

PERCEPTION DES VACCINATIONS DE ROUTINE ET DE MASSE
PAR LES MÈRES
CAS DU FOKONTANY DE NAMAHOA, RÉGION MENABE

Henintsoa Joyce Valentina Ramaroson *, Dolorès Pourette **

INTRODUCTION

La santé maternelle et infantile constitue un élément important du développement ; elle apparaît d'ailleurs dans les Objectifs de développement durable. En 2012, la mortalité infantile demeurait importante en Asie et en Afrique subsaharienne, ces régions regroupant quatre cinquièmes des décès au niveau mondial d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2013). Les enfants sont fortement exposés à la malnutrition et à des maladies que l'on peut pourtant prévenir. Cela inclut les maladies évitables par la vaccination, qui restent une cause majeure de morbidité et de mortalité dans les pays en développement (OMS, 2012).

À Madagascar, des efforts considérables ont pu être réalisés en termes de santé infantile, illustrés par la baisse de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et l'amélioration de la vaccination depuis 1997 (INSTAT, 2010) malgré un recul de la couverture vaccinale entre 2008 et 2012. Si Madagascar a effectué d'importants progrès en matière de vaccination, ces progrès sont inégaux entre milieu rural et milieu urbain, et entre régions. Ainsi, en 2012, en milieu urbain, 78 % des enfants entre 12 et 23 mois avaient bénéficié de tous les vaccins figurant dans le schéma de vaccination défini par le Programme élargi de vaccination (PEV), contre 47 % en milieu rural. Au niveau des régions, seules trois affichaient une couverture vaccinale dépassant les 60 % tandis que pour les sept autres elle était inférieure à 40 % (UNICEF, 2014). Les écarts en matière de

* Étudiante en master 2 « Population et Développement », Université catholique de Madagascar, Antananarivo, Madagascar.

** Anthropologue, chargée de recherche, CEPED, IRD, Université Paris Descartes, INSERM, Paris, France.

vaccination sont généralement liés à des facteurs socio-économiques (Baya, 1999) et à l'inadaptation des infrastructures sanitaires pour conserver les vaccins par exemple (Rey-Cuille *et al.*, 2012). Des facteurs socioculturels semblent aussi jouer un rôle déterminant dans le statut vaccinal de l'enfant, en lien notamment avec les perceptions des maladies de l'enfant (Lévy-Bruhl *et al.*, 1993), des vaccins et de l'introduction de substances étrangères dans le corps d'un enfant bien portant. Comment, à Madagascar, sont perçues les maladies évitables par la vaccination ? Que représente la vaccination des enfants pour les mères ?

Une étude anthropologique a été menée en vue d'appréhender la perception des maladies infectieuses et des moyens de prévention, notamment la vaccination. Il s'agissait d'analyser les représentations des maladies infantiles et des maladies infectieuses et de déterminer les conditions d'acceptation de la vaccination dans les habitudes sanitaires des populations. Nous nous sommes basées sur l'hypothèse que le manque d'information, les rumeurs, le degré de confiance envers le personnel de santé et les craintes liées au vaccin pouvaient influencer le recours ou non à la vaccination. Nous avons considéré que les maladies infectieuses pouvaient être perçues comme des faits sociaux non liés à des causes médicales et que l'efficacité des vaccins était souvent remise en cause car ils ne répondaient pas forcément aux attentes des populations en matière de santé.

CONTEXTE

La prévention constitue l'ensemble des mesures visant à éviter la survenue de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité et leurs conséquences. J.-P. Dozon (2001) a retenu quatre modèles de prévention, répartis en deux catégories. Les modèles « traditionnels » regroupent le modèle magico-religieux basé sur la religion et les croyances de l'individu, et le modèle de la contrainte profane qui correspond à l'exclusion des individus et groupes d'individus malades ou potentiellement dangereux pour l'ensemble de la communauté à laquelle ils appartiennent. Les modèles « modernes » comprennent le modèle pastorien avec l'immunisation et la vaccination, et le modèle contractuel selon lequel la santé est considérée comme un bien collectif. Dans le modèle pastorien, la vaccination est définie par l'OMS comme un procédé permettant d'immuniser une personne contre une maladie infectieuse. Bien que très liée au modèle pastorien, la vaccination relève également du modèle contractuel, la vaccination d'un seul participant à la santé de tous, et celles de tous à la santé de ceux, plus fragiles ou atteints de maladies, qui ne peuvent être vaccinés.

La vaccination tire son origine de la « vaccine » créée en 1776, visant à prémunir contre la variole. En 1881, Louis Pasteur revendique la vaccine qu'il définit comme virus ou poison atténué destiné à des fins préventives. D'autres

vaccins furent créés par la suite. La diffusion de la vaccination a été rapide, partant d'Europe vers les pays d'Afrique (Ketterer *et al.*, 2013). Suite à l'éradication de la variole, l'OMS lança le Programme élargi de vaccination (PEV) en 1976 en vue de lutter contre les maladies infectieuses. Ce programme comprend les vaccins contre la tuberculose, la poliomyélite, la coqueluche, le tétanos et la diphtérie.

Bien que la vaccination ait fait ses preuves avec l'éradication de la variole, il faut noter que, en Europe, des oppositions ont accompagné les premières diffusions des vaccins (Moulin, 1999). Cela s'explique par la dimension obligatoire de la vaccination, son orchestration par l'État sur la base d'un modèle militaire (Laplante & Bruneau, 2003), et la complexité des multiples objectifs de la santé publique, allant de la prévention à l'éradication, difficiles à saisir par les populations (Saliou, 2007). Dans les pays industrialisés, les opposants aux vaccins insistent sur le fait que le recul des maladies infectieuses ne peut s'expliquer par le seul recours au vaccin, mais résulte également de l'amélioration des conditions sanitaires et d'hygiène (Ketterer *et al.*, 2013). De plus, l'inefficacité ou la dangerosité d'un seul vaccin a suffi à créer une polémique autour de la vaccination et a fortement participé à sa remise en cause par la population, influencée par les médias (Moulin, 1999).

En ce qui concerne les réticences dans les pays en développement, qui demeurent sujets à une forte prévalence des maladies infectieuses et à une mortalité élevée, le problème est plutôt lié à l'aspect altruiste des programmes de vaccination et au passé colonial de ces pays (Moulin, 2007a) : les populations sont méfiantes car les vaccins sont gratuits, ne demandent en l'occurrence aucune contrepartie et proviennent d'initiatives étrangères (*ibid.*). À cela s'ajoute le fait que les populations, rattachées au modèle traditionnel de prévention (Dozon, 2001), n'adhéraient pas forcément à la logique des modèles modernes que la santé publique présentait comme l'unique solution face aux risques de maladie, valorisant ainsi l'usage de la médecine moderne au détriment des savoirs locaux (Lévy-Bruhl *et al.*, 1993).

À Madagascar, la couverture vaccinale n'a augmenté qu'à partir de 1997, alors que le PEV y avait été lancé en 1976, puis le vaccin contre la poliomyélite en 1982 (UNICEF, 2014). Une grande partie du pays affiche toujours une faible couverture vaccinale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette enquête qualitative a été menée dans le *fokontany* de Namahora, région Menabe, en vue de dégager des éléments significatifs concernant la

perception de la vaccination et la gestion de la maladie¹. La collecte de données consistait en des entretiens semi-directifs et individuels auprès de 12 mères d'enfants de moins de cinq ans. Nous avons également recouru à l'observation participante en vue d'une familiarisation avec la population étudiée, et afin de faciliter les entretiens (Olivier de Sardan, 1995).

Une phase exploratoire a été réalisée dans trois communes et *fokontany* de la même région Menabe² ainsi que dans trois communes de la région Boeny³. Ces deux régions ont été sélectionnées du fait de leur couverture vaccinale inférieure à 50 %, soit 23 % pour Menabe et 47,5 % pour Boeny (INSTAT, 2013). Ces terrains exploratoires ont démontré que la vaccination constituait un sujet délicat en raison de son association avec les politiques de santé publique, notamment les vaccinations de masse. De ce fait, malgré l'introduction par des maires et des chefs *fokontany*, les populations enquêtées affichaient une grande méfiance à l'égard de l'étude et apportaient des réponses vagues ou peu exploitables lors des entretiens. Les mères se considéraient d'ailleurs peu qualifiées pour répondre à des questions de santé.

Au vu de la sensibilité du sujet attestée par les difficultés rencontrées lors des explorations, l'enquête effectuée dans le *fokontany* de Namahora, dans la commune urbaine de Morondava, a été introduite par des religieuses qui bénéficiaient de la confiance de la population. La recherche a été présentée comme une étude sociologique portant sur les pratiques de soins aux enfants, incluant des thèmes larges tels que l'alimentation, l'hygiène et la santé. Le canevas d'entretien comportait quatre grands thèmes : les pratiques et connaissances en termes de soins infantiles, l'expérience sur les maladies pouvant toucher l'enfant, les comportements préventifs, et le rôle et les limites de la vaccination.

Chacun des douze entretiens approfondis a été enregistré puis transcrit et traduit en français. Les informations ont été analysées à l'aide d'une grille d'analyse thématique appliquée aux observations et discours des mères sur chaque thème abordé.

1. Cette étude a été réalisée par H.J.V. Ramaroson dans le cadre du master 2 « Sciences sociales appliquées au développement » (Université catholique de Madagascar), sous la direction de D. Pourette.

2. Bemanonga, Betania et Mahabo.

3. Amborovy, Antsanitia et Katsepy.

RÉSULTATS : DES PERCEPTIONS DIFFÉRENCIÉES DU PEV ET DES CAMPAGNES DE VACCINATION OCCASIONNELLES

Caractéristiques de la population étudiée

Étant toutes issues du milieu populaire, c'est-à-dire d'une classe sociale plutôt vulnérable d'un point de vue économique (Schwartz, 2011), les mères étaient toutes de religion chrétienne, et familières des institutions catholiques (églises, écoles, foyer pour personnes handicapées et retraités). Elles étaient principalement femmes au foyer ou commerçantes, le nombre d'enfant par ménage variant de un à quatre. L'âge des mères allait de 25 à 45 ans au moment de l'enquête. Cependant la moitié des mères avaient moins de 30 ans et n'avaient qu'un seul enfant. Enfin, toutes les femmes enquêtées avaient recours aux services de santé publique (hôpital, centre de santé de base).

Prévention et santé de l'enfant

L'alimentation, l'hygiène et la surveillance des enfants sont considérées par les mères comme des domaines nécessitant une attention particulière car ils constituent des sphères d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant à la vie quotidienne. L'alimentation est décrite comme un processus où l'enfant passe du lait maternel au *koba*⁴ puis à des aliments plus solides. L'hygiène consiste à habituer l'enfant à certains comportements concernant le bain ou l'habillement. La surveillance vise à protéger l'enfant contre les dangers potentiels, en dehors de la maladie, tels que les accidents de voiture ou les kidnappings. Même si le concept de prévention apparaît assez flou pour les mères enquêtées, ces trois domaines comportent des attitudes préventives de la part des mères et de leur entourage. Il s'agit généralement de surveiller l'alimentation, de laver les mains de l'enfant avant chaque repas et d'éviter le contact avec les enfants malades. Les discours sur la prévention des maladies semblent parfois contradictoires : bien que les mères considèrent qu'il faut protéger les enfants des maladies, elles trouvent absurde de prévenir une maladie non encore survenue. La prévention apparaît donc comme un moyen d'éviter une fatalité, de se déroger à un ordre déjà établi au sein de la société (Lévy-Bruhl *et al.*, 1993). Nous noterons que biomédecine et vaccination n'ont pas été évoquées lors des discours sur la prévention qui, ici, ne se limite pas au seul contexte médical.

4. Gâteau à base de farine ou semoule.

Perception des maladies

Les maladies de l'enfance citées par les mères comprennent la grippe, les maux de ventre, l'asthme, les allergies et le *hevo*⁵ lorsqu'il persiste au-delà d'un an. Les mères considèrent que ces maladies sont normales et résultent de la fragilité de l'enfant ou de son imprudence. Ces maladies sont perçues comme inévitables, non transmissibles et survenant indépendamment du comportement de la mère ou de l'enfant (climat, hérédité, malchance). Ces maladies ne font pas l'objet de prévention particulière. Leur traitement dépend de la durée et de l'intensité des symptômes : les inquiétudes ne se manifestent qu'en cas de « grosse fièvre » pendant plus de trois jours.

En ce qui concerne les maladies infectieuses, elles ne sont évoquées que lorsque l'on emploie le terme *areti-mifindra*⁶ qui désigne à la fois les maladies infectieuses et les maladies transmissibles. La différenciation avec les maladies de l'enfance est quasi inexistante au niveau des symptômes. Les mères parlent de maladie que l'on ne peut directement identifier, d'*areti-mandalo*⁷, touchant tous les enfants. Elles considèrent qu'attraper la maladie au lieu de la prévenir est préférable car ces maladies ne frappent qu'une seule fois, à l'exemple de la varicelle ou des oreillons, et confèrent alors une immunité. Le lien entre les maladies infectieuses et la vaccination est rarement évoqué, sauf en ce qui concerne la rougeole ou *fanompoa*. Cette maladie apparaît dangereuse pour les mères plus âgées qui en ont été atteintes durant leur enfance, mais inoffensive grâce au vaccin pour les plus jeunes mères.

Attitudes face à la vaccination

Les cinq premiers vaccins inclus dans le PEV⁸, administrés durant les neuf premiers mois de l'enfant, et les campagnes de vaccination, notamment la Semaine de la santé de la mère et de l'enfant (SSME) qui est un événement biennuel, ont été au cœur des discours tenus par les mères lors des entretiens. Les mères acceptent toutes le PEV, et désignent les premiers vaccins comme une protection contre certaines maladies mortelles qui deviennent alors moins dangereuses et moins fréquentes, comme la rougeole ou la tuberculose. De plus, le PEV a pour effet de réduire la fragilité de l'enfant face aux maladies de manière générale. Les mères affirment être rassurées par le fait que le vaccin soit

5. La fontanelle tarde à se fermer, semble s'élargir au fur et à mesure de la croissance de l'enfant.

6. Ce terme désigne les maladies contagieuses, transmissibles.

7. Il s'agit d'une maladie de passage.

8. Les vaccins contre la poliomyélite, la rougeole, la coqueluche, la diphtérie, la tuberculose.

administré par le personnel médical ou hospitalier. Elles ajoutent que la vaccination facilite l'accès aux soins médicaux dans les hôpitaux et centres de santé. Aux yeux des mères, les effets indésirables – fièvre, pleurs, cicatrice – sont supportables car ils ne durent pas plus d'une journée, mais surtout ils garantissent l'efficacité du vaccin.

Bien que les mères soient unanimes au sujet du PEV, elles sont divisées dans le cas des campagnes de vaccination ponctuelles. Les cinq mères qui se prononcent en faveur de ces campagnes les considèrent comme un moyen de renforcer les premiers vaccins administrés dans le cadre du PEV. Ces mères sont animées par la crainte des maladies comme la poliomyélite ou la rougeole, et de leurs séquelles sur le long terme. En revanche les sept mères refusant ces vaccins trouvent leur usage trop répétitif et abusif, et elles se méfient des agents communautaires qui procèdent à ces campagnes de vaccinations. Elles associent plutôt les campagnes à des objectifs politiques, ce qui fait alors naître des rumeurs : les vaccins rendraient l'enfant stérile, il s'agirait de stocks de vaccins devant être épuisés par l'État... Ces rumeurs sont renforcées par le fait que les médecins eux-mêmes n'émettent aucun avis sur l'utilité des vaccins administrés lors de ces campagnes, d'après les mères enquêtées.

PEV et campagnes de vaccinations sont gratuits et ont pour objectif de préserver la santé de l'enfant. Néanmoins les interprétations de ces deux caractéristiques sont différentes pour les deux actions. Les mères perçoivent une réelle contribution de la santé publique aux soins infantiles à travers le PEV, du fait de sa gratuité et surtout du fait qu'il est assorti d'un carnet de vaccination et d'un certificat remis aux parents après la réalisation des cinq vaccins. Ces formalités n'existent pas pour les campagnes de vaccination, dirigées par des agents communautaires formés par des médecins, en vue de vacciner lors de ces campagnes. Cette formation des agents peut rendre la population méfiante. Les femmes refusant ces vaccins font d'ailleurs une nette distinction entre agents communautaires et médecins ayant reçu une formation universitaire. Enfin, la plupart des mères considèrent l'éradication comme une utopie, une action peu réaliste, évoquée dans l'unique but de les faire adhérer aux campagnes de vaccination : la maladie étant un processus à long terme, les mères affirment qu'il est impossible de l'éradiquer.

Biomédecine et thérapeutiques alternatives

Les entretiens ont aussi permis de dégager des éléments sur l'usage de la biomédecine, comprenant la vaccination, et des soins alternatifs, relevant des savoirs autochtones. Le recours à la biomédecine pour les soins maternels et infantiles se fait dès la période de grossesse. La biomédecine est décrite par les mères comme le premier recours à adopter en cas de symptômes persistants. Il peut s'agir d'autoconsommation de médicaments pharmaceutiques ou de consultations médicales, selon l'intensité des maladies. Cependant, la

biomédecine est perçue comme limitée en termes d'efficacité, en particulier dans les cas de catégories nosologiques locales comme le *hevo*.

Les craintes liées à une consommation répétitive de médicaments incitent les mères à recourir à des méthodes plus naturelles à l'exemple du *tambavy*⁹, des huiles ou d'autres produits locaux. Ces remèdes proviennent de savoirs propres aux mères ou aux membres d'une même communauté. Ainsi, la population peut avoir recours aux massages traditionnels en cas de fractures ou à la *reninjaza*¹⁰ pour le traitement du *hevo*.

Parmi les alternatives à la médecine moderne, le recours aux guérisseurs et les rituels magico-religieux constituent la suite logique des traitements de maladie en cas d'échecs de la biomédecine et des remèdes naturels. Il s'agit de personnes pourvues de dons divins, de religieux ou de *mpimasy*¹¹. Bien que les mères soient chrétiennes et favorisent les prières et les bénédictions par les prêtres, toutes reconnaissent l'efficacité des *mpimasy* contre la maladie.

DISCUSSION

Dichotomie entre savoirs populaires et logique biomédicale

Inscrite dans une logique pastorienne, la vaccination souligne une séparation entre savoir moderne et scientifique et savoirs locaux et profanes. Du point de vue de l'OMS et de la santé publique, la vaccination constitue un moyen sûr et rentable de lutter efficacement contre les maladies infectieuses et la mortalité infantile encore élevée dans les pays du Sud. En visant l'éradication des maladies, les objectifs et les principes de la vaccination sont basés sur une vision à l'échelle globale. Pour la santé publique, la vaccination est une composante essentielle du droit humain et une responsabilité de la population rendant les campagnes de masse légitimes. Les mères peuvent difficilement adhérer à ces principes, car ils dépassent l'idée de contribuer à la santé de leurs enfants. Les principes défendus lors des vaccinations de masse peuvent même être en opposition avec les attentes des mères. Les conflits de logique résident dans l'idée de don et de contre-don (Mauss, 1973) véhiculée par l'aspect altruiste des actes de vaccination. Les mères refusant les vaccinations de masse craignent l'apparition de nouveaux effets secondaires après plusieurs années, et pouvant nuire à la santé de l'enfant. En outre les rumeurs autour du vaccin, notamment celles sur la stérilité et l'introduction de maladies, sont appuyées par la fragilité

9. Le recours aux infusions.

10. Terme désignant la matrone.

11. Les devins.

politique du pays qui connaît un niveau élevé de corruption y compris dans les structures de santé. Enfin, les agents communautaires jouent un rôle majeur dans l'acceptation des vaccins, leur familiarité avec la population accentue aussi bien la confiance que le doute.

Les valeurs défendues lors de campagnes comme la SSME apparaissent parfois contraires aux valeurs des populations. L'intégration du PEV dans les soins infantiles prouve l'adhésion des mères à quelques « valeurs phares » en santé publique : la promotion de la vie en santé, la responsabilité, l'autonomie ou l'utilité (Massé & Saint-Arnaud, 2003). L'administration de vaccins en dehors du PEV se fait moins aisément car les bienfaits des campagnes de vaccination ne surpassent pas les méfaits individuels subis ou potentiels (Laplante & Bruneau, 2003). Ainsi les campagnes de vaccination semblent promouvoir le bien commun au détriment des libertés individuelles (Massé & Saint-Arnaud, 2003), présentant le vaccin comme le meilleur remède, ce qui nourrit les soupçons (Moulin, 2007b).

Adaptation des approches et prise en compte des savoirs populaires

Au même titre que la médecine moderne, les connaissances des mères en matière de santé infantile constituent un recueil important de conseils et de mesures à prendre, basés sur leurs expériences personnelles. La médecine moderne vient enrichir ces connaissances (Lévy-Bruhl *et al.*, 1993), sous la forme de recommandations de professionnels de santé, ce qui n'est pourtant pas le cas lors des campagnes de vaccination. En dehors du PEV, cette étude a montré que la vaccination n'est pas conforme aux connaissances et aux attentes des mères en termes de prévention car elle s'appuie surtout sur d'autres objectifs tels que l'éradication, qui constitue une action sur le long terme, que la population ne peut donc percevoir directement. La vaccination doit avant tout répondre à un besoin de « guérison optimale » (Creusat, 2000) nécessitant l'interaction des savoirs locaux et de la médecine moderne.

Nous avons pu constater que le PEV n'était sujet à aucune forme de désinformation ou de rumeur. À l'inverse, les campagnes de vaccination sont l'objet de nombreuses rumeurs. Ceci peut s'expliquer par le fait que les mères vivent dans un *fokontany* urbain et disposent donc de suffisamment d'informations sur le PEV, et que celui-ci fait désormais généralement partie des pratiques habituelles en matière santé infantile, contrairement aux campagnes de vaccination. L'étude a souligné que l'information tenait une place importante aux yeux des femmes enquêtées, permettant de les rassurer sur les effets des vaccins et de dissiper les rumeurs. Cependant, les messages diffusés avant les campagnes ne semblent pas contribuer aux savoirs des mères. Les risques épidémiologiques que présentent par exemple la rougeole ou la poliomyélite ne disposent pas d'une existence sociale au niveau de la population étudiée (Jaffré, 2006).

Il apparaît donc important d'améliorer les systèmes d'information concernant les vaccinations de masse. Cette tâche revient d'abord aux agents communautaires chargés des vaccinations de masse qui devraient apporter des éclaircissements sur leur travail et sur les vaccins qu'ils administrent. La vaccination révèle en effet l'importance de la relation soignant-soigné dans l'acceptation des vaccins. Des échanges d'information devraient réduire les craintes par rapport à la qualité des vaccins et aux rumeurs. Ces échanges devraient aussi se faire entre la population, les thérapeutes locaux, qui bénéficient d'une grande confiance de la part de la population, et le personnel médical (médecin, sages-femmes) qui représente la biomédecine et joue un rôle important dans les décisions de santé. Il s'agit d'apporter des détails sur les vaccins à titre informatif et non sous forme de recommandation (Dubé *et al.*, 2013), au risque de modifier les liens de confiance déjà instaurés ; cela en vue de réduire le sentiment de contrôle par l'État et de favoriser la responsabilité individuelle (Massé & Désy, 2014).

CONCLUSION

La vaccination peut être présentée comme un processus nécessitant un certain temps d'assimilation, à l'exemple du Programme élargi de vaccination qui est accepté et bien connu par la population. Les vaccinations de masse, bien que connues, souffrent du déficit considérable d'information mise à la disposition des mères. À travers cette étude au sein du *fokontany* urbain de Namahora, il a été constaté que la maladie figurait comme un évènement ordinaire dans les pratiques de soins de santé ; les maladies infectieuses prévenues par les vaccins du PEV sont globalement représentées par la rougeole et la poliomyélite. La vaccination désigne un moyen efficace permettant de mieux gérer les maladies. En revanche, les campagnes de vaccination, parlant d'éradication, ne sont pas toujours bien reçues et donnent lieu à des hésitations. Cela est causé par l'insuffisance d'information, le grand nombre de rumeurs autour de ces campagnes, la méfiance de la population à l'égard de l'État et donc de la santé publique, et une crainte constante des répercussions des vaccins sur le long terme. L'apparition supposée de nouvelles maladies et la peur que l'enfant ne devienne stérile sont issues des rumeurs et ne peuvent être vérifiées dans l'immédiat. La confiance envers les agents communautaires constitue aussi un élément clé dans le recours au vaccin ; l'enrichissement des informations sur le travail de ces agents peut être utile. Enfin la mise en place de campagnes de sensibilisation avant les campagnes de vaccination, incluant la diffusion d'informations précises et compréhensibles sur les vaccins, faciliterait la décision des mères quant à leur participation aux vaccinations de masse. Il s'agit de promouvoir une démocratie sanitaire en matière de vaccin en réunissant toutes les conditions nécessaires pour dissiper les rumeurs, laissant place à un public plus apte à faire des choix sur le vaccin et sur le traitement des maladies.

BIBLIOGRAPHIE DES SOURCES CITÉES

- BAYA B., 1999. « Étude de quelques déterminants des comportements de santé des enfants au Burkina Faso : le cas de Bobo Dioulasso ». In : A. ADJAMAGBO, A. GUILLAUME, N. KOFFI (dir.), *Santé de la mère et de l'enfant, l'exemple africain*, IRD, p. 61-79
- CREUSAT L., 2000. *Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud*, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal.
- DOZON J.-P., 2001. « Quatre modèles de préventions ». In : J.-P. DOZON, D. FASSIN (dir.), *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Éditions Balland, p. 23-46
- DUBÉ E., VIVION M., VALDERRAMA A., SAUVAGEAU C., 2013. « Attitudes et croyances des sages-femmes québécoises sur la vaccination », *Santé Publique*, 1, 25, 35-43
- INSTAT, 2010, *Enquête Démographique et de Santé à Madagascar 2008-2009*, Antananarivo, Ministère de l'économie et de l'industrie, 474 p., pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadt385.pdf
- INSTAT, 2013, *Enquête Nationale sur le Suivi des Objectifs du Millénaire pour le Développement à Madagascar 2012-2013*, OMD4, Antananarivo, Ministère de l'économie et de l'industrie, Madagascar, 112 p.
- JAFFRÉ Y., 2006. « Dynamiques et limites socio-anthropologiques des stratégies de prévention et de contrôle des risques infectieux dans les pays en voie de développement ». In : G. ORTH, P. SANSONETTI (dir.), *La maîtrise des maladies infectieuses. Un défi de santé publique, une ambition médico-scientifique*, Les Ulis, EDP Sciences, p. 101-115
- KETTERER F., TREFOIS P., MIERMANS M.-C., VANMEERBEEK M., GIET D., 2013. « Les réticences à la vaccination : approche du phénomène à travers les données de la littérature », *Revue Médicale de Liège*, 63, 2, 74-78
- LAPLANTE J., BRUNEAU J., 2003. « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », *Historia, Ciencias, Saude, Manguinbos*, 10, suppl. 2, 519-536
- LÉVY-BRUHL D., COOK J., LEGONOU B., JAFFRÉ Y., AMÉVIGBE P., SANOU G., GUÉRIN N., 1993. « Approches méthodologique dans l'étude de l'acceptabilité de la vaccination : exemple de trois enquêtes menées en Afrique de l'Ouest », *Sciences sociales et santé*, 11, 2, 9-25
- MASSÉ R., SAINT-ARNAUD J., 2003. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*, Laval, Presses de l'Université de Laval.
- MASSÉ R., DÉSY M., 2014. « Lay people's interpretation of ethical values related to mass vaccination; the case of A(H1N1) vaccination campaign in the province of Quebec (French Canada) », *Health Expectations*, 17, 6, 876-887
- MAUSS M., 1973 [1924]. « Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques ». In : M. MAUSS, *Sociologie et Anthropologie*, Paris, Presses universitaires de France, p. 149-279
- MOULIN A.-M., 1999. « Premiers vaccins, premières réticences », *Pour la science*, 264, 12-15
- MOULIN A.-M., 2007a. « Programmes de vaccination en milieu tropical : l'apport d'une réflexion en sciences sociales », *Médecine tropicale*, 67, 335-339
- MOULIN A.-M., 2007b. « Les vaccins, l'État moderne et les sociétés », *Médecine Sciences*, 4, 428-434
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995. « La politique du terrain. Sur la production de données anthropologiques », *Enquêtes*, 1, 71-109
- OMS, 2012. *Projet de plan d'action mondial pour les vaccins*, Unité qualité, sécurité et normes du Département vaccination, vaccins et produits biologiques, Organisation mondiale de la santé, Genève, Suisse, 48 p., http://www.who.int/vaccine_safety/Plan_mondial_pour_la_securite_des_vaccins_BLUEPRINT.pdf

- OMS, 2013. « Enfant : faire reculer la mortalité », *Aide-mémoire*, 178, mis à jour en octobre 2017, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>
- REY-CUILLE M.-A., SECK A., NJOUM R., CHARTIER L., SOW H.D., MAMADOUBA., KA A.S., NJANKOUO M., ROUSSET D., GILES-VERNICK T., UNAL G., SIRE J.-M., GARIN B., SIMON F., VRAY M., 2012. « HBV immunization and vaccine coverage among hospitalized children in Cameroon, Central African Republic and Senegal: a cross-sectional study », *PLoS ONE*, 7, 5, <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0038153>
- SALIOU P., 2007. « L'éradication des maladies infectieuses par la vaccination », *Médecine tropicale*, 67, 321-327
- SCHWARTZ O., 2011, « Peut-on parler des classes populaires ? », *La Vie des idées*, <http://www.laviedesidees.fr/Peut-on-parler-des-classes.html>
- UNICEF, 2014. *L'enfance à Madagascar : une promesse d'avenir. Analyse de la situation de la mère et de l'enfant*, UNICEF Madagascar, 140 p., https://www.unicef.org/madagascar/fr/web-SITAN-BOOK2014-20X30cm-28septembre2014_2.pdf

Ramaroson H.J.V., Pourette Dolorès (2018)

Perception des vaccinations de routine et de masse par les mères : cas du fokontany de Namahora, région Menabe

In : Pourette Dolorès (ed.), Mattern C. (ed.), Bellas Cabane C. (ed.), Ravalolomanga B. (ed.). *Femmes, enfants et santé à Madagascar*

Paris : L'Harmattan, p. 173-184. (Anthropologies et Médecines)

ISBN 978-2-343-14681-2