RASS. Pensées Genre. Penser Autrement. VOL 5, No 8 (Novembre 2025)*

**Résumé**

Cette étude a pour objectif d'analyser les facteurs socio-culturels qui entravent les campagnes de vaccination contre la rougeole dans cette culture. Elle privilégie une approche qualitative avec l'analyse de contenu pour le traitement des données. Les principaux résultats indiquent d'une part que le refus à la vaccination est favorisé par une confusion sémantique entre varicelle et rougeole due aux représentations de la maladie. D'autre part, la crise de confiance envers le système de santé moderne amplifiée par les perceptions de la vaccination serait une autre raison. Par ailleurs, l'attachement profond aux valeurs culturelles et aux pratiques ancestrales limite leur adhésion.

**Mots-clés** : rougeole, vaccination infantile, communauté, barrières, savoirs endogènes

# Socio-cultural factors of children not being vaccinated against measles in the Abouré community (Ivory Coast)

**Abstract**

This study aims to analyze the socio-cultural factors that hinder measles vaccination campaigns in this culture. It adopts a qualitative approach with content analysis for data processing. The main findings indicate, on the one hand, that vaccine refusal is promoted by a semantic confusion between chickenpox and measles due to the perceptions of the disease. On the other hand, the crisis of trust in the modern healthcare system, amplified by perceptions of vaccination, would be another reason. Furthermore, the deep attachment to cultural values and ancestral practices limits their adherence.

**Key words:** measles, childhood vaccination, community, barriers, indigenous knowledge

## Introduction

La vulnérabilité des enfants aux maladies infectieuses demeure une préoccupation actuelle de la santé publique. A cet effet, la vaccination constitue une stratégie de prévention essentielle offrant des bénéfices sanitaires et économiques majeurs (OMS 2013). En effet, au cours des dernières décennies, la vaccination a favorisé l'éradication de la variole, une réalisation considérée comme l'un des plus grands triomphes de l'humanité (OMS 2013). Les vaccins activent le système immunitaire à multiplier les anticorps pour combattre et éliminer la charge virale et microbien spécifique dans le corps (R. Chaabita , B.Bennani, Z.Chaabani & M.G.Moussab 2023). Le renforcement des antigènes dans le corps contribue à l'élimination et la réduction des taux de décès et des facteurs de morbidités chez les personnes vaccinées et en stoppant la progression de la maladie au sein des communautés (R. Chaabita , B.Bennani, Z.Chaabani & M.G.Moussab 2023). La vaccination a donc un impact positif sur la préservation de la santé et a fortement contribué à l'éradication de maladie virales, parasitaires, microbiens et réduire ces impacts chez les enfants. L'atteinte de cet objectif au plan international, repose sur l'élaboration de stratégies rigoureuses qui ont favorisé l'adhésion de la population à la vaccination et la protection des enfants.

Dans les pays occidentaux, la vaccination infantile qui relève du domaine de la santé publique est amplement acceptée par la population (S. Roush 2007). Ce qui contribue à l'amélioration du taux de couverture vaccinale. Cependant, la vaccination systématique et totale de tous les enfants demeure un défi majeur surtout pour les pays en développement. En effet, D. Alfred, B.N.A Lepri, et al. (2015) ont révélé que des milliers d'enfants étaient non vaccinés ou partiellement vaccinés dans ces pays en voie de développement. Les déterminants du statut vaccinal des enfants varient selon les contextes géographiques et socioéconomiques. En Afrique de l'Est L. Maina, S. Karanja & J. Kombich (2013) ont observé que le milieu de procréation et l'indice de parité maternel influencent la vaccination des enfants. Ce même constat a été fait en Afrique du Sud où A. Munthali (2007) a relevé que le niveau d'instruction de la mère était aussi une variable significative.

Plusieurs courants théoriques en anthropologie permettent la compréhension de la non vaccination des enfants dans les communautés, au-delà de la simple question d'accès ou de connaissances biomédicales. D'abord, la théorie de la construction sociale de la maladie souligne que les perceptions communautaires de la santé, de la maladie et du corps peuvent entrer en conflit avec les approches biomédicales, ce qui peut entrainer un rejet ou la méfiance (B. Good 1994). Également, J. Janzen (1978) et B. Good (1994) ont montré que dans plusieurs

sociétés africaines, les maladies infantiles sont perçues comme des épreuves spirituelles ou des déséquilibres sociaux plutôt que comme des entités biologiques, rendant la vaccination perçue comme inefficace ou inutile. Par exemple, une étude conduite par J. Fairhead , M. Leach, & M. Small (2006) a monté que la vaccination était parfois perçue comme un acte pouvant perturber le développement naturel de l'enfant, ou comme une pratique imposée par l'état sans dialogue préalable avec les populations.

D'autres approches comme la théorie du choix rationnelle suggèrent que les décisions parentales résultent d'une construction mentale sur les risques et bénéfices perçues des vaccins sur la base de leurs expériences, des récits locaux et des pratiques collectives (P. Bourdieu 1979 ; P. Marshall 1992). Enfin, la théorie de l'encastrement social (K. Polanyi 1944-2001 ; A. Kleinman 1980) souligne que les décisions de santé sont intégrées dans des réseaux de significations, de relations et de valeurs propres à chaque communauté. Ainsi dans certains contextes ruraux africain, les femmes préfèrent recourir aux guérisseurs traditionnels, considérés comme plus accessibles et socialement fiables, plutôt qu'aux structures formelles (A. F. Amani 2024a ; A. F. Amani 2024b). Ces approches théoriques et empiriques révèlent que la non vaccination s'inscrit dans des dynamismes complexes de représentation, des dynamiques de pouvoir et d'appartenance culturelle. Ainsi, la non-prise en compte des déterminants culturels dans la conception des stratégies et politiques publiques de vaccination pourrait donc détruire les efforts consentis par les autorités sanitaires.

A Bonoua, plusieurs enfants âgés de moins de cinq ans n'ont jamais reçu une seule dose de protection contre la rougeole. Selon les données statistiques (2023) de la Chargée Suivi-Evaluation (CSE) du district sanitaire de Grand-Bassam, treize (13) cas suspects de rougeole ont été identifiés dans la ville de Bonoua. Quatre (04) de ces cas ont été confirmés et aucun enfant n'avait reçu de doses de vaccination contre la rougeole. Ces données ont fait l'objet d'une investigation dans la zone et une intensification de vaccination contre la rougeole, car trois (03) cas confirmés de rougeole pour 100 000 habitants stipulent que la zone est en épidémie (Santé Publique de Côte d'Ivoire 2024). Dans tout le district sanitaire, cent douze (112) cas suspects de rougeole et trente (30) confirmés ont été identifiés pour l'année 2023. En 2024, quatre (04) cas confirmés de rougeole ont été détectés à Bonoua. Sur ces cas confirmés, un seul avait été vacciné. C'est une localité qui demeure sous surveillance épidémiologique, car la rougeole est une maladie virale très dangereuse et contagieuse (B. Samira 2020) qui se transmet par le contact et dans l'air du point de vue médical. Malgré la dangerosité de la rougeole et la disponibilité du vaccin, certains enfants n'ont reçu aucune dose de vaccination.

Cette étude a pour objectif d'analyser les facteurs socio-culturels qui entravent la vaccination des enfants contre la rougeole dans cette culture.

## 1. Méthodologie

Cette étude a été menée à Bonoua, une localité située dans la Région du Sud-Comoé, au Sud Est de la Côte d'Ivoire. Bonoua est principalement habité par le peuple Abouré, un sous-groupe Akan dont l'organisation socio-politique repose sur trois piliers fondamentaux : les familles claniques, l'institution royale et le système de classe d'âge. Ces structures constituent des instances clés de régulation sociale, de transmission des savoirs et de prise de décision communautaire.

Pour la collecte des données, nous avions utilisé une méthodologie administrative et communautaire. Dans un premier temps, une autorisation administrative a été sollicitée auprès du Directeur Départemental de la Santé du district sanitaire de Grand-Bassam, par le biais d'un courrier officiel. Ce dernier après avoir donné son accord, a facilité l'accès aux données nécessaires à l'étude. Une recherche documentaire a ainsi été menée avec les Responsable du Programme Elargi de Vaccination (PEV) du district, portant sur les données statistiques de la couverture vaccinal et les cas de suspicion recensés dans cette zone.

L'hôpital général de Bonoua a été choisi pour l'enquête, en raison des cas de rougeole notable identifiés et des défis en matière suivi vaccinal. Dans cette aire sanitaire, une analyse des registres de vaccination a permis d'identifier les enfants de 9 à 15 mois qui n'avaient pas compléter leur vaccination, désignés comme *'des perdus de vue'*.

Ensuite, une approche communautaire a été mobilisée pour identifier et interroger les femmes ayant des enfants de 9 à 24 mois au sein de leur ménage. Pour faciliter ce processus, la collaboration avec l'agent de santé communautaire (ASC) de la zone a été déterminante. Grâce à sa connaissance du terrain et sa reconnaissance locale, celui-ci a permis d'entrer en contact avec les mères concernées. Cette confiance à faciliter la réalisation des entretiens semi directifs.

L'échantillon est estimé à vingt participants que sont dix (10) femmes mères d'enfants de 09 à 24 mois en raison du poids de leur décision dans le statut vaccinal de l'enfant. Deux (02) chefs coutumiers en tant que détenteur de la tradition et autorités coutumières pour leurs implications dans le changement de comportement ; trois (03) pères d'enfants de 09 à 24 mois pour apprécier l'influence des maris sur l'adhésion à la vaccination et trois (03) agents de santé. Ces participants ont été choisis à travers deux techniques d'échantillonnages non probabilistes : le choix raisonné et par effet boule de neige. Pour la collecte des données, nous avons utilisé

Le guide d'entretien et le guide d'observation. L'observation ethnographique a porté sur les soins traditionnels de prise en charge, les séquelles de la maladie, les produits utilisés. Le guide d'entretien a porté sur les représentation et perception de la maladie, le recours thérapeutique et l'attitude vaccinale.

L'analyse a été effectuée à partir d'un dépouillement manuel. Les informations recueillies ont d'abord été classées selon la grille d'analyse préétablie, puis catégorisées afin de faire émerger les principales unités de sens. Enfin nous sommes passées à l'écriture scientifique (analyse et interprétation des données). Nous avons privilégié l'analyse de contenu en raison de son caractère exhaustif et structuré. Enfin, la discussion des resultats a consisté à les confronter à ceux d'autres travaux de recherche afin de les valider ou les infirmer.

Sur le plan éthique, l'accord des autorités sanitaires locales a été obtenu pour accéder aux registres de consultation. Le contact des mères ou de l'accompagnateur ont uniquement servi à les informer de la recherche et à solliciter leur participation. Le consentement éclairé de chaque participant a été obtenu avant l'entretien. Les données recueillis ont été traite de manière strictement confidentielle. Aucun nom, ni contact personnelle n'a été mentionné.

## 2. Résultats

### 2.1. Représentations médico-sociales de la maladie

#### 2.1.1 Conception biomédicale de la rougeole

Pour les professionnels de la santé, la rougeole est perçue comme une maladie grave qui peut conduire à la mort de l'enfant. Ces propos sont traduits en ces termes : *« la rougeole est une affection mortelle ; c'est une maladie grave à ne pas négligée »*. Cette affection est causée par un agent viral qui est le « paramyxovirus ». C'est un virus à ARN du genre « Morbillivirus » (Samira 2020). Elle est de nature contagieuse et touche les enfants en bas âge, particulièrement durant les premières années de vie. Il s'agit des enfants de 0 à cinq ans, ce qui augmenterait les taux de mortalité juvénile. La rougeole a deux modes de contaminations. La transmission directe intervient après contact avec une personne infectée et la transmission indirect se fait par la propagation du virus dans l'air. C'est dire que la toux et/ou les secrétions nasales sont des moyens de transmissions courants. Cette situation augmente la vulnérabilité des enfants qui entretiennent des rapports sociaux de proximité et qui jouent ensemble. A cela s'ajoute les caractéristiques de l'environnement qui peuvent influencer directement leur santé par la présence et le développement des agents de maladie dans l'environnement de l'enfant. Il est aussi important de souligner que la contamination survint chez les individus qui n'ont jamais fait la maladie ou n'ont jamais été vaccinés.

Du point de vue scientifique, la rougeole est une maladie épidémiologique qui doit demeurer sous surveillance. La maladie se contracte une seule fois dans la vie. Au niveau de sa manifestation clinique *« Elle touche particulièrement les enfants, et se manifeste par des poussées de fièvres, une éruption cutanée, une rougeur de la gorge, une sensation grippale ».* Les signes cliniques sont révélateurs de :

- Fièvre éruptive : elle intervient dans 90% des cas ;
- Une incubation : elle s'avère silencieuse, dure 10 à 14jours avant l'apparition des premiers symptômes ;

Elle repose sur deux aspects cliniques que sont : la phase catarrhale qui est la phase d'invasion et la phase éruptive qui est la phase d'état. La phase catarrhale (invasion) dure deux (02) à quatre (04) jours et se caractérise par une fièvre d'apparition progressive de 39 à 40°c, une convulsion (méningisme). La Catarrhe se manifeste par une conjonctivite, une rhinorrhée claire (rhume) et une toux sèche. C'est donc une maladie qui évolue rapidement et qui détériore la qualité de vie de l'enfant.

Cette maladie virale demeure une préoccupation sanitaire pour les professionnels de santé dans le district de Grand-Bassam. Son caractère contagieux et mortel mérite une vigilance accrue pour maintenir ce foyer isolé sous contrôle. Le diagnostic se fait à travers un prélèvement sanguin et la vaccination reste le seul moyen de prévention.

### 2.1.2. Conception sociale de la maladie de la rougeole

La maladie est vécue dans toutes les communautés humaines et participe à la construction de la réalité sociale. En effet, chaque culture en s'appuyant sur son cadre nosologique de reconnaissance et de classement des pathologies dissocie les *« maladies graves »* et les *« maladies passagères ».* Ainsi, dénommée « **Sansan** », la rougeole en langue locale Abouré est considérée comme *« une maladie des enfants, une maladie grave »*. Selon le Chef coutumier, *« Il fut une époque où cette maladie faisait ravage au sein de la communauté. Elle touchait particulièrement les enfants et laissait des séquelles aux victimes précisément des déformations faciales qui demeurent jusqu'à l'âge adulte ».* Les signes de la maladie évoqués par la communauté sont entre autres :« *Le corps chaud (fièvre), les boutons sur le corps et ceux qui restent dans le ventre*, *les selles vertes, manque de sang* ». **(Voir photo 1).**

**Photo 1** : enfant atteint de la rougeole
**Source** : image d'un enfant africain qui fait la rougeole - Recherche Images (bing.com) du

Pour le patriarche, les causes de la maladie n'ont jamais été connues de façon précise par la communauté. Il s'exprime en ces termes : « *Tout ce qu'on racontait, c'est que c'était le manque d'hygiène qui entrainait cette maladie* ». Abondant dans le même sens, les membres de la communauté soulignent « *on n'a jamais connu les causes exactes de cette maladie ;* « *Nous on se dit que c'est la varicelle. On ne pensait pas que cela pouvait être une autre maladie* » ; « *ah, pour nous c'est la varicelle qui se manifeste comme ça ».*

L'ignorance et la confusion au sein de la communauté orientent leur comportement de recours aux soins. En effet, la « varicelle » et « la rougeole » sont des maladies virales qui présentent des symptômes similaires. Il s'agit particulièrement des éruptions cutanées et les démangeaisons ainsi que la fièvre. Cependant, elles peuvent se différencier à travers la forme des boutons. Les boutons de la rougeole sont plus fins et rougeâtres et associés à d'autres symptômes tels qu'une fièvre élevée, la toux et le rhume. En revanche, les lésions cutanées engendrées par la varicelle se présentent généralement sous forme de vésicules prurigineuse, accompagnée d'une fièvre et de céphalées. Cette ressemblance symptomatique avec la rougeole entraine fréquemment une confusion de diagnostic, entravant ainsi une identification précoce et une gestion thérapeutique appropriée de la maladie.

### 2.2. Prise en charge communautaire de la rougeole

L'implication communautaire dans la prise en charge des malades se fonde sur les savoirs endogènes, les ressources locales et valeurs culturelles afin d'optimiser l'accès aux soins curative et préventive.

#### 2.2.1. Recours à la médecine traditionnelle

La confusion populaire entre la rougeole et la varicelle participe à une déperdition de soins vers les structures modernes, au profit de la médecine traditionnelle. En effet, dans les représentations locales, la varicelle est généralement perçue comme *« une maladie bénigne,*

*habituelle et sans gravité »*, touchant fréquemment les enfants. Cette banalisation conduit les familles à gérer les symptômes au sein des communautés. Comme le souligne une enquêtée : « *Chez nous ici quand l'enfant chauffe, on traite d'abord le palu. On ne cherche pas à savoir si c'est une autre maladie ou pas. C'est quand les boutons apparaissent qu'on commence à savoir que ce n'est pas le palu. On se dit que c'est la varicelle mais, c'est lorsqu'on ne voit pas d'amélioration après les soins apportés qu'on peut penser à la rougeole et adapter le traitement* ». Les premiers signes d'éruption cutanée ou de fièvre sont souvent interprétés comme relevant de la varicelle, ce qui retarde l'identification véritable de la rougeole. Ce glissement sémantique et diagnostic favorise une prise en charge communautaire et familiale fondée sur des connaissances ancestrales et par des traitements domestiques ou par le recours aux tradipraticiens. Comme l'atteste les enquêtés *« il existe des remèdes déjà à la portée des malades, pourquoi aller à l'hôpital ? Puisqu'au temps de nos parents on soignait cette maladie, et on continue de la soigner avec des plantes naturelles et des médicaments Ghanéens* » ; *« Ici on sait ce qu'il faut utiliser pour guérir l'enfant sans problème, donc le vaccin n'est pas nécessaire »*. Ces propos traduisent une perception profondément enracinée dans les pratiques culturelles et les savoirs endogènes, concernant les maladies infantiles comme la rougeole ou la varicelle. Elles dénotent aussi d'une confiance marquée envers la médecine traditionnelle et une réticence à adopter les interventions biomédicales telle que la vaccination.

Cette confiance que voue les populations africaines à l'égard de cette médecine africaine est liée à histoire et à l'efficacité des plantes médicinales. C'est la médecine de nos ancêtres et celle-ci répond le mieux à nos aspirations ainsi, son usage repose sur des connaissances endogènes, des savoir-faire transmis par les ainées à la nouvelle génération. Comme le souligne ces propos des enquêtés : *« on a des médicaments ici qui traite cette maladie, pourquoi aller à l'hôpital » ; il existe déjà des remèdes contre la rougeole au sein de la communauté ; quand on traite la rougeole nous-même l'enfant guérit définitivement or à l'hôpital, ce n'est pas trop sûre ».* A l'analyse de ces propos, la médecine moderne s'avère inefficace dans la prise en charge de la rougeole. Cette croyance est renforcée par les expériences vécues par les parents sur les insuffisances de la prise en charge médicale. A cet effet, une mère souligne *« ici là, certains parents sont allés avec leurs enfants à l'hôpital pour les soigner, ils n'ont pas guéri, et ce qui est pire encore, c'est que leur médicament ils ont donné à l'hôpital làba à rendu les enfants malades »*. Ces déclarations illustrent les insuffisances du système moderne de santé. En effet, la communauté admet que les traitements administrés dans les centres de santé modernes non seulement échouent à guérir mais peut également aggraver l'état de santé de l'enfant. Cette méfiance perpétrée à l'égard des structures modernes de santé est amplifiée par

les effets indésirables liés ou non au traitement et aussi par les expériences individuelles ou collectives précédentes.

Dans ce contexte, la médecine africaine sera souvent privilégiée en raison de sa proximité culturelle, de son accessibilité financière et de la confiance qu'elle engendre. Les soins et les médicaments à base de plantes traditionnelles sont qualifiés de *« produits naturels »* et non toxique ce qui justifie l'engouement des communautés. Par ailleurs, la médecine africaine s'inscrit dans une approche holistique qui met en relation le malade, son environnement social et spirituel, ce qui rompt avec l'approche cartésienne proposée par la médecine moderne. En effet, le pouvoir des guérisseurs associés à l'efficacité des plantes renforce sa légitimité.

### 2.2.2. Mode d'application des soins communautaires

La perception de la gravité de la rougeole au sein des communautés Abouré engendre des dispositions particulières en matière de prise en charge. En effet, les personnes atteintes de la rougeole sont mises en réclusion systématique. Cette pratique bien que non médicalisé, reflète une conscience communautaire du caractère contagieux de la maladie. L'isolement des malades permet d'éviter la propagation de la maladie au sein de la communauté, une mesure qui s'aligne avec les recommandations de santé publique. Par ailleurs, les soins appliqués lors de ces épisodes sont effectués avec rigueur, s'appuyant sur une gamme variée de traitement issus des savoirs endogènes. Il s'agit de lavement, de décoction, des soins de corps, etc. A cet effet, un père atteste :« *On traite cette maladie avec des écorces, des feuilles d'awalé. On fait bouillir ces feuilles avec du citron. On boit deux (02) fois par jour ». Une autre ajoute « Vous savez la maladie est dans le corps donc pour faire sortir les boutons, on écrase un peu d'aille mélangé au poivre de guinées pour le lavement. Ensuite pour traiter les boutons sur le corps on utile une gousse d'ail écrasé et on ajoute un peu de koutoukou pour frotter sur le corps ».* ***(Voir photo 2 et 3).***

**Photo 2** : l'ail écrasé utilisé pour badigeonner les enfants atteints de la rougeole et faire le lavement ; **Source** : image d'une gouste d'ail - Recherche Images (bing.com) du

**Photo 3**: graines de Guinée prescrit pour le traitement contre la rougeole ;
**Source** : KANE & Amani, 2024 commandé sur jumia.ci

Ces propos sont renchéris par une mère en ces termes : *« On peut prendre aussi du cola avec du koutoukou*[1]*. Ecraser et le faire boire aux malades. Il y a aussi les médicaments ghanéens qui sont très efficaces ».* Ces pratiques traditionnelles, transmises de générations en générations sont perçues comme efficaces et adaptés au contexte culturel local. En effet, la disponibilité des produits dans l'environnement immédiat et l'accessibilité financière permettent et encouragent ces pratiques de soins. Au marché par exemple, du kaolin, des écorces de plantes broyés, des comprimés Ghanéens vendus par des femmes ont été identifiés comme étant « efficaces » pour traiter la rougeole. **(Voir photo 4,5,6,7)**

**Photo 4** : Kaolin pour traiter la rougeole
**Source** : photographié par KANE Sarah & Amani le 26/08/2024 au marché de koumassi à Bonoua

**Photo 5**: écorces de bois séchés à écraser avec de l'ail et faire le lavement de l'enfant
**Source** : KANE & Amani, 2024 au marché de koumassi à Bonoua

**Photo 6** : pénicilline 125 mg prescrit par les femmes Ghanéennes pour le traitement contre la rougeole
**Source** : KANE & Amani, 2024 au marché de koumassi à Bonoua

**Photo 7** : Citramine 10mg prescrit par les femmes Ghanéennes pour le traitement contre la rougeole ;
**Source** : KANE & Amani, 2024

Le peuple Abouré qualifié de traditionnaliste par plusieurs hommes de la communauté, est attaché aux valeurs culturelles et sociales de leurs communautés. A cet effet, un homme

[1]Le koutoukou encore appelé 'Gbêlê' est une Boisson locale. Elle est obtenue après extraction puis fermentation du vin de palmiers, comme le palmier à huile, le raphia ou le rônier. C'est une boisson artisanale forte, avec un taux d'alcool d'environ 50%, très populaire en Afrique de l'Ouest

souligne : « *le peuple Abouré est un peuple fier, encore accroché à ses valeurs culturelles et que la modernisation surtout la médecine moderne est la chose des blancs ».* Cette perception freine le recours au système moderne de santé et renforce l'attachement aux valeurs culturelles.

Pour la CSE du district sanitaire de Grand-Bassam, la disponibilité des infrastructures sanitaires et des spécialistes permettent de faire une prise en charge optimale des malades et assurer la prévention. Ainsi, la non stabilisation de la rougeole au sein de la communauté Abouré n'est pas voué à une raison médicale mais liée à des facteurs socio-culturels. Cela dénote d'un système de *« fierté du savoir culturel »* et du maintien de leur identité culturelle. Il est important d'établir un pont entre la culture et le modernisme en vue d'atteindre les objectifs de préventions sanitaires.

### 2.3. Regard croisé sur la perception et attitude vaccinale

#### 2.3.1. Perception de la vaccination

La vaccination contre la rougeole est marquée par une perception négative. Cela se traduit par le non-respect du protocole de vaccination des enfants malgré la disponibilité des vaccins. La plupart des mères ne respecte pas les doses et des périodes de vaccination infantile recommandée. Certaines avaient fait la première dose de vaccination de leurs enfants à 09 mois et d'autres n'avaient jamais fait le vaccin. Cette discontinuité ou ce rejet vaccinal témoigne d'une crise de confiance de la communauté envers les structures de santé modernes. A cet effet, nos enquêtés affirment :« *Moi je ne fais pas vacciner mes enfants contre la rougeole, parce que je ne sais pas ce qu'ils vont mettre dans le corps de mon enfant* » ; « *ils vont rendre les enfants malades avec la vaccination* » ; Certains *parents d'ici refusent la vaccination. Ils disent que les gens veulent rendre nos enfants peu intelligents. Comme ça les enfants des riches seront plus intelligents* » ; *« madame est ce que vous trouvez normal que le vaccin qui est censé protégé un enfant le rend malade d'abord ! c'est-à-dire si vous n'avez pas la chance votre enfant peut même mourir (.....).* Ainsi, pour la communauté Abouré, la vaccination contre la rougeole est non seulement inefficace mais potentiellement dangereuse pour les enfants. En effet, les réactions post-vaccinales telles que la fièvre, les éruptions cutanées ou les irritations sont interprétés non pas comme des signes temporaires d'une réponse immunitaire, mais comme une preuve que le vaccin est la cause directe de la maladie.

De même, le scepticisme envers la médecine moderne qualifiée comme une *« médecine des blancs »* renforce la méfiance envers les vaccins. Cette perception est alimentée par des expériences passées ou les interventions médicales ont été imposées sans respect des pratiques

culturelles locales. C'est le cas de la crise sanitaire de Covid-19 qui a eu un impact considérable sur les activités des services médicaux.

Selon les professionnels de santé : « *Depuis la vaccination contre la COVID 19 est arrivé, les parents pensent que c'est ce vaccin qui va être injecté à leurs enfants* ». Ces propos sont renchéris par chef coutumier : *« les gens refusent le vaccin parce qu'ils disent que ces vaccins viennent du gouvernement pour affaiblir nos enfants »*. D'autres hommes de la communauté affirment : *« Ces vaccins cachent quelque chose hein ! regarde on a observé que les enfants une fois vaccinés deviennent faibles alors que les non vaccinés qui ont reçus les soins traditionnels sont plus vigoureux à l'adolescence »* ; *« ce sont les blancs et nos autorités politiques qui sont derrière tout ce complot pour nous tuer »*.

Par ailleurs la propagation des rumeurs sur les probables effet des vaccins joue un rôle significatif dans la formation de l'opinion publique. Car, ces rumeurs véhiculées par certains membres influent de la communauté ont un impact profond sur les décisions des parents concernant la vaccination. Ces facteurs d'inobservance vaccinal impact significativement l'atteinte des objectifs de la santé publique, soutenue par la recrudescence des cas de la rougeole dans la zone et la manifestation périodique de l'épidémie. A ce propos, un agent de santé raconte : « *Vraiment à Bonoua c'est difficile avec la vaccination. Pendant les campagnes de vaccination, certains agents vaccinateurs sont chassés, menacés à cause de la prévention. Et malgré les stratégies avancées dans certains villages de Bonoua, plusieurs parents continuent de cacher leurs enfants* ». Ce témoignage traduit la difficulté des agents de santé à mettre en place la politique de prévention des risques sanitaires.

### 2.3.2. Attitudes de déperdition

L'attitude vaccinale est caractérisée par l'inobservance du protocole médical. Généralement, les mères qui acceptent de faire vacciner leurs enfants ne respectent pas les doses recommandées. Un agent de santé affirme *: « Lorsque les femmes arrivent à l'hôpital, on leur dit qu'il y a la vaccination à faire à 09 mois. Pour les 09 mois, certaines viennent. Après 09 mois, elles ne reviennent plus. On les appelle, on tombe soit sur leurs mères ou leurs belles-mères* ». Elles développent des stratégies pour éviter le respect du calendrier vaccinal de l'enfant. Ces attitudes et pratiques se déclinent de manières suivantes :

- L'attitude des ‘**’perdues de vues” :** elle consiste à donner un numéro incorrect aux agents de santé afin de ne pas être localisé pour le rappel des autres doses de vaccins ;
- L'attitude du ‘’**relais de la surveillance” :** plusieurs mères surtout les filles-mères laissent la garde de leurs enfants soit à leurs mères et/ou belles mères et

retournent à leurs occupations personnelles. A cet effet, la personne qui a en charge à nouveau la garde de l'enfant n'est pas toujours informée des prochains vaccins ;

- L'attitude du **''refus verbalisé'' :** certaines femmes ou parents refusent catégoriquement de faire vacciner leurs enfants et avancent les propos des préjugés. Cette dernière catégorie de personnes établie une relation directe entre la politique en termes de pouvoir étatique et la santé. Ces personnes se manifestent lors des campagnes de vaccination.

En analysant ces attitudes, on comprend que les parents protègent leurs enfants des pratiques du système de santé. Car, malgré la gratuité des soins et les actions préventives menées ceux-ci ne comptent pas adhérer de manière absolue. Les préjugées et les croyances doivent être modifiées par la sensibilisation et un service de qualité. Par ailleurs, une implication active des communautés Abouré dans les services de santé, la mobilisation du personnel secondaire allogène (aide-soignant, agent de santé communautaire, agent vaccinateur et autres) pourrait être envisagés afin de favoriser leur adhésion à la politique de santé mise en place. Comme le souligne une mère « *moi je peux aller accoucher à l'hôpital ou suivre leur conseil si ce sont nos parents qui sont à la maternité. Eux, ils ne peuvent pas nous faire de mal* ».

## 3. Discussion

Les résultats de cette étude révèlent que le refus ou la non -adhésion à la vaccination est favorise par trois facteurs majeurs : une confusion sémantique entre les maladies, une crise de confiance envers le système sante moderne, et un attachement aux valeurs culturelles et aux pratiques ancestrales. Ces données s'harmonisent avec les recherchent menées par d'autres chercheurs dans la littérature.

Ainsi, selon la théorie de la construction sociale de la maladie, les perceptions communautaires de la santé, de la maladie et du corps peuvent entrer en conflit avec les approches biomédicales, ce qui peut entrainer un rejet ou la méfiance (B. Good 1994). C'est le cas de la communauté Abouré où les savoirs traditionnels et croyances jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge des maladies. Ainsi, l'attachement aux pratiques médicales traditionnelles et la perception de la médecine moderne comme la « chose des blancs » renforcent la réticence à la vaccination. Une autre raison évoquée par (K. Zue et S.Koné 2014) est que la vaccination va à l'encontre des croyances religieuses. La religion n'a pas été explorée comme étant un facteur essentiel de la non vaccination des enfants de 0 à 5 ans contre la

rougeole dans cette étude. Cependant, les recherches de (D. Alfred, et al., 2015) ont montré que les mères chrétiennes ou islamiques étaient plus favorables à la vaccination des enfants par rapport aux mères animistes ou sans religion. Ceci constitue donc un écart dans notre analyse et des ouvertures de recherche.

La médecine traditionnelle occupe une place centrale dans la prise en charge des maladies au sein de la communauté Abouré. Cette prédominance peut être interprété à travers le concept de *« pluralisme médical »* où différentes approches de soins coexistent et sont mobilisées selon les contextes et les besoins perçus. Dans ce cadre, la vaccination peut être considérée comme une intrusion ou une pratique étrangère surtout si elle est imposée sans consultation ou non adaptée aux réalités endogènes. A cet effet, B.M. Yoro (2022) souligne que « *les pratiques de santé des populations qui se distinguent par le recours aux médecines alternatives et/ou moderne, visent à remédier aux insuffisances et dysfonctionnements des systèmes médicaux contemporain* ».

D'autres études en Afrique de l'Ouest ont mis en évidence que les refus de vaccination sont souvent liés à des craintes concernant les effets secondaires, les rumeurs ou la désinformation (C. Dotto et S. Cubbon 2021) et une méfiance envers les autorités sanitaires (A. F. Amani 2024). Cette interprétation s'aligne à la théorie foucaldienne de la biopolitique, qui analyse la vaccination comme une technique de gouvernement des corps parfois vécues comme une intrusion ou une violence symbolique dans les contextes postcoloniaux (M. Foucault 1976 ; L. Lock et V.A. Nguyen 1990). De ce fait, la couverture vaccinale reste insuffisante malgré la disponibilité des vaccins et de leur gratuité.

## Conclusion

Cette étude souligne que la non vaccination s'inscrit dans des dynamismes complexes de représentation, de dynamique de pouvoir et d'appartenance culturelle. Elle a privilégié une approche ethnographique combinant observation de terrain et d'entretiens semi -directifs, notamment auprès des mères d'enfants de neuf (09) à vingt-quatre (24) mois. Ce regard anthropologique a permis de saisir les dynamismes culturelles et sociales qui influencent les perceptions et les pratiques liées à la vaccination contre la rougeole. Ainsi, il ressort des analyses que la confusion persistante entre varicelle et rougeole conduit à une prise en charge communautaire et l'usage de la médecine traditionnelle. Ce recours est motivé par une crise de confiance envers le système de santé moderne et amplifié par des expériences négatives vécues par certains membres de la communauté. De plus, l'attachement profond aux valeurs

culturelles, aux pratiques ancestrales, et les perceptions de la médecine moderne comme une intrusion freine leur adhésion aux différents programmes élargis de vaccination.

Ces observations soulignent l'importance d'intégrer les dimensions socio-anthropologiques dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique. Cela doit se faire à travers la décolonisation de la médecine occidentale dans le contexte africain. Il s'agira de développer des stratégies d'intervention et de communication qui prend en compte les savoirs locaux, les valeurs culturelles en impliquant les leaders communautaires ainsi que les praticiens de la médecine traditionnelle. Des recherches futures pourraient explorer les dynamiques intergénérationnelles dans la transmission des savoirs médicaux. Une approche comparative avec d'autres communautés permettrait également de mieux comprendre les mécanismes de résistance ou d'adhésion aux interventions sanitaires. Car, la tradition se trouve à un carrefour entre préservation et remise en question par les mutations sociétales contemporaines. En anthropologie, ce phénomène est abordé comme la dé-ritualisation ou l'effritement des rites de passage (V. Turner 1969, PP 80-93).

## Références Bibliographiques


**ALFRED Douba, Lepri Bernadin Nicaise Aka, Gnissan Henri Auguste Yao, Pétronille Zengbé-Acray, Bangaman Christian Akani, N'Guessan Konan,** 2015, « Facteurs sociodémographiques associés à la vaccination incomplète des enfants de 12 à 59 mois dans six pays d'Afrique de l'ouest », dans *Santé Publique2015/5 (Vol.27),* pages 723 à 732.

**AMANI Ahou Florentine,** 2024 a, « traditional African Medecine : Treatment of a case of large Boil in the Indénié – Djuablin Region (Ivory Coast). Advances in *Anthropology, 14* (1), PP1-13.

**AMANI Ahou Florentine,** 2024 b, « Barrières et condition d'acceptatbilités de la vaccination Covid-19 chez les jeunes dans le district sanitaire d'Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Rev Afr Anthropol (Nyansa-Pô) (38)*, PP1-14.

**BAHI Boniface,** 2023 « Perspectives économiques : richesse, prospérité, distribution des ressources de santé ». Université of Alberta, canada, cours de Masters.

**Bourdieu Pierre,** 1979, *La Distinction: Critique sociale du jugement*, Paris: Editions de Minuit.

**CHAABITA Rachid, Bennani Bouchra, Chaabani Zineb & Moussab Ghoujdam,** 2023, « L'acceptation et la réticence de la vaccination contre Covid19 chez les citoyens marocains: Cas de la région grand Casablanca-Settat », *International Journal of Accounting, Finance,Auditing, Management and Economics, 4*(1-2), 301-314.

**DICTIONNAIRE Français. (s.d.).** *Définitio étymologique de la rougeole.* La langue française. doi:https://www.bing.com/search?q=d%C3%A9finition+%C3%A9tymologique+de+la+rougeole&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBggGEEUYOzIGCAAQABhAMgYIARAAGEAyBggCEAAYQDIGCAMQABhAMgYIBBAAGEAyBggFEEUYOzIGCAYQRRg7MgYIBxBFGDkyBggIEAAYQNIBCDQ3OTZqMGoxqAIAsAIA&FORM=ANAB01&PC=U531

**DOTTO Carlotta & Cubbon Seb,** 2021, « foreign anti-vaccine dissinformation.narratives reached West African communities online», *First Draft News*. Récupéré sur https://infoepi.org/posts/2021/06-23-influence-africa.

**FAIRHEAD James, Leach Melissa, & Small Mary,** 2006, «Where techno-science meets poverty: Medical research and the economy of blood in The Gambia, West Africa », *Social science & medicine,, 63*(4), 1109-1120.

**FOUCAULT Michel,** 1976, *Histoire de la sexualité, La volonté de savoir*, Paris: Gallimard.
**GOOD Byron,** 1994, « Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective ». *Cambridge University Press*.
**JANZEN John,** 1978, « The quest for therapy in lower Zaire » . *Univ of California Press.*
**JEGEDE Ayodele Samuel,** 2007, «What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign? » *PLoS medicine*, *4*(3), e73.
**KLEINMAN Arthur,** 1980, « Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology,medicine, and psychiatry *», Univ of California Press*.
**LOCK Margaret & Nguyen Vinh-Kim,** 1990, *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell ».
**MAINA Lilian, Karanja Simon & Kombich Janeth**, 2013, « Immunization coverage and its determinants among children aged 12-23 months», *in a peri-urban area of Kenya 14*(3), pp. 1-7. doi:10.11604/pamj.2013.14.3.2181
**MARSHALL Patricia,** 1992, « Anthropology and bioethics », *Medical Anthropology Quarterly, 6*(1), 49-73.
**MUNTHALI Alister,** 2007, « Determinant of vaccination coverage in Malawi: Evidence from the demographic and health surveys » *Article de journal* DOI: 10.4314/mmj.v19i2.10934
**N'ZUE Kouakou & Koné Samba,** 2014, «Vaccination contre la rougeole: atteindre tous les enfants, un objectif réalisable », *ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)*, 3. doi:https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/144488/CI-CP26112014.pdf.
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), 2013, *Plan d'Action Mondial pour les Vaccins 2011-2020.* Genève: OMS. Récupéré sur 9789242504989_fre.pdf (who.int)
**OSBERG Eurotext,** 1996, « Les variables de la politique économique et la santé de la population », *In la santé au canada. Le cadre et les enjeux* , pp. 601-634.
**POLANYi Karl,** 1944 - 2001, The great transformation *: The political and economic origins of our time.* Beacon press.
**POLITIQUE NATIONALE,** 2016, amélioration des services de santé en Côte d'Ivoire, Abidjan.doi:https://sante.gouv.ci/fichiers/1495798843AMELIORATION%20DE%20LA%20QUALITE.pdf
**ROUSH Sandra,** 2007, «Historical comparisons of morbidity and mortality for vaccine-preventable diseases » in the United States. *Jama, 298*(15), 2155-2163.
**SAMIRA Benzoubara,** 2020, « La rougeole ». Maitre Assistante en Infectiologie, CHU ORAN, PP 43 doi:https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_2518.pdf
**TURNER Victor,** 1979, « Dramatic Ritual/Ritual Drama : Performative and Reflexive Anthropology », *The Kenyon Review, New Series, Vol 1, N°3*, PP 80-93.
**YORO Blé Marcel,** 2002, *Pluralisme thérapeutique et recours aux soins en milieu rural ivoirien : approche Socio anthropologique du syncrétisme thérapeutique à Guibéroua, République de Côte d'Ivoire,* Université Paris 1, Panthéon Sorbonne, IEDES, Paris : Thèse de Doctorat Unique.

**N'nan Sarah KANE** est Assistante en Socio-anthropologie de la santé à l'Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody Abidjan. Elle est membre du Laboratoire de Recherche en Sciences Sociale (LARESS) et rattachée à l'Ecole Doctorale Société, Communication, Arts, Lettres et Langues (SCALL) de ladite université. Membre de l'Association Canadienne-française pour l'Avancement de la Science (Acfas), elle participe à des congrès et colloques internationaux autour de l'avancement des connaissances en sciences sociales. Ses travaux s'inscrivent dans une perspective interdisciplinaire articulant anthropologie, santé publique et sciences sociales. Ses recherches portent principalement sur les rapports de collaboration agents de santé et patients, la santé sexuelle et reproductive, le Genre et la santé infantile.

**N'nan Sarah KANE**
Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)
Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB)
BP V 34 Abidjan 01 (ISAD/SHS/UFHB)
Sarahkane42@yahoo.com

**Ahou Florentine AMANI** est Maître-Assistante en anthropologie médicale à l'Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan. Elle est membre du Laboratoire de Recherche en Sciences Sociale (LARESS) et membre de l'équipe de recherche COSAS (Comportement, Psychopathologie, Psychologie et Anthropologie de la Santé) rattaché à l'École doctorale SCALL de ladite universite. Ses travaux s'inscrivent dans une perspective interdisciplinaire articulant anthropologie, santé publique et sciences sociales. Ses recherches portent principalement sur les dynamiques socio-culturelles de la santé, la santé sexuelle et reproductive, la santé infantile et la nutrition.

**Ahou Florentine AMANI**
Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)
Université Félix Houphouët-Boigny (UFHB)
BP V 34 Abidjan 01 (ISAD/SHS/UFHB)
amanifloflo1984@yahoo.fr