UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA
Bouaké – Côte d'Ivoire
Département des Sciences du Langage et de la Communication

REL@COM

LANGAGE ET COMMUNICATION

Revue scientifique électronique



ISSN : 2617-7560

NUMÉRO
12
DÉCEMBRE 2026

UNIVERSITÉ ALASSANE OUATTARA
Bouaké – Côte d'Ivoire
Département des Sciences du Langage et de la Communication

REL@COM

LANGAGE ET COMMUNICATION

Revue scientifique électronique



ISSN : 2617-7560

NUMÉRO
12
DÉCEMBRE 2026

INDEXATIONS ET RÉFÉRENCEMENTS

ADVANCED SCIENCE INDEX

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

Scientific Journal Impact Factor

TOGETHER WE REACH THE GOAL

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

Impact Factor 2026 : 6.969

Mir@bel

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

HAL

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. MAKOSSO 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'GUESSAN 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
TRÉSORIÈRE : DRE AKISSI GERMAINE KOUASSI
ÉDITEUR : DSLC

TÉLÉPHONE : (+225 01 40 29 15 19 / 07 48 14 02 02)
COURRIEL : 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 et envoyés sous format Word.

Police : Times New Roman ; Taille : 11, Interligne : Simple ou 1.0
Les caractères en majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À ce…

- Titre (**Centré**) : 15 mots maximum en majuscule gras ; Traduit aussi en anglais
- Auteur (s) (**Aligné à Droite**) : Prénoms et NOM en gras
- Institution d'Attache (**Aligné à Droite**) : Préciser ville et pays
- Adresse Électronique (**Aligné à Droite**)

- Résumé (250 mots maximum) : En Français avec cinq (5) mots-clés et en Anglais (Abstract) avec cinq (5) keywords.
- Nombre de page : minimum 08 pages, maximum 15 pages en interlignes simples.
- Marges : Haut 3 cm ; Bas 3 cm ; Gauche 3.5 cm ; Droite 3.5 cm ; Reliure 0.5 cm.
- Numérotation de pages : Chiffres arabes, en bas et au centre de la page concernée.
- Orientation : Portrait, recto
- Citations à partir de 3 lignes : Retrait de 2 cm à gauche et à droite ; Taille 10
- Références de citations : Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées
- Références bibliographiques : Selon Normes APA 7ème Éd et par ordre alphabétique. Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités.

II. NORMES EDITORIALES : APA 7ÈME ÉDITION

Pour répondre aux Normes APA 7ème Édition, la structure des articles doit se présenter comme suit :

- Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.
- Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Introduction, Méthodologie, Résultats, Analyse et Discussion, Conclusion, Bibliographie.
- Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, et 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.).

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. Anonkpo Julien ADJUÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Blay Sylvain ORO (Institut Universitaire d'Abidjan, Abidjan-Côte d'Ivoire)
Communication préfectorale dans la gestion des crises de succession au pouvoir chez le peuple Tchaman dans le département d'Abidjan **10**

2. Tanoh Linda Danielle ADJÉ épse BAH (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Devenir lecteur dans *Comme un roman* de Daniel Pennac : parcours et transformations **25**

3. Amadou COULIBALY (Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan-Côte d'Ivoire)
Les enjeux éthiques de l'engagement dans *Les Justes* d'Albert Camus : entre justice et violence **40**

4. Songui dit Salif DIARRA (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Entre vitesse et vérification : les journalistes ivoiriens face à la désinformation **54**

5. Renée Chimène Bassehonon GBOTO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Kahou Albert DJE BI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Communication publique territoriale et modernisation des services publics en Côte d'Ivoire : perceptions des usagers et enjeux de proximité dans les collectivités décentralisées **68**

6. Awa KAMATÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Mien-olai Camille Adam KOUAMÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Attia Michel AKABILÉ (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Nomination, sémiologie et étiologie des maladies évitables par vaccination chez les mères à Odienné **84**

7. N'Da Kouassi Yannick KONAN (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
The Hypocrisy of the American Dream in Imbolo Mbue's *Behold the Dreamers* **97**

8. Paphis Cédric KROKRO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Éthique du numérique : l'engagement de la jeunesse africaine dans l'espace cybernétique **111**

9. Kouadio Patrice N'DRI (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Analyse sociologique du divorce des couples musulmans à Bouaké Sokoura (Côte d'Ivoire) 122

10. Koménan Marius SOMAN (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
L'impact du marketing de placement de produit sur le comportement d'achat des consommateurs ivoiriens à l'ère des réseaux sociaux 139

11. Nangahouolo Oumar SORO (Institut National Polytechnique Félix Houphouët-Boigny, Yamoussoukro-Côte d'Ivoire)
Les réseaux sociaux numériques comme outils de mobilisation citoyenne en Côte d'Ivoire : une approche par la communication pour le développement et le changement social 150

12. Yao Kossonou Jacques TAH (Université Peleforo Gon Coulibaly, Korhogo-Côte d'Ivoire) / Nanga Désiré COULIBALY (Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan-Côte d'Ivoire)
Médias socionumériques, langues locales ivoiriennes et inclusion sociale 163

13. Thapé Marie-Laure TOHOURI-MISSAN (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire) / Affoué Hélène AKÉ (Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle, Abidjan-Côte d'Ivoire)
Profils et trajectoires des enseignantes-chercheures de Côte d'Ivoire : l'apport des récits de vie 176

14. Kouakou Guillaume YAO (Université Alassane Ouattara, Bouaké-Côte d'Ivoire)
Perception exogène du branding des villes ivoiriennes post-crise : imaginaires, stigmates et écarts identitaires 187

NOMINATION, SÉMIOLOGIE ET ÉTIOLOGIE DES MALADIES ÉVITABLES PAR VACCINATION CHEZ LES MÈRES À ODIENNÉ

NAMING, SEMIOLOGY AND AETIOLOGY OF VACCINE-PREVENTABLE DISEASES AMONG MOTHERS IN ODIENNÉ

Awa KAMATÉ
Université Alassane Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)
kamateawa2@gmail.com

Mien-Olai Camille Adam KOUAMÉ
Université Alassane Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)
adamkouame0@gmail.com

Attia Michel AKABILÉ
Université Alassane Ouattara (Bouaké, Côte d'Ivoire)
attiamichelakabile@gmail.com

Résumé
En Côte d'Ivoire, la vaccination infantile demeure une préoccupation, notamment dans le district sanitaire d'Odienné. Au-delà des indicateurs de couverture, sa compréhension nécessite de considérer les représentations sociales, les perceptions et les pratiques associées aux maladies infantiles. Cette étude vise à analyser les logiques de nomination, les descriptions des symptômes et les explications des causes des maladies infantiles chez les mères d'Odienné. Une approche qualitative a été adoptée, reposant sur 29 entretiens semi-directifs réalisés auprès de mères âgées de 15 à 49 ans, résidant en milieu rural ou urbain et ayant au moins un enfant âgé de 0 à 15 mois, quel que soit son statut vaccinal. Les participantes ont été recrutées par échantillonnage de convenance, et la collecte s'est poursuivie jusqu'à la saturation des données. L'analyse thématique a été orientée par la théorie des représentations sociales de Moscovici et les modèles explicatifs de la maladie de Kleinman. Les résultats montrent que les appellations locales telles que *Gnonni* (rougeole), *Séfassadjâ* (poliomyélite) et *Soumaya* (paludisme) associent l'observation des symptômes à des référents culturels, symboliques ou spirituels. Ces désignations participent à la construction du sens attribué aux maladies, à l'évaluation de leur gravité et à l'orientation des itinéraires thérapeutiques. Elles influencent également le regard porté sur l'enfant malade. Les interprétations recueillies révèlent une coexistence de savoirs locaux, d'expériences quotidiennes et de connaissances biomédicales. L'étude souligne ainsi que les manières de nommer et d'expliquer les maladies infantiles s'inscrivent dans des logiques plurielles. La prise en compte de ces représentations sociales apparaît essentielle pour mieux comprendre les pratiques de recours aux soins et concevoir des interventions de santé publique adaptées aux contextes socioculturels locaux.

Mots-clés : Maladies évitables ; Représentations sociales ; Nominations locales ; Vaccination infantile ; Odienné (Côte d'Ivoire).

Abstract
In Côte d'Ivoire, childhood vaccination remains a major public health concern, particularly in the Odienné health district. Beyond vaccination coverage indicators, understanding this issue requires consideration of the social representations, perceptions, and practices associated with childhood illnesses. This study aims to analyse the naming patterns, descriptions of symptoms, and explanations of the causes

of childhood illnesses among mothers in Odienné. A qualitative approach was adopted, based on 29 semi-structured interviews conducted with mothers aged 15 to 49, living in rural or urban areas and having at least one child aged 0 to 15 months, regardless of the child's vaccination status. Participants were recruited through convenience sampling, and data collection continued until saturation was reached. The thematic analysis was guided by Moscovici's theory of social representations and Kleinman's explanatory models of illness. The findings show that local names such as *Gnonni* (measles), *Séfassadjâ* (poliomyelitis), and *Soumaya* (malaria) combine the observation of symptoms with cultural, symbolic, and spiritual references. These names contribute to the construction of meanings attributed to illnesses, the assessment of their severity, and the orientation of therapeutic pathways. They also influence how sick children are perceived by their communities. The interpretations collected reveal the coexistence of local knowledge, everyday experiences, and biomedical knowledge. The study therefore highlights that the ways in which childhood illnesses are named and explained reflect multiple systems of understanding. Taking these social representations into account is essential for better understanding healthcare-seeking practices and designing public health interventions adapted to local sociocultural contexts.

Keywords : Vaccine-preventable diseases; Social representations; Local naming; Childhood vaccination; Odienné (Côte d'Ivoire).

Introduction

La vaccination constitue l'un des acquis majeurs de la santé publique mondiale, puisqu'elle permet d'éviter chaque année environ 4,4 millions de décès liés aux maladies évitables (UNICEF, 2025). Malgré ces progrès, la couverture vaccinale demeure inégale, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. En 2024, près de 14,3 millions d'enfants n'avaient reçu aucune vaccination de routine, et la couverture mondiale du DTC3 plafonnait à 85 %, bien en deçà du seuil de 95 % requis pour atteindre l'immunité collective (GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators, 2025 ; Organisation mondiale de la Santé [OMS] & UNICEF, 2025).

L'Afrique de l'Ouest illustre cette fragilité, avec des taux souvent inférieurs à 75 % pour des vaccins essentiels, favorisant la réémergence de maladies telles que la rougeole ou la poliomyélite (Simon et al., 2025, p. 18). En Côte d'Ivoire, malgré l'engagement national en faveur du Programme élargi de vaccination (PEV), de fortes disparités régionales persistent. Dans le district sanitaire d'Odienné, seuls 67 % des enfants de 12 à 23 mois disposaient d'un carnet vaccinal complet en 2023, et à peine 4,52 % avaient achevé leur calendrier vaccinal (Direction Régionale de la Santé & Programme Élargi de Vaccination, 2023, p. 21 ; Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique [MSHP], 2020, p. 14). Cette situation favorise la résurgence d'épidémies évitables et souligne la nécessité d'une analyse sociologique du phénomène.

Au-delà des indicateurs de couverture vaccinale, la compréhension des comportements des populations face aux maladies infantiles nécessite de prendre en compte les univers linguistiques, symboliques et culturels dans lesquels s'élaborent les interprétations de la maladie. En Afrique de l'Ouest, les travaux dirigés par Jaffré et Olivier de Sardan (1999) ont notamment montré que les entités nosologiques populaires ne constituent pas de simples traductions locales des catégories biomédicales, mais renvoient à des systèmes de classification et d'interprétation construits à partir des expériences sociales et culturelles des communautés. Les appellations locales des maladies peuvent ainsi traduire une observation empirique des symptômes, tout en s'inscrivant dans des cadres explicatifs sociaux, culturels ou spirituels qui participent à l'orientation des itinéraires thérapeutiques.

Par ailleurs, les recherches consacrées à l'hésitation vaccinale ont mis en évidence la pluralité des facteurs susceptibles d'influencer les décisions relatives à la vaccination. MacDonald et le groupe de travail SAGE (2015) soulignent notamment que l'hésitation vaccinale renvoie au retard dans l'acceptation ou au refus des vaccins malgré leur disponibilité. Leach et Fairhead (2007), quant à eux, invitent à examiner les inquiétudes et les significations sociales associées à la vaccination dans les contextes locaux. Ces approches rejoignent les perspectives théoriques de Moscovici (1961) sur les représentations sociales et de Kleinman (1980) sur les modèles explicatifs de la maladie. Elles offrent un cadre pertinent pour analyser les systèmes de compréhension des maladies infantiles et les pratiques de recours aux soins. Toutefois, leur articulation avec les comportements vaccinaux doit être établie à partir de données empiriques spécifiques. C'est dans cette perspective que la présente étude s'intéresse aux dénominations locales des maladies infantiles, aux explications qui leur sont associées et aux itinéraires thérapeutiques des populations dans le contexte du district sanitaire d'Odienné.

En dépit de la disponibilité des vaccins et de la gravité des maladies, la couverture vaccinale demeure faible à Odienné. Le problème central est donc le suivant : Comment les logiques culturelles de nomination, les descriptions sémiologiques et les explications étiologiques des maladies infantiles influencent-elles l'adhésion vaccinale des mères et le respect du calendrier vaccinal ? Cette étude repose sur deux hypothèses. La première est que les dénominations locales et les représentations culturelles des maladies infantiles influencent leur identification et leur interprétation par les mères. Et la deuxième est que les explications attribuées aux maladies orientent les choix thérapeutiques et les itinéraires de recours aux soins.

C'est dans ce cadre que s'inscrit la présente étude. Elle vise à analyser les logiques de nomination, les descriptions sémiologiques et les explications étiologiques des maladies évitables par vaccination chez les mères à Odienné, afin de comprendre comment ces représentations structurent la perception des maladies infantiles et influencent l'adhésion ou la méfiance à l'égard du PEV.

1. Méthodologie

1.1. Approche méthodologique

Cette étude a adopté une approche qualitative, appropriée pour analyser en profondeur les représentations sociales et culturelles des maladies évitables par la vaccination dans la région d'Odienné. Cette orientation s'explique par la nécessité de saisir la manière dont les mères construisent, interprètent et transmettent leurs connaissances et croyances sur les maladies, au-delà des simples indicateurs statistiques. En effet, les logiques de nomination, les descriptions sémiologiques et les explications étiologiques renvoient à des univers symboliques qui ne peuvent être saisis de manière adéquate que par une approche compréhensive et inductive.

1.2. Zone d'étude

Le terrain retenu pour cette recherche est Odienné, chef-lieu de la région du Kabadougou, situé au nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Ce choix se justifie par les enjeux persistants de la vaccination infantile dans cette localité. Selon la Direction Régionale de la Santé et le Programme Élargi de Vaccination (2023), 67 % des enfants âgés de 12 à 23 mois disposaient d'un carnet vaccinal complet. Par ailleurs, le Rapport annuel sur la situation sanitaire (MSHP, 2020) indiquait une proportion de 4,52 % d'enfants ayant reçu la totalité des vaccins prévus, sous réserve de la clarification de cet indicateur. Cette situation soulève des préoccupations quant à la prévention des maladies infantiles évitables. Il convient également de préciser que le vaccin antipaludique a été introduit

dans le Programme élargi de vaccination en Côte d'Ivoire en juillet 2024. Le paludisme ne peut donc plus être présenté sans nuance comme une maladie entièrement non couverte par le PEV. Cette évolution invite à examiner la connaissance que les mères ont de cette nouvelle vaccination. Ainsi, Odienné constitue un terrain pertinent pour étudier les représentations sociales des maladies infantiles et leur articulation avec les pratiques de prévention et de recours aux soins.

1.3. Population et critères d'inclusion

La population d'étude a été constituée de mères âgées de 15 à 49 ans ayant au moins un enfant de 0 à 15 mois, indépendamment du statut vaccinal de ce dernier (carnet vaccinal complet ou incomplet). Le seuil de 15 ans a été retenu en référence aux recommandations de l'OMS, qui considèrent cet âge comme le début de la maturité reproductive. Ce choix a permis d'inclure des adolescentes, des jeunes femmes et des mères adultes, afin de saisir la diversité générationnelle des perceptions liées aux maladies et à la vaccination.

1.4. Échantillonnage et taille de l'échantillon

La sélection des participantes a reposé sur un échantillonnage par convenance, en raison du caractère exploratoire de l'étude et des difficultés d'accès à certaines catégories de mères, notamment les adolescentes. Seules les femmes ayant accepté librement de participer à l'enquête ont été retenues. La taille finale de l'échantillon a été déterminée par le principe de saturation des données, correspondant au moment où les entretiens ne faisaient plus émerger d'informations nouvelles au regard des objectifs de recherche. Au total, 29 mères ont été interrogées.

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes sont présentées dans un tableau afin de rendre compte de la composition de l'échantillon et de la diversité des profils étudiés.

Les 29 mères retenues pour cet article sont issues de l'enquête qualitative menée dans le district sanitaire d'Odienné. Leur répartition est présentée dans ce tableau.

Tableau

Répartition des mères interrogées selon la tranche d'âge et le milieu de résidence

Caractéristique	**Mères retenues pour l'article (n = 29)**
Adolescentes (moins de 19 ans)	09
Jeunes mères (24 à 25 ans)	12
Femmes adultes (25 ans et plus)	08
Rural	15
Urbain	14
Total	**29**

Source : Enquêtes de terrain, Odienné, 2025.

1.5. Techniques et outils de collecte de données

La collecte des données a reposé sur des entretiens semi-directifs conduits à partir d'un guide structuré autour des dénominations locales des maladies, des signes auxquels les mères les associent et des explications qu'elles donnent de leurs causes. Les entretiens ont été réalisés en face-à-face, dans des lieux permettant la confidentialité, en français ou dans une langue locale, principalement le malinké, selon les préférences des participantes. Lorsque cela était nécessaire, un interprète a apporté son concours.

Chaque entretien a duré en moyenne 45 minutes ; les échanges ont été enregistrés avec le consentement des participantes puis retranscrits. Les termes locaux ont été relevés à partir des propos des mères et leurs gloses françaises ont été établies par le chercheur, avec l'appui de l'interprétation lorsque nécessaire. En l'absence de validation linguistique documentée, ces gloses sont considérées comme des traductions de travail et non comme des analyses morphologiques définitives.

1.6. Cadre analytique et traitement des données

L'analyse s'est appuyée sur la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961) et sur les modèles explicatifs de la maladie de Kleinman (1980). Les transcriptions ont fait l'objet d'un codage thématique manuel. Les catégories retenues ont porté sur les formes de nomination, les signes corporels rapportés, les explications causales, les réactions de l'entourage et les pratiques de recours aux soins lorsqu'elles étaient évoquées par les participantes. L'analyse a ensuite mobilisé les notions d'ancrage et d'objectivation ainsi que les modèles explicatifs de la maladie. Les appellations sont rapportées dans les formes présentes dans le corpus ; les variantes orthographiques relevées ne sont pas harmonisées lorsqu'aucune vérification linguistique ne permet de trancher.

1.7. Considérations éthiques

L'étude a respecté les principes éthiques de la recherche en sciences sociales. Les participantes ont été informées des objectifs de l'enquête et ont donné leur consentement libre et éclairé. Pour les participantes mineures âgées de 15 à 17 ans, leur assentiment ainsi que l'autorisation de leur représentant légal ont été recueillis, conformément aux exigences éthiques applicables. L'anonymat et la confidentialité des données ont été garantis par l'utilisation de pseudonymes et la sécurisation des enregistrements audio, exclusivement destinés à la recherche. Enfin, une posture réflexive a été adoptée par l'équipe de recherche afin de limiter les biais liés à la présence des enquêteurs et aux effets de désirabilité sociale.

2. Résultats

Les entretiens font ressortir plusieurs dimensions complémentaires de la manière dont les mères d'Odienné parlent des maladies infantiles : les appellations et les signes auxquels elles les associent, les explications qu'elles avancent, les démarches de soins évoquées et les réactions attribuées à l'entourage. Les maladies ne sont donc pas reprises séparément dans chacune des sous-parties ; elles sont mobilisées lorsqu'elles éclairent un thème transversal.

2.1. Nommer les maladies et reconnaître les signes

Les appellations recueillies constituent des repères de reconnaissance construits à partir de signes observés, d'expériences antérieures et de catégories locales. Le terme Gnonni est associé à la rougeole à l'image du « grain de mil », en référence aux éruptions cutanées. Le terme Yoni apparaît également dans un témoignage relatif aux boutons sur le corps de l'enfant. Cette variation doit être conservée comme une forme relevée dans le corpus tant que sa relation exacte avec Gnonni n'a pas été vérifiée auprès des transcriptions ou d'un locuteur compétent.

La poliomyélite est désignée par Séfassadjâ. Les données associent cette appellation à la limitation physique et à la paralysie. Pour le paludisme, le terme Soumaya est rapporté et mis en relation par les participantes avec la fraîcheur, l'humidité ou le froid. La fièvre jaune est désignée par Soumaya gbè, traduit par « paludisme blanc », ce qui suggère une nomination par rapprochement avec une maladie déjà connue et par référence à la

coloration jaunâtre des yeux ou de la peau. Enfin, Kan-fassadja djangaro est rapporté pour la méningite et associé à la raideur de la nuque.

Ces formes de nomination ne doivent toutefois pas être présentées comme des équivalences linguistiques ou biomédicales établies. Elles rendent compte des catégories exprimées dans les entretiens. En l'absence d'une validation linguistique, les traductions littérales et les décompositions morphologiques restent à considérer avec prudence.

2.2. Des explications causales plurielles

Les récits recueillis ne renvoient pas à un système explicatif unique. Certaines mères mobilisent des signes corporels et des observations de la vie quotidienne ; d'autres évoquent des causes environnementales, alimentaires ou spirituelles. Ces registres peuvent coexister dans un même univers d'interprétation, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'ils sont partagés par toutes les participantes.

À propos de la rougeole, une mère associe la maladie à une intervention surnaturelle : « Quand un enfant attrape la rougeole, c'est qu'un sorcier a jeté un sort sur lui. » (Mère KL, zone rurale, 2025). Une autre participante insiste plutôt sur les manifestations cutanées : « Yoni c'est vilain pour les enfants, ça donne les boutons au corps de l'enfant. J'ai peur. » (Mère BT, zone rurale, 2025). Ces deux extraits montrent que la nomination peut renvoyer à la fois à un signe visible et à une interprétation de la cause.

Pour la poliomyélite, les explications spirituelles apparaissent dans certains propos : « Quand un enfant perd l'usage de ses jambes ou de ses bras, c'est qu'un sorcier a pris ses muscles. » (Mère YE, zone rurale, 2025). Un autre témoignage formule une interprétation comparable : « La polio, c'est une maladie de sorcier. Quand un enfant est paralysé, on dit que c'est le sorcier qui lui a pris son muscle. » (Mère YM, zone rurale, 2025). Ces propos documentent des interprétations rapportées par des participantes ; ils ne permettent pas de conclure qu'elles sont majoritaires dans l'ensemble de la population.

Dans le cas du paludisme, certaines explications sont formulées à partir de l'alimentation et des conditions climatiques. Une mère déclare : « le paludisme c'est quand nous mangeons beaucoup d'attiéké et le froid est dedans aussi. » (Mère AB, zone urbaine, 2025). Les mères évoquent aussi le rôle des moustiques et des eaux stagnantes. Ces éléments constituent des registres de connaissance qui coexistent dans les discours, et non des étapes successives d'une évolution uniforme des savoirs.

Concernant la méningite, une mère l'associe à une origine spirituelle : « La méningite, c'est la maladie qui vient du génie. Quand le cou est raide et qu'on a de la fièvre, on dit que c'est un esprit qui t'a attaqué. » (Mère TB, zone urbaine, 2025). Une autre participante évoque le recours au guérisseur lorsque l'enfant présente une raideur du cou.

Pour la fièvre jaune, la dénomination Soumaya gbè s'appuie sur un rapprochement avec le paludisme et sur l'observation de la jaunisse. Une participante explique : « Quand quelqu'un a les yeux jaunes, c'est comme une maladie de sang. C'est grave, et il faut aller à l'hôpital. » (Mère, zone rurale, LN, 2025). Cet extrait renseigne surtout la perception de la gravité associée à un signe visible ; il ne suffit pas, à lui seul, à établir la connaissance de l'étiologie de la fièvre jaune.

2.3. Itinéraires de soins et pratiques de protection rapportés

Les données présentées dans les entretiens font apparaître plusieurs formes de recours, notamment la consultation d'un guérisseur, la recherche de protections rituelles et le recours aux structures de santé. Les entretiens ne permettent pas de décrire un itinéraire uniforme : les démarches évoquées varient selon la maladie, les signes perçus et les interprétations formulées par les participantes.

À propos du Gnonni, une mère rapporte : « Je suis allée voir le guérisseur d'abord, avant l'hôpital. Tout le monde disait que c'était un déséquilibre spirituel. » (Mère, zone urbaine, entretien semi-directif, 2025). Ce récit documente une séquence de recours dans laquelle une démarche traditionnelle précède la consultation hospitalière. Il ne permet cependant pas de généraliser cette séquence à toutes les mères ni à toutes les maladies.

À l'inverse, le témoignage relatif aux yeux jaunes indique une orientation rapide vers l'hôpital face à un signe jugé grave. Les propos sur le paludisme mentionnent également l'usage de moustiquaires et la recherche d'un traitement. Ces éléments montrent que les pratiques de protection et de soins sont associées à la manière dont les mères interprètent les manifestations de la maladie. Ils ne permettent pas, en l'état, de mesurer la fréquence de chaque pratique ni de conclure à un retard systématique de consultation.

2.4. Regard social, inquiétude et vulnérabilité de l'enfant

Les appellations et les signes visibles peuvent également intervenir dans la manière dont l'enfant malade et sa famille sont perçus. À propos du Gnonni, un témoignage attribue à l'entourage un jugement portant sur les pratiques domestiques et la responsabilité de la mère : « Quand mon fils a le Gnonni, tout le monde pense que je ne prends pas soin de lui. On me dit que c'est un mauvais sort ou que j'ai négligé la maison. » (Mère, zone rurale, entretien semi-directif, 2025). Ce propos fait apparaître une possible mise en cause de la mère, au-delà de l'état de santé de l'enfant.

Pour la méningite, une participante rapporte une réaction de mise à distance : « Quand quelqu'un à le Kan-fassadja djangaro, les voisins disent qu'il ne faut pas s'approcher, sinon l'esprit va aussi t'attraper. » (Mère, zone urbaine, entretien semi-directif, 2025). Ce témoignage donne à voir une peur de la maladie formulée dans un registre spirituel et susceptible de produire de l'éloignement social. Il ne suffit pas à établir que l'isolement est une pratique généralisée.

Les propos relatifs à la poliomyélite mettent davantage l'accent sur la limitation physique et la vulnérabilité associée à la paralysie.

3. Analyse et discussion

L'organisation transversale des résultats permet de dégager trois enseignements analytiques. Premièrement, les appellations locales fonctionnent comme des catégories pratiques de reconnaissance : elles rapprochent des signes corporels d'expériences et de référents connus. Deuxièmement, les explications causales sont plurielles et peuvent associer observations empiriques, facteurs environnementaux, références spirituelles et connaissances biomédicales. Troisièmement, ces interprétations sont susceptibles d'intervenir dans les décisions de recours aux soins et dans les réactions de l'entourage. Ces constats doivent être rapportés au corpus de 29 entretiens et ne sauraient être étendus à l'ensemble des mères d'Odienné.

3.1. Les nominations comme catégories locales de reconnaissance

Les termes Gnonni, Yoni, Séfassadjâ, Soumaya, Soumaya gbè et Kan-fassadja djangaro montrent que les participantes ne décrivent pas les maladies uniquement à partir des catégories biomédicales. Elles s'appuient aussi sur des signes observables, des ressemblances avec des maladies connues et des expressions inscrites dans leur environnement social. Cette lecture rejoint l'intérêt porté par Jaffré et Olivier de Sardan (1999) aux entités nosologiques populaires : les catégories locales ne sont pas de simples traductions des diagnostics médicaux, mais participent à l'organisation de l'expérience de la maladie.

La notion de réseau sémantique de la maladie, proposée par Good (1994), prolonge cette lecture : un terme de maladie ne se réduit pas à un ensemble de signes, il condense des expériences, des situations et des affects qui lui donnent sa signification. Les appellations Soumaya, associée par les participantes à la fraîcheur, à l'humidité ou au froid, et Soumaya gbè, qui semble construite par rapprochement avec le paludisme et par référence à la coloration jaunâtre des yeux ou de la peau, peuvent être lues dans cette perspective : la dénomination organise des voisinages entre maladies perçues comme apparentées, plutôt qu'une correspondance terme à terme avec une entité biomédicale.

Nichter (1994), à propos de la catégorie populaire de « poumons faibles » aux Philippines, invite à dépasser l'étude de maladies isolées pour considérer des ensembles de maladies perçues comme liées dans la culture populaire de la santé, et montre l'intérêt de tenir compte de cette sémantique de la maladie en santé internationale. Le voisinage que les propos des mères établissent entre le paludisme et la fièvre jaune relève d'une logique comparable : employer l'étiquette biomédicale « fièvre jaune » ne garantit pas qu'elle soit entendue avec les mêmes proximités et les mêmes degrés de gravité. Cette hypothèse devra être confirmée par des données complémentaires.

Dans la théorie des représentations sociales, Jodelet (1989) a approfondi, à partir de son étude des représentations de la folie, le processus d'ancrage, par lequel un objet inquiétant ou peu familier est intégré à des catégories et à des repères déjà disponibles. Les appellations relevées à Odienné s'inscrivent dans cette dynamique : la maladie devient reconnaissable lorsqu'elle est rapportée à une image (le « grain de mil »), à une maladie connue (Soumaya gbè) ou à un signe corporel (la raideur de la nuque). L'ancrage éclaire ainsi pourquoi des maladies que le PEV désigne par des catégories biomédicales circulent, chez les participantes, sous des noms qui les relient à l'expérience quotidienne.

Il importe néanmoins de distinguer l'analyse socio-anthropologique de la nomination d'une analyse linguistique. Les gloses « grain de mil », « handicaper physique », « paludisme blanc » ou « maladie qui durcit le cou » sont celles retenues à partir des propos recueillis. En l'absence de validation par un spécialiste de la langue concernée, elles ne doivent pas être présentées comme des traductions définitives ni faire l'objet d'une décomposition morphologique assurée.

Cette première partie de la discussion apporte trois éléments. Premièrement, elle documente, à partir de la parole des mères, des appellations locales de maladies évitables par vaccination (rougeole, poliomyélite, fièvre jaune, méningite) et du paludisme, désormais concerné par le PEV, alors que les indicateurs de couverture mobilisés en introduction ne renseignent pas sur les catégories à travers lesquelles ces maladies sont reconnues. Deuxièmement, elle prolonge au district sanitaire d'Odienné l'approche des entités nosologiques populaires de Jaffré et Olivier de Sardan (1999), en l'appliquant à l'enfance et aux maladies ciblées par la vaccination, et la complète par

les apports de Good (1994), de Nichter (1994) et de Jodelet (1989). Troisièmement, elle suggère que les noms locaux constituent un matériau utile pour concevoir des messages de communication sanitaire, sous réserve d'une validation linguistique préalable, qui fait aujourd'hui défaut.

3.2. La coexistence des modèles explicatifs

Les témoignages relatifs à la rougeole, à la poliomyélite et à la méningite font apparaître des interprétations spirituelles, tandis que ceux portant sur le paludisme mobilisent également des références climatiques ou alimentaires. Les signes visibles de la fièvre jaune sont, quant à eux, associés à une appréciation de la gravité. Ces différences ne signifient pas que chaque maladie possède une représentation unique : elles montrent plutôt que les explications varient selon les expériences et les récits des participantes.

La théorie des représentations sociales de Moscovici (1961) permet d'interroger la manière dont ces interprétations sont élaborées et partagées dans les échanges ordinaires. Les modèles explicatifs de Kleinman (1980) éclairent, pour leur part, les liens entre les idées formulées sur la cause, la gravité et le traitement d'une maladie. Dans le corpus étudié, ces approches invitent à considérer les savoirs biomédicaux et les références locales comme des registres qui peuvent coexister, plutôt que comme des systèmes nécessairement exclusifs.

Les travaux d'Evans-Pritchard (1937) sur les Azande ont montré de longue date que l'explication par la sorcellerie ne s'oppose pas à la connaissance des causes naturelles : elle répond à une autre question, celle du pourquoi de ce malheur pour cette personne et à ce moment-là. Cette distinction aide à lire les propos des participantes sur la poliomyélite (« un sorcier a pris ses muscles ») ou sur la méningite (« un esprit qui t'a attaqué »). L'attribution à un sorcier ou à un génie peut porter sur la singularité du cas, tandis que l'observation des signes (paralysie, raideur du cou, fièvre) oriente, dans d'autres extraits, vers le guérisseur ou vers l'hôpital. Les données disponibles ne permettent pas de trancher entre ces deux lectures, qu'il conviendrait d'explorer par des entretiens individuels approfondis.

Zempléni (1985), dans l'introduction d'un numéro consacré aux causes, origines et agents de la maladie, puis Sindzingre et Zempléni (1981), à propos de la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte d'Ivoire, ont analysé des interprétations causales qui ne forment pas un code figé attaché à chaque maladie, mais qui sont mobilisées de manière pragmatique au fil de l'épisode morbide. Cette perspective, élaborée dans le nord de la Côte d'Ivoire, conforte le choix de ne pas présenter les registres de savoir comme des étapes successives ni comme des systèmes attachés à une seule maladie : dans le corpus, les références spirituelles, alimentaires, climatiques et vectorielles (moustiques, eaux stagnantes) cohabitent dans les propos des mères.

Jovchelovitch (2008), dans une relecture de la théorie des représentations sociales, soutient que des systèmes de pensée différents ne se déplacent pas mutuellement mais coexistent en remplissant des fonctions distinctes dans la vie sociale, ce que Moscovici (1961) désigne par la notion de polyphasie cognitive. Cette perspective permet de lire la coexistence de références biomédicales et locales relevée dans le corpus non comme un savoir incomplet appelé à être remplacé par la biomédecine, mais comme un répertoire d'interprétations que les mères mobilisent selon les situations. Elle rejoint le modèle de Kleinman (1980), pour lequel les explications profanes et professionnelles d'une même maladie relèvent de modèles explicatifs distincts, qu'il convient de mettre en dialogue.

Cette deuxième partie propose une lecture qui dépasse l'opposition entre croyances et connaissances. En associant Moscovici et Kleinman à Evans-Pritchard, à Zempléni et à Jovchelovitch, elle montre, à partir des seuls extraits de mères, que des registres explicatifs distincts (spirituel, alimentaire, climatique, vectoriel, biomédical) peuvent coexister, y compris pour le paludisme, à l'heure où un vaccin antipaludique est introduit dans le PEV. L'étude suggère ainsi, sans le démontrer, que la communication autour de ce vaccin gagnerait à partir des explications déjà disponibles chez les mères plutôt qu'à les supposer absentes. Elle ouvre enfin une piste de recherche : établir, par des données complémentaires, la fréquence relative de ces registres et les situations dans lesquelles ils sont activés.

3.3. Les représentations dans les décisions de soins et les relations sociales

Les extraits portant sur le recours initial au guérisseur, la consultation hospitalière face à la jaunisse ou l'usage de moustiquaires montrent que les interprétations de la maladie peuvent être associées à des décisions pratiques. Les données disponibles ne permettent toutefois ni de quantifier ces pratiques ni d'établir un lien causal direct entre une appellation et un retard de prise en charge. Il est donc préférable de parler de relations rapportées ou de logiques possibles, plutôt que d'affirmer que les nominations provoquent systématiquement un recours tardif aux soins.

Janzen (1978) a proposé, à partir de ses travaux au Bas-Zaïre, la notion de groupe de gestion de la thérapie (*therapy management group*) pour rendre compte du fait que le choix d'un recours n'est pas la décision isolée du malade ou de sa mère, mais le produit d'une négociation avec l'entourage. Cette notion aide à lire l'extrait dans lequel une mère indique être allée voir le guérisseur avant l'hôpital parce que « tout le monde disait que c'était un déséquilibre spirituel » : le recours rapporté semble moins relever d'un choix individuel que d'une interprétation partagée dans l'entourage. L'article n'ayant pas interrogé la composition ni le rôle de ce groupe, cette lecture reste une hypothèse.

Les témoignages relatifs au jugement porté sur la mère ou à la mise à distance de l'enfant indiquent également que la maladie peut avoir une dimension relationnelle. La perspective de Moscovici aide à comprendre comment les significations circulant dans l'entourage participent à la construction du regard social. Ces résultats invitent les acteurs de santé à écouter les mots employés par les mères et à discuter les interprétations sans disqualifier les personnes qui les expriment.

Goffman (1963) définit le stigmate à partir de l'écart entre l'identité attendue d'une personne et celle qui lui est attribuée, et montre que le discrédit peut s'étendre aux proches de la personne stigmatisée (ce qu'il nomme *courtesy stigma*). Le propos de la mère selon lequel « tout le monde pense que je ne prends pas soin de lui » peut être lu dans cette perspective : la maladie visible de l'enfant retombe sur la mère, dont les pratiques domestiques sont mises en question. La réaction de mise à distance rapportée à propos de la méningite relève, elle aussi, d'une peur de la contagion formulée dans un registre spirituel. Ces extraits illustrent des mécanismes possibles, sans permettre d'en mesurer l'ampleur.

Enfin, l'objet de cette étude porte sur les nominations et les représentations des maladies infantiles. Les entretiens tels qu'ils sont présentés ici ne suffisent pas à démontrer que ces représentations déterminent l'adhésion au Programme élargi de vaccination ou le respect du calendrier vaccinal. Cette relation doit rester une piste d'analyse, à examiner à partir de données spécifiques sur les décisions vaccinales, les expériences de vaccination et les motifs de retard ou de refus.

Streefland et al. (1999), à partir d'études menées dans plusieurs pays, montrent que l'acceptation et le refus de la vaccination se déclinent en configurations variées (enfants entièrement, partiellement ou non vaccinés) et que le contexte pèse sur ces configurations. Ce travail rappelle que le lien entre représentations de la maladie et conduite vaccinale doit être établi à partir de données portant explicitement sur la vaccination, ce qui conforte la prudence adoptée ici. Les prolongements les plus utiles consisteraient à recueillir, auprès de mères d'enfants complètement, partiellement et non vaccinés, leurs récits de décision, de retard ou de refus, puis à les confronter aux catégories locales identifiées.

Cette dernière partie met en évidence, à partir des extraits de mères, une dimension relationnelle de la maladie infantile (responsabilité attribuée à la mère, mise à distance liée à une peur spirituelle) que les indicateurs de couverture vaccinale ne rendent pas visible. Elle propose de lire les recours rapportés comme des décisions situées dans un entourage plutôt que comme des comportements individuels (Janzen, 1978), tout en maintenant un cadre de prudence : aucun lien causal n'est établi entre nominations et vaccination (Streefland et al., 1999). Sur le plan pratique, elle invite les professionnels du PEV à ouvrir la discussion avec les mères sur les mots qu'elles emploient, sans disqualifier les interprétations spirituelles, et à envisager des actions qui s'adressent aussi à l'entourage, sous réserve de confirmation par des recherches complémentaires.

Conclusion

L'étude des 29 entretiens réalisés auprès de mères à Odienné met en évidence la diversité des manières de nommer et d'interpréter les maladies infantiles. Les appellations locales rapportées renvoient à des signes corporels, à des rapprochements avec des maladies connues et à des référents culturels ou spirituels. Les récits montrent également que ces interprétations peuvent accompagner différentes démarches de soins et influencer le regard porté sur l'enfant et sa famille.

L'intérêt de ces résultats est de rappeler que les actions de prévention et de communication sanitaire gagnent à prendre en considération les catégories utilisées par les mères. Cette prise en compte suppose un dialogue attentif, qui permette de comprendre les significations locales tout en apportant une information biomédicale accessible. En revanche, les données présentées ne permettent pas d'établir à elles seules un effet direct des représentations sur l'adhésion vaccinale.

Les résultats doivent être interprétés à la lumière des limites du dispositif : échantillonnage de convenance, terrain circonscrit au district sanitaire d'Odienné, nombre limité d'entretiens et recours à l'interprétation pour certains échanges. Ces éléments peuvent influer sur la diversité des profils accessibles, la formulation des propos et leur traduction. La version définitive devra également présenter les caractéristiques des 29 participantes à partir des fiches d'enquête, sans extrapoler les données d'un autre échantillon.

Références Bibliographiques

Direction Régionale de la Santé & Programme Élargi de Vaccination. (2023). *Rapportrégional sur la couverture vaccinale*. Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique.

Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Clarendon Press.

GBD 2023 Vaccine Coverage Collaborators. (2025). Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet, 406*(10500), 235–260. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01037-2

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.

Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.

Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (dir.). (1999). *La construction sociale des maladies : les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. Presses universitaires de France.

Janzen, J. M. (1978). *The quest for therapy in Lower Zaire*. University of California Press.

Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Presses universitaires de France.

Jovchelovitch, S. (2008). The rehabilitation of common sense: Social representations, science and cognitive polyphasia. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 38*(4), 431–448. https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2008.00378.x

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press.

Leach, M., & Fairhead, J. (2007). *Vaccine anxieties: Global science, child health and society*. Earthscan.

MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine, 33*(34), 4161–4164. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique. (2020). *Rapport annuel sur la situation sanitaire (RASS)*.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Presses universitaires de France.

Nichter, M. (1994). Illness semantics and international health: The weak lungs/TB complex in the Philippines. *Social Science & Medicine, 38*(5), 649–663. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90456-1

Organisation mondiale de la Santé & UNICEF. (2025, 15 juillet). *Global childhood vaccination coverage holds steady, yet over 14 million infants remain unvaccinated* [Communiqué de presse]. https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef

Simon, D. J., Ndlovu, P., & Mbonye, A. (2025). Immunization coverage in Sub-Saharan Africa: Persistent inequalities. *BMC Public Health, 25*(3), 17–24. https://doi.org/10.1186/s12889-025-15210-4

Sindzingre, N., & Zempléni, A. (1981). Modèles et pragmatique, activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire. *Social Science & Medicine, 15B*(3), 279–293.

Streefland, P., Chowdhury, A. M. R., & Ramos-Jimenez, P. (1999). Patterns of vaccination acceptance. *Social Science & Medicine, 49*(12), 1705–1716. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00239-7

UNICEF. (2025). *Immunization* [Page de données]. UNICEF Data. Consulté le 10 novembre 2026 à l'adresse https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/

Zempléni, A. (1985). La « maladie » et ses « causes » : Introduction. *L'Ethnographie, 81*(96-97), 13–44.