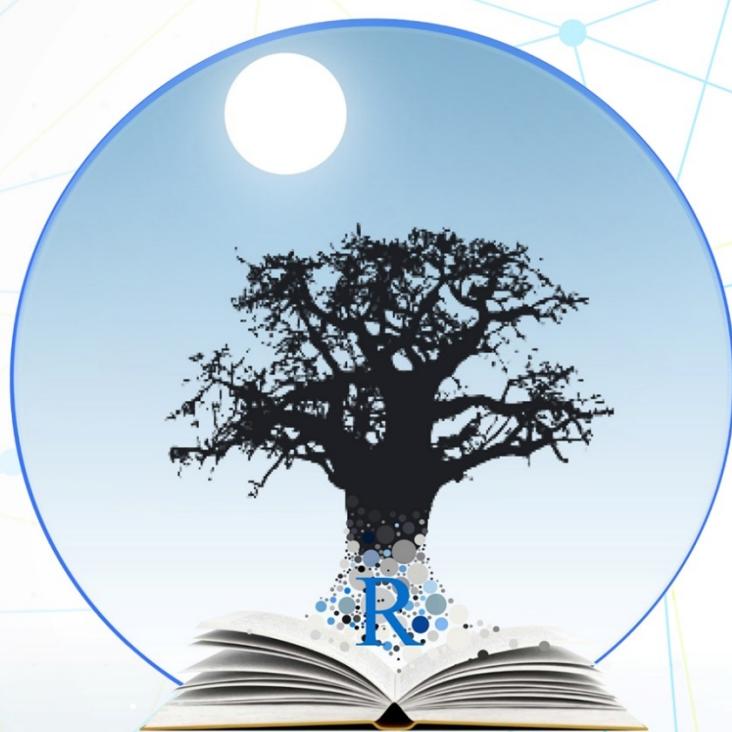


# **REL@COM**

LANGAGE ET COMMUNICATION



**revue électronique**

Département des Sciences  
du Langage et de la Communication

Université Alassane Ouattara  
(Bouaké - Côte d'Ivoire)

ISSN: 2617-7560

**Numéro 10 décembre 2025**



# **REL@COM**

LANGAGE ET COMMUNICATION



**revue électronique**

Département des Sciences  
du Langage et de la Communication

Université Alassane Ouattara  
(Bouaké - Côte d'Ivoire)

ISSN: 2617-7560

**Numéro 10 décembre 2025**

## **INDEXATIONS ET RÉFÉRENCEMENTS**



**ADVANCED SCIENCE INDEX**

<https://journal-index.org/index.php/asi/article/view/12689>



TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23413>

**Impact Factor 2024 : 5.051**



<https://reseau-mirabel.info/revue/14886/RELaCOM-Revue-Langage-et-communication?s=1muc9dl>



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/352725>

**REVUE ELECTRONIQUE LANGAGE & COMMUNICATION**

ISSN : 2617-7560

DIRECTEUR DE PUBLICATION : PROFESSEUR N'GORAN-POAMÉ LÉA M. L.

DIRECTEUR DE RÉDACTION : PROFESSEUR JEAN-CLAUDE OULAI

**COMITÉ SCIENTIFIQUE**

PROF. ABOLOU CAMILLE ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. ALAIN KIYINDOU, UNIVERSITÉ BORDEAUX-MONTAIGNE

PROF. AZOUMANA OUATTARA, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BAH HENRI, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. BLÉ RAOUL GERMAIN, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. CLAUDE LISHOU, UNIVERSITÉ CHEIKH ANTA DIOP

PROF. EDOUARD NGAMOUNTSIKA, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

DR FRANCIS BARBEY, MCU, UNIVERSITÉ CATHOLIQUE LOMÉ

PROF. GORAN KOFFI MODESTE ARMAND, UNIVERSITÉ F. HOUPHOUËT-BOIGNY

DR JÉRÔME VALLUY, MCU, HDR, UNIVERSITÉ PANTHÉON-SORBONNE

PROF. JOSEPH P. ASSI-KAUDJHIS, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. KOUAMÉ KOUAKOU, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. MAKOSO JEAN-FÉLIX, UNIVERSITÉ MARIEN NGOUABI

PROF. NANGA A. ANGÉLINE, UNIVERSITÉ FÉLIX HOUPHOUËT-BOIGNY

PROF. POAMÉ LAZARE MARCELIN, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

PROF. TRO DÉHO ROGER, UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA

**COMITÉ DE RÉDACTION**

PROF. ABOLOU CAMILLE ROGER

PROF. JEAN-CLAUDE OULAI

PROF. KOUAMÉ KOUAKOU

PROF. NIAMKEY AKA

DR N'GATTA KOUKOUA ÉTIENNE, MCU

DR OUMAROU BOUKARI, MCU

**COMITÉ DE LECTURE**

PROF. IBO LYDIE

PROF. KOFFI EHOUMAN RENÉ

DR ASTÉ N'CHO JEAN-BAPTISTE, MCU

DR IRIÉ BI TIÉ BENJAMAIN, MCU

DR N'GATTA KOUKOUA ÉTIENNE, MCU

DR N'GUÉSSAN ADJOUA PAMELA, MCU

DR ADJUÉ ANONKPO JULIEN

DR COULIBALY DAOUDA

DR KOUAMÉ KHAN

DR OULAI CORINNE YÉLAKAN

DR YAO KOUAKOU GUILLAUME

**MARKETING & PUBLICITÉ :** DR KOUAMÉ KHAN

**INFOGRAPHIE / WEB MASTER :** DR TOURÉ K. D. ESPÉRANCE / SANGUEN KOUAKOU

**ÉDITEUR :** DSCL

**TÉLÉPHONE :** (+225 01 40 29 15 19 / 07 48 14 02 02)

**COURRIEL :** [soumission@relacom-slc.org](mailto:soumission@relacom-slc.org)

**SITE INTERNET :** <http://relacom-slc.org>

## LIGNE EDITORIALE

Au creuset des Sciences du Langage, de l'Information et de la Communication, la Revue Electronique du Département des Sciences du Langage et de la Communication **REL@COM** s'inscrit dans la compréhension des champs du possible et de l'impossible dans les recherches en SIC. Elle s'ouvre à une interdisciplinarité factuelle et actuelle, en engageant des recherches pour comprendre et cerner les dynamiques évolutives des Sciences du Langage et de la Communication ainsi que des Sciences Humaines et Sociales en Côte d'Ivoire, en Afrique, et dans le monde.

Elle entend ainsi, au-delà des barrières physiques, des frontières instrumentales, hâtivement et activement contribuer à la fertilité scientifique observée dans les recherches au sein de l'Université Alassane Ouattara.

La qualité et le large panel des intervenants du Comité Scientifique (Professeurs internationaux et nationaux) démontrent le positionnement hors champ de la **REL@COM**.

Comme le suggère son logo, la **REL@COM** met en relief le géant baobab des savanes d'Afrique, situation géographique de son université d'attache, comme pour symboliser l'arbre à palabre avec ses branches représentant les divers domaines dans leurs pluralités et ses racines puisant la serve nourricière dans le livre ouvert, symbole du savoir. En prime, nous avons le soleil levant pour traduire l'espoir et l'illumination que les sciences peuvent apporter à l'univers de la cité représenté par le cercle.

La Revue Electronique du DSLC vise plusieurs objectifs :

- Offrir une nouvelle plateforme d'exposition des recherches théoriques, épistémologiques et/ou empiriques, en sciences du langage et de la communication,
- Promouvoir les résultats des recherches dans son champ d'activité,
- Encourager la posture interdisciplinaire dans les recherches en Sciences du Langage et de la Communication,
- Inciter les jeunes chercheurs à la production scientifiques.

Chaque numéro est la résultante d'une sélection exclusive d'articles issus d'auteurs ayant rigoureusement et selon les normes du CAMES répondus à un appel thématique ou libre.

Elle offre donc la possibilité d'une cohabitation singulière entre des chercheurs chevronnés et des jeunes chercheurs, afin de célébrer la bilatéralité et l'universalité du partage de la connaissance autour d'objets auxquels l'humanité n'est aucunement étrangère.

*Le Comité de Rédaction*

## RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS & DISPOSITIONS PRATIQUES

La Revue Langage et Communication est une revue semestrielle. Elle publie des articles originaux en Sciences du Langage, Sciences de l'Information et de la Communication, Langue, Littérature et Sciences Sociales.

### I. RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Les articles sont recevables en langue française, anglaise, espagnole ou allemande. Nombre de page : minimum 10 pages, maximum 15 pages en interlignes simples. Numérotation numérique en chiffres arabes, en haut et à droite de la page concernée. Police : Times New Roman. Taille : 11. Orientation : Portrait, recto.

### II. NORMES EDITORIALES (NORCAMES)

Pour répondre aux Normes CAMES, la structure des articles doit se présenter comme suit :

- Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.
- Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats, Analyse et Discussion, Conclusion, Bibliographie.
- Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2 ; 2. ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.).

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante : (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées). Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : Nom et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition.

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur.

### III. RÈGLES D'ETHIQUES ET DE DÉONTOLOGIE

Toute soumission d'article sera systématiquement passée au contrôle anti-plagiat et tout contrevenant se verra définitivement exclu par le comité de rédaction de la revue.

**SOMMAIRE**

1. Nanon Pierre BROU (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Jodvin Symphorien De Blahoua KOFFI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**La dialectique comme fondement de l'éducation politique chez Platon** **14**
2. Salifou COULIBALY (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Dynamique urbaine et risque de conflit dans la ville de Tiassalé** **23**
3. DJAHA Koffi Henri (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire) / YAO N'Goran Hubert (Université de Bondoukou) / LOBA Saga Bernard (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**Le suicide chez les jeunes adultes d'Abidjan selon leur religion et estime de soi** **36**
4. KONATÉ Djakaridja (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**Une analyse critique des discours sur le panafricanisme et la souveraineté en Afrique de l'ouest** **47**
5. Awa KAMATÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / ATTIA Michel Akabilé (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Gnénégnimin SORO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Rationalité locale et hésitation vaccinale : perceptions des maladies infantiles et limites du PEV à Odienné (Côte d'Ivoire)** **64**
6. Khan KOUAMÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Les Réseaux Sociaux Numériques (RSN) et les nouveaux visages de l'opinion publique ivoirienne** **79**
7. Koménan KOFFI (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**"Keine andere kunsform produziert so intensive und vielfältige gerfül reationen wie das kino" : Zur emotivität des films un seine (aus) wirkungen das individuum und die gesellschaft** **91**
8. Kouamé Sylvestre KOUADIO (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**Heimat ist weder hier noch dort. Heimat ist in di roder nirgends : Eine postmoderne lektüre des heimat konstrukts bei stefanie zweig in karibu heisst willkommen** **100**

9. KOUAMÉ-KONATÉ Aya Carelle Prisca (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**L'Intelligence Artificielle à l'épreuve de la recherche ivoirienne : entre perception et réalité du rôle** **110**
10. KPANGBA Boni Hyacinthe (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / GOH Tianet Yannick Emmanuel (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / AHOULOU Mahipou Fernande Marie Josée (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**La communication socioculturelle : outil d'accès à l'information et d'émancipation économique des femme Abouré de Bonoua** **120**
11. Jean-Michel Kouakou Kan N'GUESSAN (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / KOUASSI Akissi Germaine (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Jean-Claude OULAI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Geste populaire et marketing d'opportunité : étude d'un phénomène de récupération publicitaire dans l'espace numérique ivoirien** **131**
12. Koffi Gilles Olivier N'GUESSAN (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Analyse et enjeux des messages de la plateforme de lutte contre la cybercriminalité (PLCC) en Côte d'Ivoire sur sa page Facebook pour un changement de comportement des populations** **146**
13. Aboubakar SYLLA (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Lydie IBO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)  
**Les tribulations référentielles de la grammaticalisation espagnole du pronom « On »** **163**
14. THOAT Akoissy Clarisse-Leocadie (Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**Féminicide en Côte d'Ivoire : entre silence médiatique et contre-discours numériques, une analyse communicationnelle des récits de violence genrée** **176**
15. Hervé Kobenan YAO (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)  
**Enjeux des théories de la démonstration et de la définition chez Aristote** **190**
16. Ange Thibaut Kahelad YAON (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire) / Oumar Go N'Golo Emmanuel SORO (Institut National Polytechnique Houphouët-Boigny, Yamoussoukro-Côte d'Ivoire)  
**Communication participative et modélisation organisationnelle pour l'autonomisation économique des femmes en milieu rural en Côte d'Ivoire** **199**

17. YOKORÉ Zibé Nestor (Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan-Côte d'Ivoire)

**La scène du deuil en pays Bété : analyse dramaturgique et sociologique des pleureuses professionnelles en Côte d'Ivoire** **213**

18. BOUDIMBOU Bienvenu (Université Marien Ngouabi, Brazzaville-Congo) **Les pratiques journalistiques à l'ère du numérique : mutation et défis au Congo**

**224**

**RATIONALITÉ LOCALE ET HÉSITATION VACCINALE :  
PERCEPTIONS DES MALADIES INFANTILES ET LIMITES DU PEV À  
ODIENNÉ (CÔTE D'IVOIRE)**

**Awa KAMATÉ**

Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

[kamateawa2@gmail.com](mailto:kamateawa2@gmail.com)

**ATTIA Michel Akabilé**

Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

[attiamichelakabile@gmail.com](mailto:attiamichelakabile@gmail.com)

**Gnénégnimin SORO**

Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)

[sorognelson@gmail.com](mailto:sorognelson@gmail.com)

**Résumé**

La vaccination infantile constitue un pilier essentiel de la santé publique, mais en Afrique subsaharienne, les taux de couverture restent insuffisants et les écarts entre priorités institutionnelles et urgences communautaires demeurent préoccupants. En Côte d'Ivoire, dans la région du Kabadougou, la couverture vaccinale demeure en deçà des standards internationaux, tandis que des maladies non incluses dans le Programme Élargi de Vaccination (PEV), telles que le paludisme ou la diarrhée, continuent de représenter des menaces immédiates pour la survie infantile. Cette étude visait à analyser les perceptions des mères d'Odienné concernant les maladies infantiles et la vaccination, en mettant en lumière le décalage entre rationalité biomédicale et priorités locales. Une approche qualitative a été mobilisée, fondée sur 29 entretiens semi-directifs auprès de mères résidant en zone rurale comme urbaine, ayant des enfants âgés de 0 à 15 mois, indépendamment de l'état de leur carnet vaccinal (complet ou incomplet). Les participantes ont été sélectionnées selon une technique d'échantillonnage par convenance, et la taille finale de l'échantillon a été déterminée par le critère de saturation des données. L'analyse thématique, guidée par la théorie des représentations sociales (Moscovici) et les modèles explicatifs de la maladie (Kleinman), a permis d'identifier les logiques structurantes des décisions vaccinales. Les résultats révèlent que les mères accordent la priorité aux maladies fréquentes et visibles, comme le paludisme ou la diarrhée, plutôt qu'à celles couvertes par le PEV. La méfiance vaccinale s'explique par des expériences vécues, l'influence de l'entourage, les croyances symboliques, la peur des effets secondaires et les rumeurs, mais elle s'accompagne aussi de pratiques d'hybridation conciliant biomédecine et logiques locales. L'étude met en évidence que l'hésitation vaccinale traduit une rationalité située et cohérente, appelant à des interventions adaptées aux réalités sociales et culturelles locales.

**Mots-clés :** Vaccination infantile ; Représentations sociales ; Méfiance vaccinale ; Hybridation des savoirs ; Odienné.

**Abstract**

Childhood vaccination is a cornerstone of public health, yet in sub-Saharan Africa, coverage remains insufficient, and gaps persist between institutional priorities and community concerns. In Côte d'Ivoire, particularly in the Kabadougou region, immunization rates remain below international standards, while illnesses not included in the Expanded Programme on Immunisation (EPI) such as malaria and diarrheal diseases continue to pose immediate threats to child survival. This study aimed to

examine mothers' perceptions of childhood illnesses and vaccination in Odienné, highlighting the gap between biomedical rationality and local health priorities. A qualitative approach was used, based on 29 semi-structured interviews with mothers living in both rural and urban areas, each having at least one child aged 0-15 months, regardless of the vaccination status of the child (complete or incomplete card). Participants were selected through a convenience sampling technique, and the final sample size was determined by the principle of data saturation. Thematic analysis, informed by Social Representations Theory (Moscovici) and Kleinman's explanatory models of illness, structured the interpretation of the findings. The results indicate that mothers prioritize diseases such as malaria and diarrhea, perceived as frequent and life-threatening, over those included in the EPI schedule. Vaccine hesitancy stems from lived experiences, the influence of social networks, symbolic and mystical beliefs, fear of side effects, and rumors. However, a form of knowledge hybridization was also observed, as some families combined biomedical vaccination with traditional and spiritual practices. This study underscores that vaccine hesitancy reflects a coherent local rationality, pointing to the need for culturally sensitive interventions to strengthen trust and improve coverage.

**Keywords:** Childhood vaccination; Social representations; Vaccine hesitancy; Knowledge hybridization; Odienné.

## Introduction

La vaccination des enfants est toujours un des fondements essentiels de la santé publique mondiale, car elle évite chaque année plus de quatre millions de morts dues à des maladies qui pourraient être prévenues (UNICEF, 2025, p. 3). En dépit de ces progrès, des disparités considérables subsistent entre les régions et au sein des différentes classes sociales. Selon l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF, on estime qu'en 2024 près de 14,3 millions d'enfants n'ont reçu aucune injection vaccinale, étant classés comme « zero-dose ». De plus, ils notent que la couverture mondiale pour la troisième dose du vaccin DTC (diphhtérie, tétanos et coqueluche) atteint à peine 85%, bien en dessous de l'objectif visé qui est fixé à 95% pour assurer une immunité collective (WHO & UNICEF, 2025, p. 7). Cette baisse est exacerbée par les conséquences persistantes de la pandémie de COVID-19, qui a affaibli les systèmes de santé et freiné les efforts réguliers, entraînant une stagnation préoccupante dans plusieurs nations (The Lancet, 2025, p. 12).

Dans la région subsaharienne de l'Afrique, le problème demeure particulièrement alarmant, étant donné que cette zone regroupe un pourcentage significatif d'enfants qui ne sont pas ou peu vaccinés. Des études récentes révèlent que plusieurs nations, y compris la Côte d'Ivoire, montrent des taux de couverture contre la poliomyélite qui sont en dessous de 75%, attestant ainsi de la présence de faiblesses durables (J. Simon et al., 2025, p. 18). Cette lacune est exacerbée par une recrudescence épidémique de maladies déjà visées par les initiatives, comme la rougeole. De plus, on constate la persistance de maladies non prises en charge, telles que le paludisme, les diarrhées chez les enfants ou encore les infections respiratoires, qui continuent d'être la principale cause du taux de mortalité dans cette région (M. Diallo, 2023, p. 45). Ces informations mettent en évidence que la réalisation des objectifs de santé pour les enfants nécessite non seulement un taux de vaccination élevé, mais également une considération des priorités perçues par les communautés.

En Côte d'Ivoire, la stratégie vaccinale repose sur le Programme Élargi de Vaccination (PEV), en conformité avec les directives de l'OMS. Toutefois, les résultats restent inférieurs aux objectifs internationaux. D'après les données officielles, près de 67 % des enfants entre 12 et 23 mois avaient leur carnet de vaccination à jour dans la région du

Kabadougou en 2023 (Direction Régionale de la Santé & PEV, 2023, p. 21). Et seulement 4,52 % avaient réellement complété toutes les vaccinations prévues par le calendrier (RASS, 2020, p. 14). Ces statistiques mettent en évidence une discordance notable entre les visées institutionnelles et la situation concrète, d'autant plus que cette insuffisance de couverture s'associe à une montée des épidémies locales, spécifiquement de rougeole et de poliomyélite, mais également à une prévalence élevée de maladies non incluses dans le programme, comme la fièvre typhoïde ou l'anémie nutritionnelle.

Plus que des simples statistiques, les études révèlent que la défiance vaccinale ne découle pas uniquement d'une méconnaissance des populations. Elle s'intègre dans des logiques sociales et culturelles où l'expérience de tous les jours, l'impact du cercle social et les structures symboliques ont une importance cruciale dans les choix parentaux (A. Kleinman, 1980, p. 35 ; B. Koné, 2023, p. 88). Dans le cadre d'Odienné, centre administratif de la région du Kabadougou, ces dynamiques se révèlent de façon aiguë. Les mères établissent un ordre de priorité pour les maladies non pas basé sur la sévérité biomédicale déterminée par les programmes, mais plutôt en tenant compte de leur fréquence et de leurs effets immédiats dans leur vie quotidienne, mettant l'accent sur les pathologies qui compromettent directement la survie de leurs enfants. Cela illustre bien l'intérêt d'une analyse sociologique ancrée dans ce contexte local, pour comprendre comment les représentations locales des maladies infantiles influencent l'adhésion au PEV.

Malgré les efforts institutionnels pour consolider le PEV, les taux de couverture demeurent faibles dans le Kabadougou. Les priorités des familles ne sont pas les mêmes que celles des autorités sanitaires, ce qui entraîne des incompréhensions, des hésitations, des résistances. Cette situation pose une question fondamentale : Comment les mères d'Odienné classent-elles les maladies infantiles, perçoivent-elles la vaccination et comment ces perceptions affectent-elles leur relation au PEV ?

Plus précisément, cette étude vise à étudier la hiérarchisation des maladies infantiles et des risques sanitaires quotidiens par les mères d'Odienné ; comprendre les déterminants sociaux, symboliques et informationnels des choix vaccinaux et analyser les modalités pratiques d'articulation entre savoirs biomédicaux et logiques locales dans le recours aux services de vaccination.

Nous posons l'hypothèse que la méfiance vaccinale à Odienné n'est pas une ignorance irrationnelle, mais s'inscrit dans une rationalité locale construite par l'expérience vécue des maladies, les cadres symboliques et l'hybridation des savoirs.

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Approche méthodologique**

La recherche a privilégié une démarche qualitative, considérée comme la plus appropriée pour examiner les représentations sociales, les logiques symboliques et les rationalités locales en lien avec les maladies infantiles et la vaccination. La décision a été prise en raison du caractère du phénomène étudié : l'objectif n'était pas de quantifier des indicateurs, mais de saisir en détail la manière dont les mères d'Odienné envisagent les maladies, classifient les risques et comprennent le Programme Élargi de Vaccination (PEV).

### **1.2. Zone d'étude**

La zone d'étude est Odienné, qui est le centre administratif de la région du Kabadougou, située au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Cette région est considérée comme un domaine d'étude stratégique en raison de ses faibles taux de vaccination. D'après la Direction régionale de la Santé et le PEV (2023), seulement 67 % des enfants

âgés de 12 à 23 mois avaient un carnet vaccinal complet, et à peine 4,52 % avaient complété toutes les vaccinations prévues, ce qui est bien en dessous du seuil de 95 % nécessaire pour atteindre l'immunité collective. De plus, la recrudescence de certaines épidémies (comme la rougeole et la poliomyélite) ainsi que l'importance élevée des maladies non prises en charge par le PEV (telles que le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës) soulignent l'importance de cette décision.

### **1.3. Population d'étude et critères d'inclusion**

Le groupe cible était constitué de mères vivant en milieu rural ou urbain, âgées de 15 à 49 ans et ayant au moins un enfant âgé de 0 à 15 mois, sans tenir compte de la situation de leur carnet vaccinal (complet ou incomplet). Nous avons choisi l'âge de 15 ans conformément à l'OMS qui considère cette tranche d'âge comme le début de la maturité reproductive.

### **1.4. Échantillonnage et taille de l'échantillon**

L'échantillonnage des participantes s'est fait sur la base de leur disponibilité et de leur consentement éclairé, selon une méthode de convenance. Dans le contexte d'une recherche qualitative exploratoire, cette option est privilégiée où la profondeur des données prévaut sur la représentativité statistique. L'échantillon final a été déterminé par le critère de saturation des données : la collecte a cessé une fois que les interviews ne fournissaient plus de nouvelles informations. En tout, 29 mères ont été sondées, réparties en trois segments : 9 jeunes filles, 10 femmes jeunes et 10 mères adultes, illustrant de ce fait la variété générationnelle et socio-économique.

### **1.5. Collecte des données**

Des entretiens semi-structurés ont permis de recueillir les données, à l'aide d'un guide élaboré autour de trois axes principaux : les logiques de désignation des maladies infantiles, les interprétations sémiologiques (perception des symptômes) et les explications étiologiques (origines attribuées aux maladies). Les interviews ont été réalisées en personne, dans des espaces garantissant confidentialité et expression libre. Le choix de la langue d'utilisation (français ou malinké) dépendait du confort des participantes, et des interprètes qualifiés étaient sollicités si besoin. Chaque entrevue a généralement pris environ 45 minutes, a été enregistrée avec l'accord des participants, puis entièrement transcrrite.

### **1.6. Cadre théorique et analyse des données**

Dans cette étude, le cadre théorique s'articule autour de deux références majeures : la théorie des représentations sociales (S. Moscovici, 1961 ; D. Jodelet, 1989), qui permet d'analyser la manière dont les mères construisent, partagent et stabilisent leurs perceptions des maladies infantiles ; et les modèles explicatifs de la maladie (A. Kleinman, 1980), qui éclairent les logiques locales de compréhension et d'interprétation des affections. La notion de rationalité locale sert de grille pour saisir la cohérence interne des priorités sanitaires exprimées par les femmes. Enfin, le concept d'hybridation des savoirs permet de comprendre l'articulation entre prescriptions biomédicales, pratiques traditionnelles et cadres symboliques mobilisés dans les décisions vaccinales. Les verbatims ont été codés de manière inductive, ligne par ligne, en utilisant un système de codage thématique.

Ce travail a permis d'identifier plusieurs catégories en pleine émergence : La catégorisation locale des pathologies et des urgences médicales (pathologies considérées comme graves, maladies non prises en charge par le PEV) ; Les vécus personnels et observés liés à la maladie et à la vaccination ; L'impact de l'entourage (parents, voisins, personnalités communautaires) sur les choix ; Les cadres symboliques et interprétations mystiques des affections ; La crainte des effets indésirables et la

propagation de rumeurs ; La fusion des connaissances entre biomédecine, pratiques traditionnelles et références spirituelles.

Ces catégories ont par la suite été consolidées en trois axes d'analyse majeurs : L'écart entre les priorités biomédicales et les urgences sanitaires locales, les déterminants sociaux, symboliques et informationnels de la décision vaccinale et les modalités d'hybridation des connaissances et de restructuration locale du PEV.

Cette organisation en catégories et axes a favorisé l'identification des constantes, des écarts et des tensions entre les logiques locales et les priorités institutionnelles, tout en consolidant la validité interne grâce à la triangulation des données.

### **1.7. Considérations éthiques**

La recherche a adhéré aux normes éthiques en matière de sciences sociales. Les participantes ont été mises au courant des buts de la recherche et de leur droit à l'abandon à tout instant. Leur consentement libre et éclairé a été recueilli. L'emploi de pseudonymes a garanti l'anonymat, et la confidentialité des données a été rigoureusement préservée. Les données et transcriptions ont été protégées et employées uniquement dans un but scientifique. Finalement, le chercheur a adopté une approche réflexive pour minimiser les biais liés à la désirabilité sociale ou à sa propre présence sur le terrain.

## **2. Résultats**

Les résultats de l'enquête mettent en évidence une série de facteurs complexes qui influencent la perception des maladies infantiles et la confiance des communautés envers la vaccination. Ces éléments, à la croisée de l'expérience vécue, des cadres symboliques et des priorités sanitaires locales, permettent de comprendre les logiques sociales et culturelles qui orientent le recours aux soins.

### **2.1. Facteurs de méfiance et influences sur le recours aux vaccinations du PEV**

Cette partie révèle que la défiance vaccinale n'est pas un refus homogène, mais qu'elle prend sa source dans différents mécanismes : décalage entre priorités biomédicales et urgences locales, expériences individuelles et collectives, influence de l'entourage, interprétations symboliques et mystiques, peur des effets secondaires, rumeurs et enfin hybridation des savoirs. Chacun de ces points met en lumière un aspect des résistances et adaptations des familles à la vaccination.

#### **2.1.1. Décalage entre priorités biomédicales et urgences locales**

Nos résultats montrent que les mères ne classent pas les maladies selon la priorité médicale des programmes de vaccination, mais selon l'expérience vécue de la gravité et de la fréquence des maladies de leurs enfants. Certaines maladies ciblées par le PEV (hépatite B, coqueluche, diphtérie...) sont perçues comme secondaires et peu craintes localement. En revanche, des maladies non prises en charge par le programme, comme la diarrhée, le paludisme ou la fièvre typhoïde, sont souvent perçues comme les plus dangereuses.

Cette contradiction suscite une interrogation : pourquoi vacciner l'enfant contre des maladies qu'elles considèrent comme moins graves, alors que d'autres maladies graves ne sont pas traitées ? Une mère exprime ce sentiment : « Il y a d'autres maladies comme la diarrhée, la toux, qui ne sont pas couvertes par les vaccins. Nous, on a très peur de ces maladies, et pourtant, on nous encourage à vacciner nos enfants alors que ces vaccins ne les protègent pas contre ces problèmes-là. Que devons-nous faire ? » (Mère, zone urbaine, AD, 2025). Cette question montre l'importance de prendre en compte les

priorités des communautés dans l’élaboration des stratégies de vaccination pour limiter la méfiance et améliorer l’adhésion.

Ce décalage entre hiérarchisation biomédicale et urgences locales se combine à une autre dynamique : l’expérience vécue ou observée des maladies, qui légitime certaines affections dans la hiérarchie des priorités parentales.

### **2.1.2. Expérience personnelle et observée**

La méfiance est aussi nourrie par l’expérience vécue ou constatée des maladies. Les maladies courantes et mortelles dans la vie quotidienne pèsent plus lourd que les conseils biomédicaux, même lorsque la cause est connue. Par exemple, le paludisme est la maladie la plus redoutée par tous, car elle tue rapidement et souvent. Une mère témoigne : « Le palu peut tuer un enfant si on ne traite pas vite. Pourtant, il n’y a pas de vaccin pour ça pour les enfants... Alors pourquoi se concentrer sur d’autres vaccins ? » (Mère, zone rurale, AD, 2025). Cette perception met en évidence que la gravité d’une maladie est appréciée par la fréquence des cas et les conséquences observées, ce qui peut pousser les familles à opter pour des recours alternatifs (soins traditionnels, automédication) avant toute intervention biomédicale. Au-delà de l’expérience, la décision vaccinale est aussi influencée par l’entourage et les histoires qui se racontent dans la communauté, qui peuvent conforter ou fragiliser l’adhésion des parents.

### **2.1.3. Influence de l’entourage et des expériences personnelles**

Après avoir exposé le décalage entre reconnaissance biomédicale et perceptions locales, il convient de démontrer que l’entourage et le vécu sont au cœur de la décision vaccinale. L’acceptation de la vaccination peut être influencée par d’autres parents, grands-parents, voisins ou leaders communautaires. Une expérience négative, qu’elle soit vécue ou rapportée, peut freiner l’adhésion : « Une femme du quartier m’a dit que son enfant était tombé malade après un vaccin, alors j’ai eu peur. » (Mère, zone rurale, BT, 2025). Ce témoignage montre l’influence des histoires personnelles sur la décision de se faire vacciner. Il révèle aussi que les soignants doivent réagir à ces témoignages par une communication adaptée afin que ces cas isolés ne dissuadent pas d’autres parents.

Mais ces pressions sociales ne s’exercent pas en vase clos : elles sont articulées aux cadres symboliques et aux interprétations magico-religieuses que les familles mobilisent pour interpréter la maladie et guider leurs pratiques de soins.

### **2.1.4. Cadres symboliques et interprétations mystiques**

Au-delà de l’expérience, les causes des maladies sont expliquées à travers des grilles symboliques ou mystiques, même si les familles admettent en partie l’origine infectieuse. Des maladies comme la poliomyélite ou les convulsions sont souvent interprétées comme des malédictions, des attaques spirituelles ou des déséquilibres sociaux. Cette lecture guide le recours aux guérisseurs traditionnels ou aux rituels de protection, en première intention. Un agent de santé communautaire l’illustre : « Quand un enfant a des convulsions, la famille pense souvent qu’un esprit l’attaque. On doit expliquer que le vaccin ne protège pas contre ce qui est spirituel, mais beaucoup vont d’abord chercher le guérisseur. » (ASC, zone rurale, ML, 2025). Cette lecture culturelle souligne l’importance de développer des approches de communication sanitaire qui tiennent compte de ces cadres symboliques, au lieu de les percevoir comme des barrières.

Si ces interprétations symboliques nourrissent la défiance, elles sont souvent renforcées par une autre source d’inquiétude : la crainte des effets secondaires et l’influence des rumeurs, qui influencent fortement les décisions de vaccination.

### **2.1.5. Peur des effets secondaires et impact des rumeurs**

Un autre motif de défiance est la peur des effets secondaires post-vaccinaux. Certains parents craignent que leur enfant ait de la fièvre, des boutons ou d'autres réactions après une injection et interrompent le calendrier vaccinal : « J'ai peur que mon enfant tombe malade après le vaccin, alors j'hésite à aller pour les autres doses. » (Mère, zone rurale, AD, 2025). Cette crainte est renforcée par les rumeurs qui circulent dans la communauté. Certaines fausses informations affirment que la vaccination peut rendre malade, affaiblir l'enfant ou même le rendre stérile. Un agent de santé communautaire raconte : « Certaines mères ne veulent pas vacciner parce qu'elles ont entendu que ça rendait les enfants faibles. » (Mère, zone rurale, ML, 2025). Nos résultats mettent en évidence que la défiance vaccinale n'est pas seulement liée aux représentations des maladies, mais aussi à la circulation de l'information dans la communauté et aux expériences vécues ou rapportées. L'articulation de ces sous-aspects permet de mieux appréhender les barrières sociales et culturelles au recours aux soins. Mais, malgré ces hésitations, certaines familles ne refusent pas la vaccination. Elles tentent plutôt d'articuler leurs savoirs locaux avec les prescriptions médicales, une sorte d'hybridation des savoirs.

### **2.1.6. Hybridation des savoirs : conciliation entre connaissances locales et médicales**

Les différences ne sont pas uniformes. Certaines mères, surtout celles qui sont plus instruites ou qui ont été sensibilisées, essaient de combiner savoirs locaux et savoirs biomédicaux. Elles adhèrent à la vaccination tout en reconnaissant une cause spirituelle à certaines maladies, une sorte d'hybridation interprétative. Une mère l'exprime ainsi : « Je sais que le vaccin protège contre certaines maladies, mais parfois je pense que si le sorcier veut, rien ne peut l'empêcher. Alors je fais les deux : le vaccin et les prières. » (Mère, zone rurale, BT, 2025). Cette hybridation met en évidence un espace stratégique d'action : les représentations locales peuvent être un levier pour améliorer l'adhésion aux programmes de vaccination en impliquant les référents culturels et spirituels dans la communication et la planification sanitaire.

Ces raisons de méfiance, qu'elles soient liées à la différence entre priorités biomédicales et urgences locales, à l'expérience vécue ou aux interprétations symboliques, soulignent l'intérêt d'étudier les maladies considérées comme graves par les populations mais non prises en charge par le PEV. Saisir ces perceptions est crucial pour comprendre comment elles impactent l'accès aux soins et la confiance dans la vaccination, ouvrant la voie à des stratégies de prévention plus adaptées aux contextes locaux.

Au-delà de cette réconciliation partielle, les populations continuent de mettre en avant la sévérité des maladies infantiles non couvertes par le PEV, ce qui entretient une incompréhension et alimente la méfiance à l'égard des programmes de vaccination.

### **2.1.7. Maladies infantiles jugées graves mais non couvertes par le PEV**

Les données de terrain révèlent que les communautés reconnaissent un ensemble de maladies infantiles considérées comme dangereuses, mais qui ne sont pas ciblées par le PEV. Il s'agit notamment de la diarrhée, du paludisme, de la fièvre typhoïde, des infections respiratoires aiguës et de l'anémie. Ces maladies sont omniprésentes dans les discours des mères et des agents de santé communautaires, non seulement en raison de leur prévalence, mais surtout en raison de leur impact direct et immédiat sur la santé et la survie des enfants.

Cette vision est différente de la hiérarchisation médicale, qui met en avant les maladies évitables par la vaccination. Cette disparité nourrit une incompréhension et une frustration dans les communautés qui se demandent : pourquoi vacciner l'enfant contre des maladies moins dangereuses, alors que celles qui préoccupent le plus ne sont pas

prises en compte ? Une mère témoigne de ce dilemme : « Le palu peut tuer un enfant si on ne traite pas vite. Pourtant, il n'y a pas de vaccin pour ça pour les enfants. On dit que ça vient... Alors pourquoi se concentrer sur d'autres vaccins ? » (Mère, zone rurale, AD, 2025). De même, la fièvre typhoïde est considérée comme dangereuse en raison d'un diagnostic tardif et de complications rapides. Une autre mère témoigne : « Il y a aussi la fièvre typhoïde que beaucoup ne savent pas que ça tue vite même. Parce que ton enfant a ça et tu ne sais pas oh. » (Mère, zone urbaine, CS, 2025).

Les infections respiratoires graves (gnaman) sont une autre illustration de perception de gravité. Ces maladies, difficiles à identifier dans les centres de santé, amènent les familles à se tourner vers les soins traditionnels : « Quand un enfant est malade, on voit qu'il a du mal à respirer, là même c'est très grave. C'est gnaman qui fait. Mais à l'hôpital, on ne sait pas ce qui provoque ça. » (Mère, zone rurale, AD, 2025).

Enfin, l'anémie, l'insuffisance pondérale et les maladies de malnutrition sont aussi citées comme critiques par les populations, du fait de leurs conséquences à long terme sur la croissance et le développement de l'enfant : « Certaines maladies comme l'anémie, l'insuffisance pondérale ne sont pas couvertes par le vaccin. Il faut chercher d'autres moyens pour protéger nos enfants. » (Mère, ML, 2025). Ainsi, le décalage entre priorités institutionnelles et urgences sanitaires locales crée méfiance et soins parallèles (pratiques traditionnelles). Cette dynamique met en évidence la nécessité de revoir les programmes de prévention en tenant compte des perceptions et des besoins réels des populations pour renforcer l'adhésion et la confiance aux interventions sanitaires. Le tableau ci-dessous récapitule les maladies considérées comme graves, leur gravité selon les communautés et des verbatims.

**Tableau 1 :** Récapitulatif des principales maladies perçues comme graves par la communauté

Maladie	Gravité perçue	Verbatim représentatif	Remarques	Nbre de participantes (n=29)
<b>Paludisme</b>	Très élevée	« Le palu peut tuer un enfant si on ne traite pas vite. Pourtant, il n'y a pas de vaccin... »	Absente du PEV, létalité rapide, recours souvent tardif aux soins	29 sur 29
<b>Diarrhée</b>	Élevée	« Il y a d'autres maladies comme la diarrhée, la toux, qui ne sont pas couvertes par les vaccins. »	Fréquence élevée, impact direct sur la santé infantile	21 sur 29
<b>Fièvre typhoïde</b>	Élevée	« Beaucoup ne savent pas que ça tue vite même. »	Diagnostic tardif, complications rapides	17 sur 29
<b>Infections respiratoires sévères (Gnaman)</b>	Élevée	« Quand un enfant a du mal à respirer, là même c'est très grave. »	Difficile à diagnostiquer, recours fréquent aux soins traditionnels	14 sur 29
<b>Anémie / insuffisance pondérale / malnutrition</b>	/ Moyenne	« Certaines maladies comme l'anémie... ne sont pas couvertes par le vaccin. »	Impact durable sur croissance et développement	11 sur 29

**Source :** Données de terrain, 2025

Ces résultats montrent clairement que la perception de la gravité des maladies infantiles par les communautés ne correspond pas toujours à la hiérarchisation biomédicale. Les populations priorisent les affections selon leur expérience quotidienne, la fréquence des symptômes, leur impact immédiat sur la santé de l'enfant et les difficultés financières liées aux soins. Cette perception influence directement les comportements de recours aux soins et la confiance envers les programmes de vaccination, soulignant l'importance d'adapter les interventions aux besoins réels et aux perceptions des communautés.

### **3. Analyse et Discussion**

Cette section est organisée autour de plusieurs axes permettant de comprendre les déterminants du recours à la vaccination à Odienné. Nous abordons d'abord le décalage entre les priorités biomédicales et les urgences locales, puis l'influence de l'expérience personnelle et observée sur les décisions parentales. Nous analysons ensuite le rôle de l'entourage, des cadres symboliques et des interprétations mystiques, ainsi que l'impact de la peur des effets secondaires et des rumeurs. Enfin, nous mettons en lumière l'hybridation des savoirs et la perception des maladies jugées graves, mais non couvertes par le PEV, afin de montrer comment ces facteurs combinés structurent la rationalité locale et influencent l'adhésion aux programmes de vaccination.

#### **3.1. Décalage entre priorités biomédicales et urgences locales**

Les résultats de notre étude menée à Odienné montrent que les mères ne hiérarchisent pas les maladies selon la priorité biomédicale définie par le PEV, mais selon la gravité et la fréquence des affections observées au quotidien. Les maladies couvertes par le PEV, comme l'hépatite B, la coqueluche ou la diphtérie, sont souvent perçues comme secondaires, tandis que le paludisme, pas encore effectif dans cette zone, la diarrhée ou la fièvre typhoïde, non couvertes, sont jugées plus menaçantes. Cette divergence reflète la manière dont les représentations sociales locales structurent les priorités parentales (S. Moscovici, 1961, p. 50) et la logique selon laquelle l'expérience vécue confère une légitimité particulière à certaines maladies (A. Kleinman, 1980, p. 25).

Ces observations sont confirmées par les travaux de M. Diallo et al. (2023, p. 112), qui montrent que la perception locale de la gravité conditionne l'adhésion aux programmes de vaccination. A. Coulibaly (2022, p. 78) quant à lui souligne que le décalage entre priorités institutionnelles et urgences communautaires génère des stratégies de soins alternatives. A. Traoré et al. (2024, p. 65) indiquent à son tour que les familles évaluent le risque sanitaire en fonction des maladies réellement observées plutôt que selon les priorités fixées par les autorités sanitaires. Ces convergences montrent que le phénomène que nous avons observé à Odienné n'est pas isolé et s'inscrit dans des dynamiques similaires en Afrique de l'Ouest. Toutefois, la **preuve value** de notre étude réside dans sa documentation précise et contextuelle à Odienné. Contrairement aux études antérieures, nous avons identifié et décrit comment ce décalage influence concrètement les choix de recours thérapeutiques, en combinant soins biomédicaux et recours alternatifs.

Lorsqu'on compare nos résultats à ceux de S. Fofana (2023, p. 97) qui considèrent que la méfiance vaccinale serait uniquement liée à des croyances erronées ou à un manque d'information, notre analyse montre un écart clair. A Odienné, la décision vaccinale est structurée par une logique rationnelle fondée sur l'expérience quotidienne et la perception des risques réels. Cette divergence met en évidence la valeur ajoutée de notre étude, car elle documente la rationalité locale et la hiérarchisation propre des maladies, éléments souvent négligés dans la littérature, et fournit des pistes concrètes pour des interventions plus adaptées aux réalités communautaires.

Après avoir mis en lumière le décalage entre priorités biomédicales et urgences locales, il importe de souligner que cette divergence est intimement liée aux expériences vécues ou observées par les familles, qui structurent leurs choix en matière de vaccination.

### **3.2. Expérience personnelle et observée**

A Odienné, nos résultats montrent que l'expérience vécue ou observée des maladies impacte fortement les choix vaccinaux. Les mères jugent de la gravité d'une maladie non seulement selon les prescriptions biomédicales, mais surtout selon sa fréquence et ses effets immédiats sur les enfants. Le paludisme, courant et mortel, est considéré comme la menace la plus pressante. Cette hiérarchisation s'appuie sur des représentations sociales solidement établies (S. Moscovici, 1961, p. 50) et sur les modèles explicatifs de A. Kleinman (1980, p. 35), montrant que le quotidien organise la rationalité des choix parentaux.

Des recherches récentes le confirment en démontrant que l'expérience vécue des maladies guide le recours aux soins et la hiérarchisation des interventions (F. Konaté et al. 2023, p. 45). K. Tano (2022, p. 88) révèle également que la sévérité ressentie des maladies courantes détermine le recours aux soins biomédicaux ou traditionnels. S. Fofana (2024, p. 67) ajoute aussi que l'observation des effets sanitaires légitime ou discrédite certaines pratiques préventives. L'apport de notre étude est de contextualiser en montrant comment à Odienné, le vécu n'est pas seulement un élément d'adhésion ou de rejet, mais construit une logique de décision hybride, entre recours biomédical et pratiques traditionnelles. Ce niveau d'analyse localisé n'était pas rapporté dans les études précédentes, ce qui donne à notre étude un apport original et concret sur les dynamiques de santé infantile.

En comparant nos résultats avec des études contradictoires, certaines suggèrent que l'hésitation vaccinale est due à un manque de connaissances ou à des croyances irrationnelles. Or, à Odienné, nous observons un décalage, car les choix sont rationnels et cohérents, basés sur l'expérience et l'observation des maladies réelles comme le souligne D. Yao (2023, p. 52) et F. Ouattara, (2022, p. 61) dans leurs études. Cette différence souligne la nouveauté de notre travail qui décrit une rationalité locale organisée et une hiérarchisation des risques que les travaux antérieurs n'avaient pas mis en évidence.

Mais ces expériences personnelles n'expliquent pas à elles seules la décision vaccinale. Elle s'inscrit aussi dans un contexte social plus large, où l'entourage influence les pratiques.

### **3.3. Influence de l'entourage et des expériences personnelles**

Les données collectées montrent que la décision vaccinale ne relève pas uniquement de la perception individuelle des mères, mais s'inscrit dans un réseau social étendu. L'entourage, parents, voisins, grands-parents ou figures communautaires joue un rôle central dans l'acceptation ou le refus des vaccins. Une expérience négative, même isolée, peut se propager rapidement et influencer la décision collective. Ce qui illustre la manière dont les représentations sociales se construisent et se diffusent (S. Moscovici, 1961, p. 58), et comment elles façonnent les pratiques de soins selon les modèles explicatifs locaux (A. Kleinman, 1980, p. 40).

Des travaux récents confirment cette dynamique, mais chacun l'aborde avec des nuances différentes. B. Koné (2022, p. 71) souligne que les expériences rapportées par l'entourage peuvent renforcer ou affaiblir la confiance dans la vaccination, tandis que M. Diabaté (2023, p. 102) montre que l'influence sociale est parfois plus déterminante que les campagnes de sensibilisation officielles. Par ailleurs, A. Traoré et S. Coulibaly (2024, p. 59) indiquent que la perception collective du risque et la crédibilité des informateurs locaux modulent fortement les comportements de santé. Ensemble, ces

études convergent vers l'idée que le social est un filtre indispensable pour comprendre l'adhésion aux programmes de vaccination.

Pourtant, certaines recherches adoptent un point de vue divergent. Par exemple, D. Yao (2023, p. 68) considère que l'influence de l'entourage est marginale, et que les hésitations proviennent surtout d'un déficit d'information individuelle. À Odienné, nos observations contredisent cette interprétation, car la décision vaccinale est profondément ancrée dans un tissu social, où la légitimité des récits et l'autorité des pairs jouent un rôle clé. Cette divergence met en lumière l'originalité de notre étude, qui documente avec précision la manière dont l'entourage structure la rationalité locale et influence directement le recours aux soins. La **preuve value** de cet aspect réside donc dans la mise en évidence d'un mécanisme social spécifique à Odienné, car la décision vaccinale n'est pas isolée, mais façonnée par des interactions et des échanges qui produisent une rationalité collective, hybride et stratégique, rarement décrite dans les travaux antérieurs en Côte d'Ivoire.

Si l'influence des pairs et des proches contribue à façonner les comportements, les cadres symboliques et les interprétations mystiques viennent, eux aussi, structurer les décisions sanitaires en offrant des grilles de lecture alternatives aux explications biomédicales.

### **3.4. Cadres symboliques et interprétations mystiques**

À Odienné, l'interprétation des maladies dépasse souvent le strict cadre biomédical. Les familles attribuent certaines affections, comme la poliomyélite ou les convulsions, à des causes spirituelles ou sociales, telles que des malédictions ou des attaques d'esprits. Ces perceptions influencent le recours aux soins, car les guérisseurs traditionnels ou les rituels sont souvent consultés avant toute intervention médicale. Cette lecture des maladies illustre la manière dont les représentations sociales (S. Moscovici, 1961, p. 62) et les modèles explicatifs locaux (A. Kleinman, 1980, p. 45) structurent les pratiques sanitaires.

Les travaux de A. Coulibaly (2022, p. 83) en Afrique de l'Ouest convergent partiellement avec ces observations. Il souligne que les croyances spirituelles peuvent guider les pratiques de soins et influencer l'adhésion vaccinale. A. Traoré et al. (2024, p. 72) à son tour, montrent que même les familles acceptant la vaccination attribuent une part de la responsabilité des maladies à des forces mystiques. B. Koné (2023, p. 90) ajoute que ces cadres symboliques ne sont pas des obstacles irrationnels, mais des logiques de compréhension du monde qui coexistent avec les savoirs biomédicaux. La différence que notre étude à Odienné émet réside dans la documentation fine de cette cohabitation en montrant comment les familles articulent croyances spirituelles et recours biomédical de manière stratégique. Contrairement à certaines études divergentes, qui présentent les croyances mystiques comme un simple frein à la vaccination (D. Yao, 2023, p. 70). La nôtre analyse démontre que ces interprétations peuvent être intégrées dans des stratégies d'intervention adaptées, offrant un levier pour renforcer l'adhésion aux programmes de vaccination.

Dans cette continuité, la peur des effets secondaires et l'impact persistant des rumeurs montrent comment les représentations circulent et se renforcent, nourrissant la méfiance envers la vaccination.

### **3.5. Peur des effets secondaires et impact des rumeurs**

La crainte des effets secondaires et l'influence persistante des rumeurs apparaissent à Odienné comme des déterminants majeurs de la méfiance vis-à-vis de la vaccination. Les familles évaluent le risque en fonction de leurs expériences passées et des informations circulant dans la communauté, ce qui s'inscrit dans les mécanismes de représentations sociales décrits par S. Moscovici (1961, p. 55). Selon cette théorie, les perceptions collectives se construisent et se diffusent à travers les réseaux sociaux,

intégrant à la fois l'information scientifique et les croyances locales. A. Kleinman (1980, p. 42) complète cette perspective en montrant que les modèles explicatifs locaux permettent aux familles de donner du sens aux maladies et aux interventions, incluant les effets secondaires perçus comme potentiellement dangereux.

Cette dynamique est confirmée par les travaux de A. Coulibaly (2022, p. 85) mettant en évidence que la peur des effets indésirables influence directement l'adhésion au calendrier vaccinal. M. Diallo et al. (2023, p. 117) montrent que les rumeurs, amplifiées par les réseaux communautaires, peuvent créer une méfiance collective durable, même lorsque les connaissances biomédicales sont présentes. B. Koné (2023, p. 92) souligne quant à lui que les perceptions du risque post-vaccinal sont co-construites par l'expérience individuelle et les récits sociaux, reflétant une rationalité locale cohérente avec les priorités parentales.

Pourtant, les travaux de D. Yao (2023, p. 71) considèrent que les hésitations sont principalement dues à un déficit d'information scientifique et qu'une communication claire suffirait à dissiper la méfiance. Or à Odienné, nos résultats montrent que la peur des effets secondaires et l'influence des rumeurs ne sont pas simplement un problème d'information, mais s'inscrivent dans des systèmes symboliques et sociaux complexes, où les expériences collectives et individuelles structurent les décisions. La **preuve value** de notre étude réside dans l'identification précise de ce mécanisme à Odienné, car en reliant les perceptions aux représentations sociales et aux modèles explicatifs locaux, nous montrons que la méfiance n'est pas irrationnelle, mais construite, et que toute stratégie de vaccination doit intégrer ces dimensions pour être réellement efficace.

Au-delà de la méfiance, nos résultats révèlent également une dynamique d'hybridation, où les familles cherchent à concilier pratiques médicales et savoirs locaux pour protéger leurs enfants.

### **3.6. Hybridation des savoirs : conciliation entre connaissances locales et médicales**

L'hybridation des savoirs s'observe à Odienné par la volonté des familles de combiner médecine moderne et savoirs locaux, créant ainsi de nouvelles modalités de recours aux soins. Certaines mères associent la vaccination à des prières ou des rituels de protection, mêlant les logiques locales et les conseils médicaux. Cette hybridation est un exemple typique des processus des représentations sociales où des croyances contradictoires coexistent et se renforcent (S. Moscovici, 1961, p. 60). A. Kleinman (1980, p. 48) précise que ces modèles explicatifs locaux ne sont pas irrationnels. Ils forment un ensemble qui oriente le comportement sanitaire. Ce que confirme A. Coulibaly (2022, p. 88) lorsqu'il affirme que l'adhésion partielle aux programmes de vaccination est souvent une stratégie de compromis, plutôt qu'un refus total. M. Diallo et K. Traoré (2023, p. 120) indiquent que la combinaison des pratiques traditionnelles et biomédicales traduit une rationalité locale basée sur l'expérience et le pragmatisme. B. Koné (2023, p. 95) précise que cette hybridation n'est pas homogène ; elle dépend du niveau d'instruction, de l'exposition aux campagnes sanitaires et de la prégnance des normes culturelles.

Mais d'autres auteurs ne sont pas d'accord, pensant que la combinaison des savoirs locaux et biomédicaux peut créer de la confusion et de l'inefficacité (D. Yao, 2023, p. 73). Or, nos résultats indiquent plutôt que cette articulation n'est pas aléatoire ou chaotique : elle est stratégique, pensée et socialement située. Les familles activent conjointement registres symboliques et biomédicaux pour optimiser la protection de leurs enfants tout en maintenant la cohérence de leurs cadres culturels et relationnels. La confrontation à ces points de vue différents révèle la contribution de notre travail, car à Odienné, l'hybridation des savoirs n'est pas un frein mais un moteur d'adhésion aux programmes de vaccination. À l'inverse de certains travaux qui ont tendance à assimiler les croyances locales à des freins, nous mettons en évidence que leur prise en

compte est un processus actif et positif, organisateur des choix vaccinaux. Cette approche permet d'envisager des interventions de santé publique plus inclusives, capables de s'inscrire dans les logiques sociales et symboliques en place, et donc d'être plus légitimes et efficaces.

Enfin, cette articulation entre logiques biomédicales et locales ne peut être appréhendée sans considérer la perception des maladies considérées comme les plus graves mais non prises en charge par le PEV, qui concentre une partie du scepticisme constaté.

### **3.7. Maladies infantiles jugées graves mais non couvertes par le PEV**

A Odienné, la perception des maladies infantiles va au-delà du PEV. Les familles évoquent d'autres maladies qu'elles jugent essentielles à combattre pour la survie de leurs enfants comme le paludisme, la diarrhée, la fièvre typhoïde, les infections respiratoires aiguës et l'anémie. Ces maladies surviennent souvent de façon répétée et rapide, ce qui engendre une anxiété permanente. Pourquoi vacciner contre des maladies moins mortelles, alors que celles qui tuent vite ne le sont pas ? Cette question, largement partagée, exprime la rationalité locale et explique le scepticisme qui continue de peser sur le PEV.

D'après S. Moscovici (1961, p. 65), les représentations sociales organisent la perception du risque dans un contexte social. À Odienné, ces représentations font apparaître une hiérarchie des priorités différente de celle des spécialistes biomédicaux. A. Kleinman (1980, p. 52) ajoute à cette lecture : les modèles explicatifs locaux permettent aux familles de donner un sens aux maladies et d'organiser des interventions adaptées à leur expérience. La gravité d'une maladie n'est pas théorique, elle se constate à ses effets, vécus au jour le jour. A. Coulibaly (2022, p. 90) illustre bien que la manière dont les maladies sont perçues localement a plus d'impact sur les comportements de santé que le taux officiel de couverture vaccinale. M. Diallo et K. Traoré (2023, p. 124) révèlent que les maladies courantes et visibles dans la communauté guident la hiérarchisation locale des priorités sanitaires. Dans le même ordre d'idée, B. Koné (2023, p. 97) précise que la différence entre cette hiérarchisation et les buts des programmes officiels affecte la confiance dans le système de santé.

D'autres, au contraire, imputent la méfiance des populations à un manque de sensibilisation ou à des croyances irrationnelles (D. Yao, 2023, p. 75). Or, nos résultats viennent nuancer cette lecture : ils montrent que les familles ont une logique stratégique basée sur les risques sanitaires réellement constatés dans leur environnement proche. L'intérêt de nos résultats est donc de mettre en évidence, à Odienné, un mécanisme particulier par lequel la perception des maladies non PEV influence le recours aux services et le niveau de confiance aux institutions sanitaires. Cette analyse offre un éclairage nouveau sur la rationalité locale et un levier pour repenser la planification des programmes de vaccination.

En bref, notre recherche contribue à trois niveaux à la connaissance sociologique des résistances à la vaccination infantile dans les milieux ruraux ivoiriens. D'abord, elle révèle un désajustement structurel entre les priorités biomédicales des institutions sanitaires et les urgences vécues par les mères, qui classent les maladies par ordre de fréquence et de gravité perçue au quotidien, et non selon le calendrier du PEV. Deuxièmement, elle révèle que les choix vaccinaux ne sont pas seulement individuels mais sont façonnés par l'entourage, les récits communautaires, les interprétations symboliques et les croyances mystiques. Ces logiques sociales et culturelles déterminent la confiance ou la méfiance à l'égard des services de santé. Troisièmement, elle montre que la méfiance vaccinale n'est pas une ignorance irrationnelle, mais une rationalité locale cohérente, bâtie sur des expériences vécues, des savoirs hybrides et des observations empiriques. Ce résultat alimente la théorie des représentations sociales en proposant le concept d'hybridation des savoirs entre biomédecine et logiques locales, un cadre d'analyse nuancé et contextualisé.

## Conclusion

En somme, l'étude réalisée à Odienné a éclairé les dynamiques sociales, symboliques et fonctionnelles qui façonnent la perception des maladies de l'enfance et influencent la participation au Programme Élargi de Vaccination. Les conclusions mettent en évidence une discordance palpable entre les priorités biomédicales établies par les organismes de santé et les situations d'urgence perçues par les mères, qui évaluent les risques selon leur expérience quotidienne et les dangers les plus apparents, tels que le paludisme, la diarrhée ou les infections respiratoires. Cette disparité démontre que la défiance vaccinale n'est pas le fruit d'une méconnaissance ou d'un refus irrationnel, mais s'inscrit plutôt dans une logique locale ancrée dans l'expérience, l'observation et le partage de connaissances variées.

De plus, nos conclusions mettent en évidence que la décision de se faire vacciner n'est pas seulement une question personnelle, mais s'élabore aussi à travers l'interaction avec les proches, les narrations communautaires, les compréhensions symboliques et la peur des effets indésirables. Dans ce cadre, la vaccination est parfois approuvée, mais elle fait partie d'un processus d'« hybridation des savoirs », où les méthodes biomédicales et les références culturelles cohabitent. Cette dynamique met en évidence l'importance de considérer les programmes de santé non pas comme des systèmes standardisés, mais comme des actions qui doivent s'intégrer aux contextes sociaux, culturels et symboliques des communautés.

D'un point de vue scientifique, cette étude participe à l'enrichissement des discussions sur les perceptions sociales de la santé, en démontrant que les oppositions à la vaccination ne se limitent pas à des idées fausses, mais sont plutôt le résultat d'une rationalité contextuelle. Elle souligne l'importance d'examiner les tensions entre priorités institutionnelles et rationalités locales pour une meilleure compréhension des dynamiques de recours aux soins. Le véritable atout de cette recherche est sa capacité à décrire avec précision, dans un cadre spécifique, les facteurs sociaux de la réticence vaccinale et à offrir une analyse détaillée des résistances constatées.

Du point de vue socio-utilitaire, ces résultats offrent des possibilités tangibles pour les décideurs politiques et les intervenants dans le domaine de la santé. Il semble indispensable d'améliorer la communication au sein de la communauté en tenant compte des priorités locales et en intégrant les connaissances traditionnelles dans les plans de sensibilisation. Par ailleurs, l'augmentation de l'adhésion aux vaccins nécessite de considérer les maladies jugées sérieuses mais non prises en charge par le PEV, en mettant en place des actions supplémentaires de prévention et de traitement. Finalement, une coopération avec les leaders de la communauté et les praticiens traditionnels pourrait servir de moyen stratégique pour établir la confiance et encourager un meilleur lien entre biomédecine et logiques locales.

Il est cependant important de noter quelques restrictions, comme la petite taille de l'échantillon et l'approche qualitative, qui rendent impossible une généralisation statistique des conclusions. Cependant, ces contraintes ouvrent la possibilité de nouvelles études quantitatives et comparatives, qui pourraient élargir l'étendue des conclusions et renforcer leur validité externe.

En définitive, les résultats obtenus confirment ainsi notre hypothèse de départ selon laquelle la défiance vaccinale à Odienné ne procède pas d'une ignorance irrationnelle, mais d'une rationalité locale structurée par l'expérience vécue des maladies, les cadres symboliques et l'hybridation des savoirs.

L'analyse effectuée à Odienné encourage une reconsideration des politiques de vaccination en se basant sur une compréhension précise des représentations sociales et des priorités de la communauté, élément essentiel pour allier efficacité biomédicale et engagement social durable. Ces résultats pourraient aussi servir de référence pour d'autres zones rurales en Côte d'Ivoire faisant face à des enjeux semblables, fournissant des indicateurs exploitables dans des situations analogues en Afrique de l'Ouest.

## Références Bibliographiques

- COULIBALY Amadou, 2022, Santé et croyances en Afrique de l'Ouest, Abidjan, Presses Universitaires de Côte d'Ivoire.
- DIALLO Mamadou, 2023, « Représentations sociales et recours aux soins infantiles en Afrique subsaharienne », Revue Africaine de Sociologie de la Santé, 12(2), pp. 110-125.
- DIALLO Mamadou et TRAORÉ Karamoko, 2023, « L'hybridation des savoirs en santé infantile : entre biomédecine et logiques locales », Santé, Société & Développement, 9(1), pp. 118-128.
- Direction régionale de la Santé et PEV, 2023, Rapport sur la couverture vaccinale dans la région du Kabadougou, Odienné, Ministère de la Santé.
- FOFANA Seydou, 2023, « Les résistances communautaires à la vaccination infantile », Cahiers Ivoiriens de Santé Publique, 6(1), pp. 90-102.
- FOFANA Seydou, 2024, « Méfiance vaccinale et rationalités locales en Côte d'Ivoire », Revue Ivoirienne de Sciences Sociales, 8(2), pp. 65-78.
- KLEINMAN Arthur, 1980, Patients and Healers in the Context of Culture, Berkeley, University of California Press.
- KONATÉ Fanta, TRAORÉ Amadou et OUATTARA Moussa, 2023, « Expériences vécues des maladies infantiles et recours thérapeutiques en milieu rural ivoirien », Anthropologie & Santé, 17(3), pp. 40-52.
- KONÉ Bakary, 2023, « Symboliques locales et santé infantile en Côte d'Ivoire », Revue de Sociologie et Santé, 15(1), pp. 85-98.
- MOSCOVICI Serge, 1961, La psychanalyse, son image et son public, Paris, PUF.
- RASS, 2020, Rapport annuel sur la situation sanitaire, Abidjan, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.
- SIMON Jules, NDLOVU Peter et MBONYE Alex, 2025, « Childhood immunization coverage and equity gaps in Sub-Saharan Africa », The Lancet Global Health, 13(1), pp. 15-22.
- TANO Kouadio, 2022, « Maladies infantiles et rationalité du soin en Côte d'Ivoire », Revue Africaine d'Anthropologie Médicale, 10(2), pp. 80-95.
- THE LANCET, 2025, « The stagnation of routine immunization after COVID-19 », The Lancet Infectious Diseases, 25(3), pp. 10-14.
- TRAORÉ Amadou et COULIBALY Salimata, 2024, « Perceptions sociales et vaccination infantile en Afrique de l'Ouest », Revue de Santé et Société, 7(2), pp. 55-70.
- TRAORÉ Karamoko, 2024, « Maladies infantiles et explications populaires », Études Africaines de Santé Publique, 11(1), pp. 130-140.
- UNICEF, 2025, State of the World's Children Report: Immunization, New York, UNICEF.
- WHO et UNICEF, 2025, Immunization Coverage Estimates 2024, Genève, WHO.
- YAO Désiré, 2023, « Compréhension des résistances à la vaccination en Afrique », African Journal of Public Health, 19(2), pp. 65-75.