

Research Article

## Logiques sous-jacentes et enjeux sociaux de la réticence à la prévention vaccinale en Côte d'Ivoire

Gbété Jean Martin IRIGO<sup>1</sup> and Fato Patrice KACOU<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Université Peleforo Gon Coulibaly, Laboratoire Population et Développement-UAO (Côte d'Ivoire)

<sup>2</sup>Université Félix Houphouët Boigny, Institut d'Ethno-Sociologie (Côte d'Ivoire)

### Article History

Received: 04.06.2020

Accepted: 17.06.2020

Published: 28.06.2020

### Journal homepage:

<https://www.easpublisher.com/easjhcs>

### Quick Response Code



**Résumé:** Pourquoi enregistre-t-on des réactions sociales de rejet de la prévention vaccinale en Côte d'Ivoire et comment les comportements sociaux de résistances se manifestent-ils ? C'est à ces questions que cet article tente d'apporter des éléments de réponse. La posture théorique adoptée s'inscrit dans l'approche de la sociologie compréhensive. A l'issue des observations, certaines croyances populaires affectant aux vaccins un effet nocif, la perception de différentes manifestations organiques post-vaccination, les coûts et la phobie de la seringue apparaissent comme des éléments sous-jacents à la résistance à la prévention vaccinale. D'ampleur et de formes variées, les comportements de réticence inscrivent *in fine* cette intervention de santé publique au cœur d'enjeux économique, éthique et culturel dont la maîtrise par les intervenants devrait en améliorer l'acceptation.

**Mots clés :** Côte d'Ivoire, Croyances, Enjeux, Prévention vaccinale, Réticence

**Abstract:** Why are there social reactions of rejection of vaccine prevention in Côte d'Ivoire and how do social behaviors of resistance manifest themselves there? It is to these questions that this article attempts to provide some answers. The theoretical posture adopted is part of the approach of comprehensive sociology. Following the observations, certain popular beliefs that affect vaccines with a harmful effect, the perception of different post-vaccination organic manifestations, the costs and phobia of the syringe appear to be underlying elements of resistance to vaccine prevention. On a large scale and in various forms, reluctance behaviors ultimately put this public health intervention at the heart of economic, ethical and cultural issues.

**Keywords:** Côte d'Ivoire, beliefs, Challenges, Vaccine prevention, Reluctance

**Copyright © 2020:** This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution license which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium for non commercial use (NonCommercial, or CC-BY-NC) provided the original author and source are credited.

## INTRODUCTION

Quand on observe les sociétés humaines, il n'est pas difficile de constater que l'adoption d'une nouvelle technologie, quelle qu'elle soit, implique d'abord quelques réticences avant d'être enchâssée dans les mutations en cours. Le cas du fait vaccinal, avancée majeure en santé publique, suscite bien d'interrogations si on s'en tient aux résultats obtenus face aux ravages des grandes endémies qui ont marqué l'histoire de l'humanité. Depuis 1798, date de la découverte du premier vaccin, plusieurs pathologies ont disparu. Ainsi la peste, le pian, la variole, la varicelle, la syphilis... semblent faire partie d'un passé substantiellement lointain. À travers des campagnes de vaccination mais aussi de sensibilisation et d'information, la prévention de certaines pathologies qui n'ont pas encore trouvé de traitement curatif et certaines maladies re-émergentes comme la fièvre typhoïde et la rage est à mettre à l'actif des organismes tels que l'OMS et l'UNICEF (OMS, UNICEF, Banque Mondiale, 2010).

Beaucoup de progrès ont certes été réalisés en termes de nombre de personnes vaccinées mais des proportions importantes d'enfants du sud restent encore non vaccinées. Ainsi les indicateurs de progrès vers l'élimination des maladies et les objectifs d'éradication étant au nombre de onze, en 2015, aucun d'eux (les objectifs) n'a été atteints. Pire, l'émergence de plusieurs cas de poliovirus sauvage au Nigéria en 2016 a été perçue comme un décevant revers (Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, 2016) tout autant que la prévention de la poliomyélite. Et si « des progrès ont été obtenus en vue de l'élimination du tétanos maternel et néonatal », 18 pays n'ont pas encore atteint un objectif d'éradication et l'incidence mondiale de la rougeole même si elle était passée de 50 cas par million d'habitants à 39,3 cas en 2015, restait sensiblement supérieur aux objectifs mondiaux de 2015 qui étaient de moins de cinq cas par million d'habitants. En plus, « des flambées de rougeole sont survenues dans de nombreux pays – conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante à la fois par les services et les campagnes systématiques, et d'une

sensibilité accrue dans les groupes d'âge plus âgés » (Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, *op cit*, p. 8).

Différents facteurs sont identifiés pour expliquer la lenteur dans le progrès face à l'éradication des grandes endémies. Ainsi, la faiblesse des infrastructures de santé, les insuffisances de la gouvernance et l'absence d'intégration qui conduirait à laisser passer les occasions de vacciner, sont des facteurs macrosociaux soupçonnés de jouer un rôle majeur (OMS, 2014). Comme dans bien de pays africains, en Côte d'Ivoire, le budget alloué à la vaccination des tout-petits évolue parfois de manière décroissante bien que les besoins semblent croissants. En 2009 et 2010, l'Etat avait alloué au Programme Elargi de Vaccination (PEV) respectivement 6.062.600\$ et 2.001.449\$ avec des soutiens extérieurs dont celui de l'ONG GAVI. Cette allocation a permis une amélioration relative des performances du programme avec des couvertures vaccinales estimées à 86% pour le DTC-HéptB-Hib3 et les autres antigènes - le vaccin anti-rougeoleux (VAR), 70% pour le vaccin anti-rougeoleux (VAR), 70% pour le vaccin anti-rougeoleux (VAR), 63% pour la deuxième dose du vaccin antitétanique (VAT2)- des résultats très en deçà des objectifs fixés avec notamment 71% de couverture vaccinale (GAVI, 2014). Depuis 2017, le taux de couverture en dehors du PEV est de 2% avec de fortes disparités régionales :

Différentes régions sanitaires n'ont pas atteint les cibles fixées par le PNDS 2012-2015 avec des taux de 45 % pour le VAR dans la région du Boukani-Gontougou. En 2015, seule la moitié des enfants de 12-23 mois étaient complètement vaccinés pour le BCG, le vaccin pentavalent (DTC-HéptB-Hib), le vaccin polio oral (VPO), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-rougeoleux (VAR), le vaccin anti-rougeoleux (VAR) et le vaccin antitétanique (VAT). Ces vaccins sont censés protéger les enfants contre 9 maladies cibles du PEV (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016, p. 19).

Au niveau du trafic transfrontalier, certains vaccins sont obligatoires pour les voyageurs qui entrent dans le pays et d'autres sont recommandés. Il s'agit de la fièvre jaune (obligatoire), de la méningite (recommandée) de la fièvre typhoïde, de l'hépatite et du pneumo-23 (conseillés) (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2005). Mais le rapport de la Direction Départementale de la police chargée de l'immigration et de l'Institut National d'Hygiène Publique (INHP) informe que le taux de couverture vaccinale au niveau des frontières du nord du pays (Pôgô, Lalériba et Sitarail) au titre de l'année 2012 était relativement faible. Ce taux se serait situé autour de 33% pour les voyageurs ayant des carnets internationaux régulièrement à jour.

Globalement, on note que malgré la sensibilisation et les résultats significatifs des différents programmes de vaccination devant conduire à une régression substantielle de la mortalité par les grandes endémies, le taux de couverture vaccinale en Côte d'Ivoire reste faible (moins de 80%) au regard de la norme qui est de 90% (GAVI, *op cit*). Cette faiblesse pourrait s'expliquer par des résistances dans certaines catégories sociales et celles-ci (les résistances) s'observent selon différentes modalités. Parfois modérés parfois radicaux, ces réticences se traduisent par un refoulement ou une agression physique des agents vaccinateurs. Même si la prévention est une initiative personnelle, on observe parfois que très peu d'individus disposent d'un carnet de vaccination national ou international en Côte d'Ivoire. Plusieurs motifs apparaissent pour justifier les résistances comme nous le disions plus haut, Il s'agirait dans l'ensemble d'une perception négative de la vaccination chez certaines populations et celles-ci l'interpréteraient comme un processus scientifique peut compromettre la reproduction et la pérennisation de l'espèce humaine (O. Adam, 2007). D'autres encore n'évoquent aucun motif mais fuient tout simplement les agents vaccinateurs. Dans les post-frontières, deux-tiers (2/3) des voyageurs provenant des pays voisins contournent les postes de contrôle sanitaire (SIG, 2013). Il serait difficile de situer l'indigence économique comme variable explicative de ces comportements puisque les services de l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) des postes frontaliers rapportent parfois des tentatives de corruption sur leurs agents (A. P. Atsé et *al.*, 2015). Comment donc expliquer les comportements de réticence même quand les vaccins sont gratuits ou ont un coût relativement acceptable pour la plupart des ménages? L'hypothèse de recherche de l'étude postule que certaines croyances affectant aux vaccins un effet nocif donc contraire à celui avoué, leurs coûts et la phobie de l'aiguille sont des facteurs minorant l'acceptabilité de la vaccination. Le présent article repose sur une enquête réalisée en 2015 avec quelques approfondissements en 2018 pour le compte de la Fédération Nationale des Organisations de Santé de Côte d'Ivoire (FENOSCI). A travers une investigation de terrain, cette faitière était soucieuse d'identifier les facteurs qui rendent compte des comportements et attitudes des populations à l'égard de la vaccination afin d'entreprendre des campagnes de sensibilisation.

## METHODOLOGIE

La cible de l'étude était la population ivoirienne et l'approche de recherche adoptée est compréhensive, au sens où l'entend M. Weber (2011). Le choix de cette approche, arrimée au sujet d'étude, se justifie par la recherche du sens que les acteurs sociaux donnent à leurs pratiques et actions, qui se traduisent ici par des comportements de récusation des campagnes de vaccination. Cependant, en attendant une enquête à

l'échelle nationale nécessitant de grands moyens (temps et moyens financiers), le choix d'une localité a été décidé pour abriter le travail de terrain. C'est ainsi que la ville d'Anyama dans la banlieue abidjanaise a été choisie. Loin de procéder du hasard, deux facteurs militaient en faveur de ce choix. Premièrement, au terme d'une fouille documentaire auprès des services de la coordination du Programme Elargie de Vaccination (PEV), il est apparu que cette localité a enregistré l'un des taux de couverture les plus faibles soit 58,5% en 2013 (INS, 2014).

La deuxième raison est d'ordre sociologique. De fait, Anyama se présente comme « une petite Côte d'Ivoire » de par sa coloration humaine. Presque toutes les nationalités de la sous-région et les groupes ethnoculturels de la Côte d'Ivoire s'y retrouvent. En plus de constituer une richesse en termes de diversité culturelle et sociale, ceci est un atout méthodologique majeur réductible à un « idéal type » qui permettra de mieux saisir des résultats généralisables.

L'échantillon a totalisé 100 individus de plus de 18 ans. Cette population, constituée selon un modèle d'échantillonnage accidentel (pour ce qui est des répondants d'Anyama), est constituée de 40 chefs de ménage interviewés à Anyama et de 40 voyageurs sélectionnés selon un échantillonnage de convenance (N. Berthier, 2012) et enquêtés à la frontière entre la Côte d'Ivoire et le Burkina-faso. À Anyama, les répondants ont été sélectionnés parmi les ménages dont les portes n'ont pas été marquées par les agents vaccinateurs<sup>1</sup> soit parce qu'ayant refusé la vaccination soit parce qu'absents lors des passages répétés de ceux-ci. Cette enquête par guide d'entretien semi-directif a été complétée par des entretiens semi-directifs auprès de personnes ressources identifiées au PEV (N=2), à l'INHP (N=8) du poste frontalier et au Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. Tous ces entretiens ont permis de constituer un corpus suffisamment complet pour documenter les motivations sous-jacentes à la réticence face à la prévention vaccinale.

## RÉSULTATS

À l'analyse des données de terrain, la résistance à la prévention vaccinale se manifeste sous diverses formes. Celles-ci trouvent elles-mêmes différentes logiques d'explication.

### La réticence face à la prévention vaccinale : Expressions et formes

<sup>1</sup> Le marquage des portes à la craie par des identifiants permet de reconnaître celles d'entre elles qui ont déjà été visitées par les agents et cela permet à ceux-ci de se retrouver dans un style d'habitat non numéroté. Ce marquage nous a également permis d'identifier les ménages cibles de l'enquête.

Du latin « *reticentia* », la réticence signifie le silence ou l'obstination. La réticence est une attitude qui veut que l'on taise intentionnellement ce qui pourrait ou devrait être dit. On choisit délibérément pour des raisons non apparentes d'omettre ce qui pourrait ou devrait être dit. En littérature, notamment en rhétorique, la réticence est la stratégie employée pour un énoncé inachevé dont le sens reste clair. Elle permet d'atténuer le sens d'une expression en laissant le soin à l'interlocuteur d'en deviner la suite. Dans le cadre de la vaccination, on refuse l'inoculation en marquant des réserves, hésitations ou désapprobations. Cette réticence peut se manifester par la soustraction des enfants du regard des agents vaccinateurs au passage de ceux-ci en répondant qu'« il n'y a pas d'enfants dans le ménage » ou que « tous les enfants ont été vaccinés » ou encore que « les enfants sont hors du ménage ». Certains réticents désertent même le ménage à l'arrivée imminente des agents vaccinateurs. Il peut arriver aussi que des vaccinateurs soient battus. La réticence, comportement manifeste de refus, est finalement un blocage ou une entrave sociale à la prévention vaccinale en tant qu'intervention de santé publique. Les différentes manifestations se résument en la construction d'argumentaires puisant dans la psychologie du milieu, l'évocation de la culture, de la croyance religieuse et de la nocivité des vaccins ou de leurs effets secondaires. Il se développe ainsi une contre-campagne s'exprimant par la déconstruction de l'idéologie de la médecine conventionnelle et de la relation thérapeutique qu'elle engage.

Par ailleurs, les différentes manifestations du refus de la prévention vaccinale ci-dessus évoquées pourraient être rangées sous deux formes dont l'une radicale et l'autre atténuée. Les hésitations, prétextes d'omissions et les dissimulations d'enfants peuvent être qualifiées de formes relativement atténuées tandis que le déni de l'innocuité ou la crainte des effets secondaires qui engendrent parfois des comportements de violence vis-à-vis des agents vaccinateurs sont des formes radicales de refus. Ces formes de rejet, qu'elles soient modérées ou ouvertes, sont justifiées par différentes motivations qui les sous-tendent.

### Les motivations sous-jacentes à la réticence à la vaccination

Au regard du corpus de données qualitatives collectées, plusieurs raisons semblent militer en faveur de la réticence à la prévention vaccinale chez les détracteurs de celle-ci en Côte d'Ivoire. Entre diverses manifestations de crainte des effets secondaires, trypanophobie, croyances populaires et coût des vaccins, les comportements des répondants trouvent leurs fondements dans différentes idéologies.

### Différentes manifestations de peur

La vaccination est globalement associée à diverses craintes dont celles liées à l'effet de l'aiguille lorsqu'il s'agit d'une injection intraveineuse et celles des effets secondaires des produits inoculés. Pour nombre de répondants, l'injection provoque des manifestations de douleurs qui n'en facilitent pas l'acceptation surtout lorsqu'il s'agit parfois de nouveaux. En plus de cette crainte de la seringue, certains enquêtés redoutent les abcès post-injection dont la tuméfaction durerait longtemps sur le corps en n'y laissant une "vilaine" marque. D'autres manifestations telles que blessures ou douleurs, fièvre, irritation locale de la peau sont aussi évoquées comme facteurs ne majorant pas l'acceptation de la vaccination. Ce qui fait qu'à l'approche de la seringue, ceux ou celles qui consentent parfois à se soumettre à cette intervention, ont différentes réactions de peur dont une concentration des muscles, des cris, des agitations ... toutes choses qui rendent ardue l'opération et irritent parfois les agents vaccinateurs. Pour éviter les effets ci-dessus énumérés des vaccins injectés, certains proposent que leur soit administrées plutôt les gouttes:

«L'aiguille fait peur, donnez-moi le vaccin qu'on boit comme pour les enfants, sinon mon bras va s'enfler après »; « Les pieds de l'enfant de ma voisine sont gâtés (devenir infirme) à cause de la vaccination, donc on se méfie »; « On nous dit toujours que les vaccins ne font rien mais on constate qu'après chaque rendez-vous les enfants tombent malades, leur corps chauffe, certains ont des boutons sur le corps, d'autres ont des plaies dans la bouche et font la diarrhée. Dans tout ça, c'est la mère qui souffre chaque fois » (Enquête à Anyama, Mars 2015).

Si parfois certains répondants construisent toute une matrice de déconvenues à l'endroit de la prévention vaccinale en l'imputant à la personne de l'agent vaccinateur: «c'est la main de l'agent vaccinateur qui fait mal sinon les vaccins eux-mêmes ne font pas mal » (échange entre deux mères), d'autres récriminations sont orientées vers la composition chimique du vaccin lui-même en tant que produit de laboratoire chimique: « qu'est-ce qu'il y a dans le vaccin même pour que les enfants tombent tous malades quand on finit de les vacciner ? On dit qu'il faut vacciner pour ne pas tomber malade. Mais ce n'est pas toujours le cas ». Une interrogation qui naît d'expériences (crises, allergies et douleurs liées à un vaccin déterminé...) partagées entre parents et connaissances et qui persistent malgré les assurances formulées par les agents vaccinateurs sur la sécurité du vaccin et les multiples bénéfices qui lui sont liés et qui devraient logiquement permettre de surmonter cette peur handicapante. De plus, le plaidoyer de valorisation de la vaccination semble rester vain puisque certaines répondantes ont associé les séances publiques de

vaccination à des célébrations funéraires tant on y entend des pleurs d'enfants et on y trouve des mères stressées aux mines rembrunies car affectées par les agitations de leurs enfants. Tout ceci finit par produire des craintes qui aboutissent à des rapports de suspicion entre les deux catégories d'acteurs directement concernés par la vaccination c'est à dire les agents vaccinateurs et les populations.

### Croyances populaires, préjugés et théorie du complot : des facteurs durablement enracinés

Diverses croyances et mouvements philosophico-religieux contribuent à transformer la conscience populaire sur la vaccination. Ceux-ci façonnent négativement les perceptions et représentations de certaines molécules en leur affectant un impact nocif à court ou long terme sur la capacité humaine à procréer. Cette représentation se répand de plus en plus surtout lorsqu'il s'agit de campagnes de « vaccination obligatoire de routine » s'effectuant loin des centres de santé. La notion « d'obligation », loin de convaincre du bien-fondé d'une opération dont le but est de prévenir la maladie est comprise par certains répondants comme une volonté manifeste, des gouvernants et des organismes internationaux commanditaires, d'attenter à la fertilité des femmes africaines en générale et celles de la Côte d'Ivoire en particulier. De ce même point de vue, qui semble ignorer la sensibilisation de masse annonçant le passage des agents vaccinateurs dans les quartiers même les plus périphériques sur différents médias dont la télévision nationale et les radiodiffusions, l'opération de vaccination serait plus crédible si elle se déroulait au centre de santé et la mobilité des agents est alors perçue par ces répondants comme une preuve de suspicion :

« Les gens disent que le vaccin antipoliomyélique empêche les femmes de faire des enfants ; si le vaccin antipoliomyélique empêche les femmes de faire des enfants, les autres vaccins peuvent créer quelque chose d'anormal en nos filles aussi. Il faut donc être prudente »

« On se promène de maison en maison pour vacciner, on ne sait même pas qui vaccine. Quand il y a problème on ne sait pas à qui s'adresser » (Enquête à Anyama, Mars 2015).

Parallèlement à l'idée largement diffusée que la vaccination peut constituer un frein à la procréation humaine, une autre croyance intégrant la pensée magique africaine porte quant à elle sur l'incompatibilité de l'injection avec le recours aux médecines alternatives chez certains individus. Certains répondants pensent en effet que l'injection qu'il s'agisse d'un vaccin ou d'un sérum, intègre la catégorie des interdits associés aux pouvoirs mystiques symboliquement représentés par le port d'amulettes. S'estimant déjà protégés par ces amulettes, la

vaccination est alors perçue comme quelque chose d'inutile ou de très peu efficace, les pouvoirs mystiques incarnés par les amulettes solutionnant déjà les agressions de toutes natures. Au-delà du rejet anodin d'une pratique médicale, il s'agit là d'une des implications sociales du pluralisme médicale en Afrique qui se manifeste parfois par des pratiques carrément en opposition. Les oppositions à la prévention vaccinale, qu'elles se manifestent par des moyens modérés (feinte d'omission, hésitation, dissimulation d'enfants...) ou de refus catégoriques, semblent aussi trouver leur justification dans le coût et l'accès aux vaccins.

**Une perception, du coût et de l'accès aux vaccins, révélatrice de l'indigence ambiante**

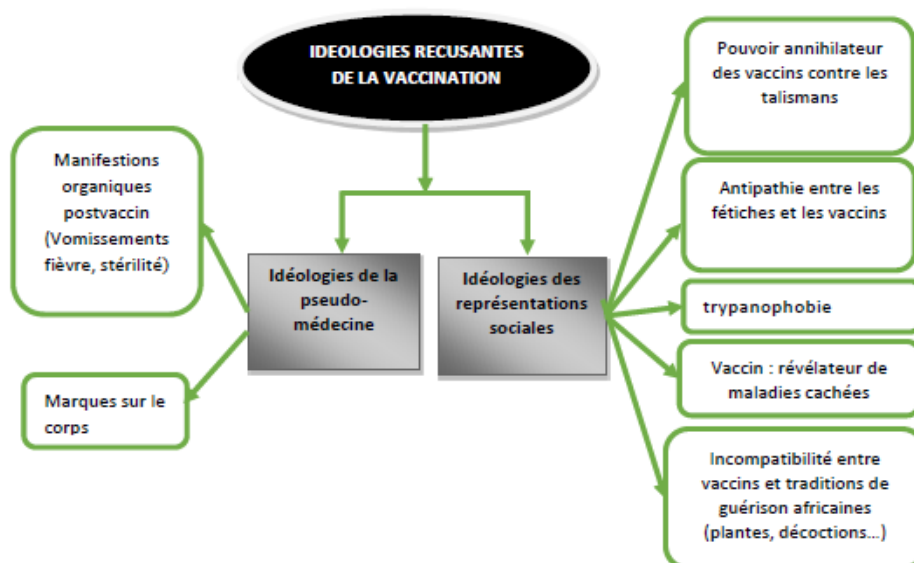
En Côte d'Ivoire, depuis son avènement, la gratuité des vaccins est restée partielle. Dès les onze premiers mois après la naissance, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 11 mois, les nourrissons bénéficient gratuitement des vaccins qui pourraient leur permettre de constituer une immunité de base. Au cours de cette période, on assiste à une relative affluence dans les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI). Cependant, cette dynamique décroît complètement à partir de l'âge de 11 mois où la contribution des parents vient en appoint pour certains vaccins ou rappels. De façon générale, la couverture vaccinale hors PEV en Côte d'Ivoire est d'environ 2 %. Cette mise à contribution apparaît chez certains répondants comme une justification des comportements d'hésitation, d'omissions ou de refus car certains vaccins coûtent relativement chers :

« Quand tu prends les vaccins contre la méningite et la fièvre typhoïde par exemple, ils font plus de 20 \$. Or les Ivoiriens sont pauvres. Ce n'est pas tout le monde qui peut avoir cette somme surtout en milieu rural et dans les

quartiers pauvres de la ville. Si les gens veulent que la population soit plus massive aux campagnes de vaccination, qu'ils rendent tous les vaccins gratuits. C'est vrai que certaines personnes pourraient trouver autres choses à dire encore mais il faut savoir que le coût freine beaucoup de gens. Même le transport pour aller faire un vaccin, ce n'est pas facile pour certains. De la manière les choses fonctionnent, on dirait que l'Etat veut encore s'enrichir sur les pauvres parents qui ont déjà de la peine à prendre les nouveau-nés en charge pour la nourriture, le vêtement et les autres besoins » (Enquête à Anyama, Mars 2015).

Par ailleurs, la facturation des actes vaccinaux est aussi décriée que leur accessibilité lorsqu'il s'agit des populations rurales localisées dans l'arrière-pays. Certaines localités étant relativement reculées, les agents vaccinateurs peinent parfois à y accéder et quand ils y arrivent, la qualité du vaccin s'en trouve dégradée du point de vue de sa qualité et au regard des conditions de conservation. Pour certains répondants, accepter de se faire vacciner en zone rurale reviendrait à prendre des risques puisque le vaccin peut être de mauvaise qualité. Les problèmes d'accessibilité portent également sur les ruptures de stock de vaccin. Ces ruptures sont souvent sources de désagréments telle que la disponibilité des populations lorsque les stocks sont réapprovisionnés.

Les référents explicatifs de la non vaccination aussi bien chez les enfants que chez les adultes pourraient se situer dans ce qu'il conviendra d'appeler les « idéologies de la pseudo-médecine » et les « idéologies des représentations sociales » qui sont récapitulées à travers le schéma ci-dessous.



**Figure n° 1 :** Typologie des idéologies de récusation de la vaccination  
 Source : Enquête de terrain, Octobre, 2018

Ces formes de pensées se traduisent dans des pratiques ou stratégies de refus de la vaccination,

manifestes chez les parents comme illustrés par la représentation schématique ci-dessous.



**Figure n° 2 :** Comportements de réticence face à la vaccination  
*Source :* Enquête de terrain, Octobre 2018

Ces résultats peuvent être soumis à une analyse critique et être discutés en rapport avec des données de littérature dans le cadre d’une discussion.

## DISCUSSION

L’analyse et la discussion des résultats abordent la problématique de la vaccination du point de vue de ses différents enjeux (économique, étique et culturel). Il apparaît que ces enjeux en tant que prolongement des causes de réaction de résistance, se résument en stratégies de conservation de la santé et de la vie.

### Un enjeu de type économique

En Côte d’Ivoire, la limitation de la couverture vaccinale chez les moins de cinq ans pourrait aussi se justifier par la valeur marchande des vaccins. En effet, les efforts de l’Etat se limitant seulement aux onze premiers mois après la naissance du bébé, on enregistre au cours de cette période un respect scrupuleux des rendez-vous de consultations postnatales chez certaines mères. Mais, à partir du onzième mois, où les parents doivent prendre en charge eux-mêmes les vaccins, les des rendez-vous ne sont plus respectés. Ceci témoigne en effet de ce que la variable économique se présente comme un élément pouvant expliquer les comportements de rejet de la prévention vaccinale. Les services du PEV eux-mêmes constamment interpellés et tancés par les populations d’être les auteurs de la décision de paiement ne cachent pas leur indignation :

« Ce n’est pas de notre faute si la couverture commence à chuter à partir de 11 mois. Nous sommes disponibles tous les jours ouvrables, mais les usagers se rétractent un peu ; peut-être c’est à cause de la cessation de la gratuité. A partir de quatrième mois, les parents payent 4,4 \$, y compris le droit de pesage et autres frais annexes. À 6 mois, les parents payent 12,4 dollars pour le pesage et 0,2 dollars pour les autres frais selon les centres. Les vaccins concernés sont ceux contre les gripes des enfants ; ce sont des vaccins hors PEV. A partir du onzième mois, l’Etat se désengage totalement. Or, il y a des vaccins de 25 dollars voire même 50 dollars à partir de 12 mois » (Enquête d’approfondissement au PEV, Octobre 2018).

La cessation de la gratuité entraîne assurément des obstacles à une participation massive à la vaccination, au regard des prix qui semblent exorbitants pour la plupart des usagers. Tout semble fonctionner comme si la politique de gratuité s’inscrivait dans une stratégie de marketing avec pour objectif de fidéliser une clientèle qui générerait plutôt des bénéfices (J-M. Amat-Roze, 2010). La mise à contribution des populations apparaît comme un facteur opacifiant dans l’éradication des infections et des endémies du siècle présent dans les pays du sud<sup>2</sup>. En effet, si la gratuité se

<sup>2</sup> Selon l’enquête, sur le niveau de vie des ménages en Côte d’Ivoire, réalisée par l’INS en 2015, « l’incidence

poursuivait, elle pourrait permettre de motiver certaines populations indigentes et peut être même celles rejetant cette intervention parce que la percevant comme un produit du complot international ou encore celle contestant l'innocuité des molécules. En plus de cet enjeu économique, des enjeux de type éthique et culturel traversent également l'histoire de la prévention vaccinale.

### Un enjeu de type éthique

Supposé rendre le monde environnant plus intelligible pour les humains, les savoirs scientifiques et la technologie qui en est le produit rendent celui-ci (le monde) encore plus impénétrable que jamais dans bien de domaines (J. Laplante et J. Bruneau, 2003). Le vaccin fait partie de ses innovations au caractère ambivalent. En effet, s'ils tendent à résoudre des problèmes, les vaccins en soulèvent de nombreux autres auxquels ils n'apportent pas toujours des réponses convaincantes. Au niveau de leur composition chimique, quelques interrogations émergent. Déjà, le principe immunitaire présupposant que l'organisme a une mémoire et peut faire une distinction entre le « soi et le non-soi », serait « resté figé dans ses dogmes et la conception des vaccinations est directement calquée sur ce conservatisme » (M. Georget, 2000, p. 347). Ceci permet de concevoir la vaccination comme une intervention cherchant à provoquer une première interaction entre le corps et un agent infectieux dans des conditions favorables au premier cité. Ce rapport devra s'exprimer de manière à ne pas laisser de dommage sur l'organisme. Par ailleurs, certains auteurs dont D. Fassin (2000), se fondant sur différents présupposés fondamentaux, postulent que la vaccination est responsable du contrôle des épidémies et de la baisse substantielle de la mortalité. Cette lecture n'en montrant que les bienfaits, elle occulte certains méfaits individuels ou collectifs de la vaccination. Pourtant, il apparaît que « les conquêtes médicales ont infléchi plutôt qu'elles n'ont bouleversé des courbes de morbidité et de mortalité dont les évolutions favorables étaient principalement la conséquence de changements en matière d'assainissement, d'hygiène et plus généralement, de conditions d'existence » (D. Fassin, op cit, p. 26). En plus des questions éthiques, la relation du vaccin avec les représentations du corps et de la santé apparaît également problématique selon E. Cohen (2001).

---

de la pauvreté est de 46,3%, la profondeur de la pauvreté est de 16,3% et la sévérité de la pauvreté est de 8,0%. Le seuil d'extrême pauvreté correspond au revenu le plus élevé du décile le plus pauvre (les 10% les plus pauvres de l'ensemble de la Côte d'Ivoire). Il est de 244,77\$ par tête et par individu, soit une dépense journalière de 0,67\$. Les dépenses de santé et d'éducation représentent 5,7% de la dépense de consommation des ménages (soit 2,9% pour l'éducation et 2,8% pour la santé) ». (INS, 2015, p. 49)

### Vaccin et représentations sociales des corps sociaux et biologiques

L'Afrique est diverse du point de vue social.. Elle l'est aussi culturellement. Ceci permet de percevoir une pluralité de représentations de la maladie et de la santé. Pour certains groupes ethnoculturels (Haoussa, Peuhls et Mossi), la médecine biologique dont l'expression est ici la vaccination, ne devrait pas être au-dessus des croyances associées à la maladie et à son antonyme la santé puisqu'elle est aussi importante que les médecines locales. C'est pour cela que les discours suivants y sont assez courants :

« Il ne faut pas mélanger les deux » ;  
« Tous les deux protègent » ;  
« Il n'y a pas de rapports entre les deux » ;  
« Ils n'ont pas les mêmes effets sur l'organisme. Il faut donc laisser le choix à chaque usager »  
(Enquête d'approfondissement, frontière du Burkina-faso, Novembre 2018).

En comparaison des objets symboliques de protection (amulettes et autres talismans), le médicament pharmaceutique est généralement interprété comme pouvant guérir les maux concrets alors que le vaccin est compris comme pouvant donner également le pouvoir de guérir des maux abstraits plus complexes. La croyance au pouvoir de protéger de ces objets sont transmis par les ancêtres et des institutions pluriséculaires. L'apprentissage est officialisé dans le cadre de rituels initiatiques, lesquels rituels permettent aux initiés portant ces objets symboliques de protection de procurer le pouvoir de diagnostiquer, de guérir, de donner et/ou de "retirer" certaines maladies (J. Laplante et J. Bruneau que citent A. P. Atsé et *al.*, op cit). Les tradipraticiens ont pour sources de pouvoir les génies et les ancêtres. Les formes de manifestation de ces pouvoirs sont les chants, les rituels à base d'incantations et la préparation de décoctions. Ils incorporent les savoirs et les pouvoirs des esprits pour diagnostiquer et éventuellement guérir la maladie. Cependant, il existe des interdits (alimentaires et sociaux) associés à ces pouvoirs et savoirs et la substance du vaccin (un potentiel interdit) représente une interférence dans les pouvoirs procurés par ces objets et rituels. L'interférence se produirait pour J. Laplante et J. Bruneau selon la représentation d'une « sagesse accordée à certaines plantes récipiendaires de savoirs/pouvoirs psychocorporels » pouvant être « transmise aux substances injectables des vaccins qui, elles aussi, pénétrant le corps, pouvant en modifier le fonctionnement. Le vaccin étant perçu comme une substance savante intrusive dans le corps, ceci pourrait priver l'initié de l'une de ses particularités essentielles, à savoir celle d'être invulnérable aux maladies, aux sorts et même à la fainéantise (J. Laplante et J. Bruneau, op cit). À ce propos, le discours suivant permet de comprendre certaines résistances :

« Chaque fois que nous faisons le vaccin, nous perdons notre puissance. Les pouvoirs de la vaccination nous font perdre beaucoup de choses et nous obligent à recommencer les rituels d'initiation si nous voulons garder les nombreux avantages et privilèges. Ces privilèges sont : ne pas mourir à l'étranger, avoir la force et la santé de travailler, ne pas tomber malade fréquemment. La vaccination devient une violation de notre tradition » (Enquête au poste frontière de Laleraba, Janvier 2015).

Cette violation liée à l'intrusion de techniques d'ailleurs et de nouvelles dynamiques de gestion des corps biologiques que constitue la vaccination viendrait donc ici perturber le travail ontologique de l'initiation et le contrôle de la santé du corps et des esprits. La substance injectée par la vaccination est ainsi soupçonnée « d'enseigner sa sagesse au corps » (et à l'esprit) et d'en modifier la constitution et la représentation populaire. Ces groupes ethnoculturels craignent par conséquent, les pouvoirs des vaccins autant qu'ils redoutent la colère des ancêtres et des dieux. La perception d'une cohabitation impossible entre les deux modèles de prévention est une réinterprétation locale des effets du vaccin. Elle montre que les corps sociaux et biologiques ne sont pas toujours disposés à se laisser transformer sans réagir. Le même rapport d'exclusion existe entre les médecines traditionnelle et moderne face au traitement de l'ulcère de Burili en Côte d'Ivoire. La prise en charge de cette maladie infectieuse, qui se manifeste par une grande plaie, nécessitant l'accès à l'ouverture de celle-ci, les différentes catégories de soins s'en disputent l'ouverture. Ceci implique donc que les malades soient obligés d'opérer un seul choix thérapeutique à la fois (M. Irigo, 2012). Loin d'une controverse contextualisée à l'inapplicabilité de catégories thérapeutiques différenciées dans un contexte de pluralisme médicale, elle porte également sur des idéologies antithétiques. Le recours unilatéral, conseillé par les prêtres du « M'buku » à cette institution thérapeutique du Congo, montre également l'antinomie entre différentes catégories de soins. S. Hagenbucher que cite M. Irigo (op cit) y montre en effet que le recours aux prescriptions biomédicales est réductible à une impureté comparable à celle d'une femme en période menstruelle. L'exclusion entre médecine moderne et médecine alternative impose même qu'avant l'ingestion d'eau bénite, le malade observe une durée de 24 heures s'il a absorbé un médicament pharmaceutique par voie orale ou rectale et une période de 48 heures pour celui qui s'est fait faire une injection. L'observance de ces prescriptions est d'autant plus importante que certains malades se voient interdire formellement l'accès à une structure moderne de soins.

Pour atteindre ses objectifs, le « projet vaccinal » devrait tenir compte de l'écart entre les

savoir-faire scientifiques et ceux, pratiques, appliqués dans les campagnes de vaccination. La synergie entre ces deux savoir-faire, si elle prenait en compte les particularismes des vaccins et celles des populations à vacciner (H. Donna, 1988) pourrait permettre d'obtenir de meilleurs résultats. En outre, le choc entre les sociétés humaines et la vaccination peut se manifester selon onze modalités pour J-P. Dozon et D. Fassin (2001). Il s'agirait d'un désintéressement social, d'expériences vécues d'effets néfastes de certains vaccins ou encore de la logique immunitaire simplifiée elle-même.

L'actuelle polémique (premier trimestre 2020) sur l'expérimentation clinique du vaccin « anti-covid-19 » en Afrique qui a engendré des mouvements sociaux dans certains pays africains dont la Côte d'Ivoire<sup>3</sup>, illustre fort bien ces préoccupations éthiques soulevées par les enjeux liés à la prévention vaccinale. Ces mouvements sociaux se justifieraient, eu égard à l'évolution relativement lente de la pandémie du covid-19 sur le continent mais de la désignation, par certains scientifiques du contexte morbide africain comme terrain d'expérimentation propice pour l'évaluation dudit vaccin. Au regard de ces enjeux non moins importants et qui constituent *in extenso* des défis, plusieurs usagers développent d'autres modèles de prévention puisant dans les médecines alternatives.

## CONCLUSION

La prévention vaccinale, malgré sa vulgarisation à travers diverses campagnes d'information et de sensibilisation, rencontre encore des obstacles quant à une adhésion optimale (90%) des populations. Au terme de la présente réflexion, il apparaît différentes manifestations sociales de la réticence à cette intervention en Côte d'Ivoire. Ces manifestations sont toutes aussi diversifiées que les motivations populaires sous-jacentes à la réticence elle-même. Globalement, elles partent d'une perception négative du vaccin qui intègre aussi bien la composition et certains effets secondaires du vaccin que diverses croyances culturelles et populaires. Le coût des vaccins n'est pas aussi en reste des facteurs minorant l'accès. Des enjeux de types économique et éthique traversent ainsi l'histoire de la santé publique en générale mais plus précisément celle de la vaccination. Ils permettent de ressortir les défis auxquels les sociétés humaines,

<sup>3</sup> Différentes manifestations sociales contestant l'implantation des sites de dépistage du Covid19 à Yopougon, Koumassi et Cocody, des quartiers d'Abidjan, ont été enregistrées en début de mois d'Avril 2020 en Côte d'Ivoire. Ces mouvements sociaux, reflets des peurs sociales, sont nés d'inquiétudes populaires quant à la gestion de la pandémie en Côte d'Ivoire mais aussi d'une crainte de la création d'un environnement pathogène dans certaines zones à forte concentration humaine de la ville.



dans leurs diversités et face au cycle ininterrompu des grandes endémies, sont confrontées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Amédée-Pierre, A., Patrice, K.F., & Daouda, D. (2015). « Logiques sociales et enjeux de la réticence à la prévention vaccinale dans les postes frontaliers de la Côte d'Ivoire avec le Mali et le Burkina-Faso », in *Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique*, N° 28, p. 3683-3697.
2. Nicole, B. (2012). *Les techniques d'enquête en sciences sociales, Méthodes et exercices corrigés*, Paris, Armand Colin.
3. Edward, C. (2001). "Figuring immunity: towards the genealogy of a metaphor", in Anne Marie Moulin and A. Cambrosio (orgs.), *Singular selves: historical issues and contemporary debates in immunology*, Amsterdam, Elsevier, p. 179-201.
4. Jean-Pierre, D., & Didier, F. (2001). Critique de la santé publique: une approche anthropologique, Paris, Balland.
5. Didier, F. (2000). Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises, Paris, Karthala.
6. GAVI-Alliance. (2014). Évaluation interne, 2014 Côte d'Ivoire.
7. Michel, G. (2000). Vaccinations: les vérités indésirables, Paris, Dangles.
8. Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, Rapport d'évaluation du plan d'action mondial pour les vaccins, 2016.
9. Donna, H. (1988). "Thebiopoliticis of postmodern bodies: determinations of self in immune system discourse", in M. M Lock S. Lindenbaum (orgs.), *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*, University of California Press, p. 364-410.
10. Irigo Gbété Jean Martin. (2012). "Perception et Attitude face aux Maladies Tropicales Négligées (MTN) à Taabo (Région des lagunes Côte d'Ivoire)" thèse de doctorat unique, Université Alassane Ouattara de Bouaké (Côte d'Ivoire).
11. INS. (2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*.
12. INS. (2015). Enquête sur le niveau des ménages en Côte d'Ivoire (ENV 2015)
13. Jeanne-Marie Amat-Roze. (2010). La santé en Afrique sub-saharienne, entre avancées, recul et renouveau (Health in sub-Saharan Africa, between progress, setbacks and renewal). In: Bulletin de l'Association de géographes français, 87e année, 2010-1. 1960-2010 : 50 ans d'indépendances africaines. pp. 105-118; doi : 10.3406/bagf.2010.8184 [http://www.persee.fr/doc/bagf\\_0004-5322\\_2010\\_num\\_87\\_1\\_8184](http://www.persee.fr/doc/bagf_0004-5322_2010_num_87_1_8184). Consulté le 26 Octobre 2019.
14. Julie, L., & Julie, B. (2003). Aperçu d'une anthropologie du vaccin: regards
15. sur l'éthique d'une pratique humanitaire. (2003). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol.10 suppl. 2 Rio de Janeiro 2003. [www.researchgate.net > publication > 26368584\\_Apercu\\_](http://www.researchgate.net/publication/26368584_Apercu_). Consulté le 10 Décembre 2019
16. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2005), *Plan national de développement sanitaire*. Abidjan, MSPH.
17. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique. (2016). Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020, 88 p.
18. Anne-Marie, M. (1996). *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard.
19. Adam, O. (2007). L'analyse sociologique des attitudes et des comportements des Parents face à la vaccination des enfants contre la poliomyélite dans le district sanitaire II de Niamey, Université Abdou Moumouni de Niamey, département de sociologie.
20. OMS, UNICEF, BANQUE MONDIALE. (2010). Vaccins et vaccination : la situation dans le monde, 3ème édition, Organisation Mondiale de la Santé.
21. OMS. (2014). Vaccination: Comprendre les réticences pour dissiper les doutes, Bulletin de L'Organisation mondiale de la Santé n°92, PP 84-85.
22. Rapport Annuel. (2013). de la Direction départementale de la police chargée de l'immigration et de l'Institut d'Hygiène Publique, Ouangolodougou.
23. SIG. (2013). Système d'information et de gestion sécuritaire des agents de police au niveau de la frontière ferroviaire.
24. Weber MAX. (2011). De la sociologie compréhensive, *Les cahiers psychologie politique* [En ligne], numéro 19, Août 2011. URL <http://odel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1950>. Consulté le 12 Décembre 2019.