Santé publique et sens commun : ethnographie d'une campagne de vaccination de masse au Nord Mozambique

Autor(en): **Ruedin, Laurent**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft = revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera d'etnologia**

Band (Jahr): **7 (2002)**

PDF erstellt am: **23.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-1007441

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Santé publique et sens commun

Ethnographie d'une campagne de vaccination de masse au Nord Mozambique

Laurent Ruedin

Depuis un quart de siècle, une stratégie globale d'immunisation a permis des résultats impressionnants dont une importante réduction de la mortalité et de la morbidité infantile ainsi que l'éradication de la variole[1]. Alors que l'éradication d'une seconde maladie, la poliomyélite, est considérée comme imminente, une préoccupation croissante des responsables sanitaires concerne désormais la viabilité des programmes de vaccination de routine pour les enfants[2]. En effet, toutes les maladies ne peuvent être éradiquées et, après une forte augmentation des couvertures vaccinales, on observe durant les années nonante une stagnation de ces couvertures et des difficultés à les maintenir au niveau atteint. Si un «mélange de demande publique et de volonté politique» (Greenough 1995a: 605, et 1995b) est une condition généralement considérée comme nécessaire à la durabilité des couvertures vaccinales, la compréhension et l'acceptation populaires du vaccin, ingrédients indispensables de la demande (Nichter 1995, 1990; Streefland 1999, 2001; Heggenhougen et al. 1987), sont encore des objectifs très lointains, du moins en ce qui concerne la population étudiée.

Les observations présentées ici ont été réalisées en automne 1998 dans un district rural du nord Mozambique. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une recherche menée grâce au soutien du Fonds national suisse pour la recherche scientifique (FNS) et de la Direction pour le développement et la coopération (DDC). Elles portent sur la campagne de mobilisation sociale précédant une vaccination de masse menée dans le cadre du programme global d'éradication de la poliomyélite. Les réunions de mobilisation aux niveaux hiérarchiques les plus périphériques et les différentes réactions que l'événement suscite dans la population permettent de mettre en évidence aussi bien certaines formes de compréhension populaire du vaccin que la manière dont ces dernières sont influencées par les rapports entre communautés locales et services publics. Il s'agit d'examiner la manière dont s'articulent volonté politique, enjeux locaux et

[1] Du point de vue de son efficacité aussi bien que de son coût, la vaccination est considérée comme un des meilleurs moyens dont disposent les responsables de santé publique (Murray et Lopez 1996).

[2] Le Programme Elargi de Vaccination (PEV) protège contre six maladies: diphtérie, tétanos, coqueluche, rougeole, poliomyélite et tuberculose; dans certains pays il est complété par d'autres vaccins. Pour un historique du PEV, voir notamment Bland et Clements (1998).

représentations de sens commun (nosologies et étiologies, rapport à l'Etat) comme déterminants de l'acceptation du vaccin au sein des communautés périphériques.

La compréhension de ces déterminants constitue donc aussi bien un domaine d'investigation à la frontière entre anthropologie et santé publique qu'une condition pour concevoir et promouvoir des programmes de vaccination mieux adaptés aux contextes – tant institutionnels que socioculturels – dans lesquels ils sont mis en œuvre.

Les enjeux d'une campagne

En 1988, l'OMS lance un programme en vue de l'éradication globale de la poliomyélite pour l'an 2000. L'Afrique étant le continent où les couvertures vaccinales sont les plus faibles, l'OMS et le Rotary International décident d'accélérer le processus. Leur action se base sur des «journées nationales de vaccination»[3] qui sont échelonnées sur trois ans consécutifs et réalisées par les services nationaux de santé.

Un certificat d'éradication est délivré aux pays qui satisfont à un ensemble de critères portant notamment sur les couvertures vaccinales et l'absence de cas attesté de malades de la poliomyélite durant une période de trois ans. Le certificat «polio-free» et les efforts nationaux qu'il couronne font sans conteste partie des signes tangibles de respectabilité sur la scène politique et économique internationale. Pour un pays comme le Mozambique qui mesure depuis peu l'intérêt d'attirer les investissements étrangers et dont les dépenses publiques reposent largement sur l'aide internationale, l'enjeu est de taille. Le gouvernement l'a compris et a mis tout son poids dans la campagne. Car si les enjeux sont importants, la tâche l'est probablement davantage.

Perspectives locales: vaccination et rapports à l'Etat

Lancée solennellement par le chef de l'Etat Joaquim Chissano sur les ondes de la radio nationale, la campagne s'insère d'emblée dans l'ensemble des rapports entre communautés locales et pouvoir administratif.

Stratégies résidentielles et services publics

Au moment de la campagne, quatre ans se sont écoulés depuis la fin de la guerre civile, et une partie de la population installée dans les villages réintègre progressivement un habitat aux abords immédiats des champs cultivés. Ce retour progressif à l'habitat dispersé est une source de tensions dans la mesure où des doutes persistent sur la position du gouvernement à l'égard de telles stratégies résidentielles. En effet, la politique de «villagisation»[4] n'ayant pas été officiellement et expressément abandonnée, certains chefs de villages et une partie de la population considèrent encore l'abandon des villages comme un acte de désobéissance à l'ordre social promu par l'Etat.

Dans de nombreuses zones d'habitat dispersé, la campagne de vaccination est la première action concrète du gouvernement depuis l'Indépendance et constitue donc à ce titre une forme explicite de reconnaissance. C'est bien ainsi que l'ont perçu les communautés locales, qui y ont vu du même coup un précédent sur lequel fonder leurs revendications concernant d'autres services de base dont bénéficient les habitants des villages (puits, agent de santé primaire, professeur, ...).

Bien qu'ayant reçu du ministère de la santé l'instruction de vacciner «là où les gens vivent» – une consigne pratiquement irréalisable étant donné les moyens humains et matériels disponibles –, les

[3] Deux semaines de vaccination de masse – une pour chaque dose – à intervalle d'un mois. Seuls les enfants de 0 à 5 ans doivent être immunisés et le vaccin est administré par voie orale.

[4] Initiée au lendemain de l'indépendance (1975), la politique de collectivisation et de regroupement en village s'est faite en bonne partie contre la volonté des populations (Geffray et Pedersen 1985).

responsables sanitaires du district n'ont eu d'autre alternative que d'opérer une sélection parmi l'ensemble des petites agglomérations satellites qui s'étaient formées spontanément au gré de l'établissement des paysans hors des villages. Alors que les promoteurs rencontraient un accueil enthousiaste dans les agglomérations choisies pour héberger une distribution de vaccination, ils se sont souvent vu opposer des réactions de refus collectifs dans les agglomérations voisines, leurs populations affirmant clairement qu'elles ne se déplaceraient pas pour vacciner leurs enfants, même si le trajet de quelques kilomètres était par ailleurs couramment parcouru pour d'autres motifs.

Villageois et rapports à l'Etat

En contraste avec ce qui s'observe dans les régions d'habitat dispersé, les populations des villages communautaires accueillent l'annonce de la campagne avec indifférence.

Dans les villages communautaires, il est fréquent que la population soit sollicitée pour les besoins d'une activité collective. Or, même si les méthodes de mobilisation populaire ne sont plus ce qu'elles étaient aux lendemains de l'Indépendance – ce n'est en effet plus la milice en arme qui va de maison en maison chercher les villageois pour participer aux réunions – les cadres administratifs eux sont souvent restés et n'ont guère modifié leur style de communication. Sans la menace directe des armes, le mélange d'exhortations, de promesses et de menaces voilées qui composent le menu ordinaire des discours de mobilisation n'a plus rien pour attirer les villageois. Ces derniers ont tendance à éviter tout contact superflu avec ceux qu'ils perçoivent uniformément comme faisant partie «du gouvernement» et avec lesquels ils conçoivent les rapports principalement en termes de problèmes, de punitions ou de taxes.

Non seulement les rapports entre communautés locales et administration conditionnent l'accueil réservé aux services publiques (dont le vaccin), mais les expériences négatives de contacts avec ces derniers semblent alimenter constamment la méfiance populaire à l'égard de l'administration centralisée. Cette méfiance se construit en effet sur une mémoire qui accumule des expériences dont certaines remontent loin dans le temps. Il n'est pas rare par exemple qu'au chapitre des récriminations contre les services de santé, des récits soient faits qui datent de l'époque coloniale. En outre, dans l'usage courant, le «gouvernement» est toujours désigné par le terme *akunha* qui signifie aussi bien l'homme blanc que la langue portugaise et par extension l'administration coloniale. Plus spécifiquement encore, l'usage du terme dérivé *ekunha*, qui désigne la punition, la taxe ou l'ordre sanctionnant plus ou moins arbitrairement un administré, est apparu du temps de l'administration coloniale. Il est aujourd'hui encore d'un usage courant et fait l'objet d'adages populaires renvoyant aux temps de la collectivisation rurale.

Ainsi, dans les récits de leurs rapports avec un Etat administratif centralisé, les communautés rurales ne distinguent pas leurs expériences selon qu'elles datent d'avant ou d'après l'Indépendance. Les services publics et administratifs semblent avoir hérité auprès des populations périphériques d'une partie au moins de l'ardoise de l'administration coloniale portugaise, une ardoise qui s'est d'ailleurs allongée par la suite.

Derrière le vaccin: *nhutho* et injection

Les *nhutho* – terme d'ordinaire traduit par «chupa sangue» (suceur de sang) – sont supposés être des sorciers venus de loin dans le but de s'approprier le sang et la force des habitants. Les descriptions qui en sont faites laissent souvent entendre qu'il s'agit d'hommes (et de femmes) blancs, disposant de voiture et de matériel sophistiqué (dans certains récits, ils estourbissent les villageois dans leur sommeil par un choc électrique). Ils sont réputés sévir de nuit, mais peuvent aussi avoir

recours à la ruse, en se faisant passer pour des vaccinateurs ou des infirmiers notamment. Les victimes, si elles n'ont pas été immédiatement tuées, sont très affaiblies et ne tardent pas à mourir. Il arrive, dit-on, que les cadavres soient laissés mutilés, les *nhutho* emportant avec eux les organes sexuels et les seins chez les femmes dont ils sont supposés tirer de puissants pouvoirs. A l'occasion, les *nhutho* sont aussi suspectés d'empoisonner les puits, notamment en période de choléra.

Des allées et venues de véhicules inconnus la nuit dans un village d'ordinaire calme, l'arrivée en pleine épidémie de choléra de l'équipe d'urgence d'une organisation humanitaire dotée d'un imposant matériel technique, une campagne de vaccination dans une région périphérique n'ayant pas vu d'infirmier depuis plus de vingt-cinq ans…: l'évocation du *nhutho* semble liée à la nécessité de donner une image au sentiment de danger insaisissable que suscite un événement inconnu.

Les représentations de l'injection, comme en de nombreux autres endroits du monde (voir notamment Vibeke Reeler 1990), sont entourées d'une aura particulière dans l'imaginaire populaire au nord Mozambique. Le discours local sur un tel attrait procède d'une théorie indigène de la vitalité humaine, de l'effort physique, de la fatigue et de la vieillesse. Même si elle s'énonce en quantité de sang ou de substance vitale, réputée diminuer dans les efforts physiques comme le travail aux champs et être remplacée dans l'alimentation et par le repos, le bien-être physique qui résulte d'une restauration des forces s'exprime sur un mode plutôt qualitatif. On dira que le sang « coule mieux » ou que les articulations sont « libérées ». A cet égard, l'injection semble procéder, avec l'acte sexuel, le repos et l'alimentation, à la restauration de la vitalité du corps.

Le sens commun ne fait pas de distinction entre vaccin et injection – le mot portugais «vacina» est indifféremment utilisé pour les deux actes médicaux. On comprend ainsi que les demandes de vaccin soient généralement motivées par l'ensemble des représentations que l'on vient de décrire. C'est notamment le cas du vaccin antitétanique qui constitue une des motivations pour la fréquentation des consultations prénatales. Interrogées sur l'utilité de ce vaccin, les femmes évoquent le poids de leur grossesse, la difficulté de travailler aux champs et le regain de force que leur procure le vaccin (voir Villen Iglesias et Ruedin 2001).

Bien que les deux figures du *nhutho* et de l'injection ne soient jamais mises en rapport dans les discours locaux, celles-ci sont à bien des égards symétriques et antithétiques. Toutes deux sont directement liées au sang et à la vitalité individuelle, soit pour l'augmenter, protégeant ainsi le corps contre la maladie, soit pour s'en approprier et provoquer la mort. Les deux figures d'une part articulent les représentations populaires du corps aux opérations techniques de la biomédecine et d'autre part cristallisent, sur un mode fantasmatique, les angoisses et les espoirs que soulèvent l'expérience du contact avec un pouvoir sanitaire doté d'une technologie biomédicale en bonne partie inintelligible et animé par des motifs qui restent souvent obscurs.

Pressions à la performance et dérive autoritaire

Si la campagne de mobilisation sociale pour la vaccination est bien un événement qui suscite appropriations ou refus au sein des communautés, elle est aussi une entreprise collective qui met en rapport des acteurs relevant de différentes catégories. Ce changement de perspective est nécessaire dans la mesure où il permet de considérer les étapes de la mobilisation sociale en amont du face-à-face entre promoteurs et population.

Tel qu'il est présenté aux promoteurs dans le district, l'objectif de la campagne est de vacciner *tous* les enfants entre 0 et 5 ans. Il ne s'agit plus d'exprimer une proportion qui pourrait laisser des doutes sur la détermination des promoteurs mais

de mettre l'accent sur l'ambition totalisante de l'entreprise. Par ailleurs, l'importance de l'opération est manifestée dès son lancement par le président de la République qui a symboliquement endossé la responsabilité de la campagne. Dans cette affaire, les gouverneurs répondent de leurs provinces auprès du président et les administrateurs répondent de leur district auprès du gouverneur, chacun devant en fin de compte produire ses résultats, exprimés en couvertures vaccinales. Le caractère quantitatif de l'objectif et la hiérarchie du dispositif permet une évaluation exacte du résultat obtenu au terme de la campagne.

Au moment de la mobilisation sociale, chacun met donc toutes ses ressources rhétoriques à contribution pour motiver ses subordonnés, puisque du travail de ceux-ci dépend le résultat qu'il aura à annoncer à la fin de l'opération.

Même s'il n'est jamais affirmé explicitement que la présence de tous les enfants de 0 à 5 ans est *obligatoire* – ce qui serait l'expression claire d'un régime prescriptif – et même si aucune mesure de coercition n'est mentionnée, les formulations ne laissent place à aucun doute.

S'adressant à une assemblée de chefs de lignage et de clan, un promoteur dit: «s'il devait se trouver une personne qui n'apporte pas ses enfants [à la vaccination], nous lui demanderons si son *Humu* [chef de lignage] n'était pas à la réunion». Dans la conception de l'autorité familiale, cette expression est sans ambiguïté, un *humu* dans une telle situation doit s'attendre à être puni.

Ainsi, le souci prioritaire d'un promoteur est de susciter chez ses subalternes le sentiment de l'importance de la tâche qui leur est confiée, autrement dit de transmettre la pression qu'il subit lui-même de la part de ses supérieurs. Le but de tout promoteur est en fin de compte de pouvoir justifier d'une couverture vaccinale suffisante sur la portion de territoire qui lui a été assignée.

Une promotion difficile

La poliomyélite ne représente qu'un risque objectivement faible en regard d'autres maladies endémiques comme la malaria, les diarrhées, les infections respiratoires et la malnutrition, principales causes d'une mortalité infantile proche de 20% au Mozambique. En effet, grâce aux activités de routine du programme élargi de vaccination (PEV), la prévalence de la maladie est maintenue extrêmement basse dans le pays. Par conséquent, en admettant qu'on ait pu faire comprendre aux populations de quel risque le vaccin protégeait leur enfant – ce qui n'a pas été le cas comme nous le verrons plus bas – il aurait été malaisé d'utiliser cette information pour motiver leur participation.

Par ailleurs, et suivant la même logique, on voit mal comment justifier l'effort consenti par le gouvernement dans la campagne face à une population rurale, dont moins de la moitié a accès à des services de santé. Ces difficultés se résolvent d'un seul coup dans la logique paternaliste au principe du discours des chefs de villages. Les raisons d'Etat n'y ont en effet pas besoin de justification et l'effort du gouvernement est présenté comme la raison d'un effort réciproque de la population – le déplacement et l'attente peuvent facilement coûter une journée à un paysan – selon une logique de la culpabilisation: l'Etat dépense pour votre bien, ne soyez pas ingrats et venez recevoir ce qu'Il vous offre. Le thème des dépenses du gouvernement pour la campagne est même un argument fréquemment utilisé dans la promotion.

Une absence singulière

Que ce soit dans les slogans présents sur tous les pamphlets, t-shirt et autre matériel de communication: « boutons la

polio hors d'Afrique» – qui a été traduit en portugais par: «vamos acabar com a polio no país» («finissons-en avec la polio dans le pays») – ou dans les discours des promoteurs, l'objectif de la campagne s'énonce en termes d'élimination ou d'expulsion, donc selon une logique radicalement différente de celle de la prévention.

Ce constat, tout de même troublant, est d'une complète banalité dès qu'on se place du point de vue d'un promoteur de la campagne. En effet, celui-ci ne considère pas des individus qui se protègent de la maladie, mais une collectivité de laquelle on expulse cette dernière. Conjuguée sur le mode collectif, la logique de la prévention s'énonce donc en des termes qui renvoient au registre curatif. Cette tendance est probablement accentuée par le fait qu'il s'agit d'une campagne d'éradication.

Or toutes les étapes du processus hiérarchisé de mobilisation – excepté la dernière – mettent face-à-face des promoteurs et d'autres promoteurs. Comme tout semble prédisposer ceux-ci à exprimer leur opération de prévention sur le mode de l'expulsion et qu'ils en parlent entre eux, cette manière de parler ne pose guère de problème. Et ce n'est qu'à l'ultime échelon du processus de diffusion, lorsque les promoteurs villageois s'adressent aux bénéficiaires, que le fait de parler en terme d'expulsion plutôt que de prévention pose problème. En effet, du point de vue d'un père ou d'une mère c'est un enfant qu'on vaccine, et le bénéfice de cette opération ne saurait se formuler autrement qu'en des termes liés à la santé de l'enfant, c'est-à-dire inévitablement dans le registre de la prévention.

Les chefs de village qui ne disposent dans le meilleur des cas que d'une scolarisation rudimentaire – et en gros du même niveau de compréhension du vaccin que le reste des villageois – sont bien incapables d'opérer un tel changement de perspective. Rien d'étonnant donc à ce que ceux-ci se soient contentés de reproduire sur le mode individuel des discours qu'ils avaient entendus décliner sur le mode collectif, scellant ainsi l'élimination de la notion de prévention des discours tenus à la population.

Lorsque les villageois s'expliquent le vaccin à eux-mêmes

Si les figures du *nhutho* et de l'injection, qui sont des figures du sens commun à travers lesquelles les événements sont perçus et compris, demeurent largement de l'ordre de l'impensé, il en va très différemment des tentatives d'explicitation de la vaccination repérées dans le processus de mobilisation. Un inventaire de ces cadres explicatifs issus du sens commun local donne une idée de la difficulté de la tâche de vulgarisation.

Un terme fréquemment utilisé parmi les populations vivant hors des villages pour se référer à la vaccination est *Marati* qui serait, selon les descriptions et les explications données, le nom local pour la variole. Etant donné que dans ces régions la dernière expérience de vaccination date de la campagne d'éradication de la variole (1976), il paraît probable que les explications données à cette occasion se soient concentrées sur la maladie contre laquelle se faisait la vaccination, et que par extension l'opération de vacciner ait été ainsi nommée[5]. Ce choix de traduction pour le vaccin est largement soutenu par les anciens qui ont fait l'expérience de la campagne contre la variole, mais n'évoque pas grand chose aux générations plus jeunes. Par ailleurs, l'usage du terme *marati* durant la promotion de la vaccination a eu un effet inattendu: des mères ont refusé d'amener leur enfant en se référant explicitement à l'infection qui résultait du vaccin contre la variole (souvent accompagné de fièvres) et qui a laissé à tous les vaccinés une cicatrice très visible sur l'avant-bras[6].

L'emprunt du terme *nocaja* au répertoire des praticiens traditionnels signale un effort explicite de vulgarisation de la part des services préventifs.

L'explication donnée par les promoteurs utilisant le terme *nocaja* est la suivante: il s'agit d'un traitement couramment pratiqué par les phytothérapeutes locaux et dont l'effet est de désensibiliser contre le

[5] Une situation analogue existe dans l'étymologie française: vaccin vient de vaccine, la variole des vaches qui, inoculée à l'homme, le préserve de la variole.

[6] Dans la région sud du pays où le travail immigré (et souvent clandestin) des hommes en Afrique du Sud est très fréquent dans les régions rurales, on a assisté dans un premier temps à un refus catégorique des mères à vacciner leurs enfants. Celui-ci était motivé par le fait que de nombreux travailleurs mozambicains clandestins en Afrique du Sud auraient été identifiés grâce à la cicatrice de la vaccination contre la variole qu'ils portent sur l'avant-bras.

venin de certains serpents. Ainsi, en cas de morsure, une personne préalablement traitée ne subira que des effets fortement diminués. Il en va de même du vaccin, expliquent les promoteurs, qui permet d'éviter les conséquences les plus néfastes des maladies. Cette illustration est adéquate puisqu'elle n'entre pas en contradiction avec la conception de la causalité «naturelle»[7]. Il ne s'agit pas d'empêcher que le serpent morde (d'éviter que la maladie attaque) mais de se prémunir contre ses effets, ce qui renvoie plutôt à l'idée d'une protection qu'à celle de prévention. Comme l'a remarqué Nichter (1995: 623-4) la notion de protection et la conception selon laquelle un vaccin pouvait diminuer la gravité de la maladie est assez répandue et comporte de multiples avantages sur celle beaucoup plus rigide de prévention. En effet, cette interprétation supporte les ratés du système de vaccination, c'est-à-dire les cas où l'enfant, même vacciné, contracte la maladie. Une situation d'autant plus probable que la qualité de conservation des vaccins et le maintien de la chaîne du froid sont problématiques.

Malgré ses avantages, le terme de *nocaja* s'avère cependant d'un usage délicat puisqu'il désigne également une protection destinée à empêcher les attaques de sorciers. Cette signification du terme *nocaja,* beaucoup plus courante que celle de protection contre les morsures de serpent (cette dernière étant plus connue sous le terme *ophopa enoa*), rend son usage difficilement applicable à la vaccination. En effet, du point de vue du sens commun, les services de santé ne sont efficaces que contre les maladies de Dieu (causalité naturelle) à l'exclusion de toute maladie causée par la sorcellerie.

Une traduction très courante de la vaccination dans les discours des vaccinateurs et promoteurs de la campagne est celle de *nrette*. Il s'agit d'un choix de traduction sans risque mais également très peu informatif. *Nrette* est un terme polysémique qui désigne aussi bien la racine d'une plante et, par extension, le médicament dans sa forme traditionnelle, que toute autre forme de traitement ou de substance à vertus thérapeutiques, y compris les médicaments des services de santé. Le principal reproche que l'on peut faire à ce terme est de renforcer l'amalgame entre efficacité thérapeutique et efficacité préventive, une confusion quasiment systématique dans le sens commun.

Le même reproche peut être adressé à une autre traduction courante: *ophopa*. Il s'agit du terme usuel désignant la scarification à but thérapeutique telle qu'elle est couramment pratiquée par les praticiens traditionnels. Le rapprochement s'opère par la similitude du geste de l'injection, ce qui est particulièrement peu adapté dans le cas de la poliomyélite puisque le vaccin s'administre oralement.

Conséquences d'une absence d'attention à la communication

En parcourant les échelons vers la périphérie, les discours de mobilisation se transforment. Aussi bien les contenus des messages que le style de communication subissent des modifications dont nous avons tenté de mettre en évidence certains déterminants. Même si ces transformations ne sont pas toutes imputables aux aléas d'une traduction culturelle, cette dernière opération s'avère la plus problématique. Or, dans les faits, tout se passe comme si cette opération était inexistante. En effet, les promoteurs villageois en héritent sans aucune préparation et sans même que cela soit mentionné.

Au moment du face-à-face avec les villageois, les chefs de villages s'avèrent être des avocats déterminés mais singulièrement démunis pour apporter des réponses convaincantes aux questions concrètes qui leur sont posées, d'où un usage souvent peu scrupuleux du bon sens, voire de la fantaisie du moment si cela s'avère nécessaire.

Dans cet exercice d'improvisation tout semble pousser les promoteurs à abandonner la référence à une maladie spéci-

[7] Le sens commun local retient en gros trois principes de causalité distincts dont deux s'opposent radicalement: la causalité naturelle mue par la volonté de Dieu et partie intégrante du destin individuel et la causalité «intentionnelle», celles de maladies «faites» ou «envoyées» donc de la sorcellerie comme produit d'une volonté humaine de nuire. La troisième est liée à la violation d'un principe et à la pollution qui en résulte. Voir notamment Zempleni (1985).

fique contre laquelle le vaccin protège, et donc à défendre l'idée que le vaccin protège contre toutes les maladies. Cette idée est d'ailleurs compatible avec la plupart des concepts de sens commun, comme nous l'avons vu. Elle entraîne naturellement avec elle l'idée que le vaccin renforce le corps, une idée au principe de la théorie locale de la vitalité qui s'accommode parfaitement de l'amalgame injection-vaccin. Cette protection contre les maladies est aussi une capacité du corps à vaincre les maladies réalisant le deuxième amalgame, celui des modes curatif et préventif. Au bout du compte le vaccin est, au moins implicitement, présenté aux villageois comme une sorte d'élixir miracle au demeurant assez peu crédible[8].

Non seulement ces affirmations vont être rapidement mises en échec – les enfants vaccinés ne vont pas manquer de tomber malades, avec des conséquences imaginables sur la crédibilité du vaccin – mais elles sont également porteuses d'autres questions plus épineuses encore. Comment justifier en effet qu'un «médicament» qui protège et même soigne contre toutes les maladies, soit réservé aux enfants de moins de 5 ans? Cette question représente probablement l'écueil contre lequel les promoteurs villageois ont le plus systématiquement buté; elle a généré des débats dont les contenus, étonnamment homogènes, renvoient directement aux rapports entre communautés et Etat centralisé.

Les adultes, s'insurgeant contre le fait que les vaccins soient systématiquement réservés aux enfants, interprètent le motif d'une telle ségrégation comme une stratégie du gouvernement pour en finir avec les parents et disposer des enfants. Même si cette opinion est généralement exprimée sur le ton de la plaisanterie, son omniprésence suffit à montrer qu'il s'agit d'une plaisanterie tout à fait sérieuse. Pour comprendre une idée *a priori* aussi peu réaliste, il faut la mettre en rapport avec la dernière confrontation directe entre pouvoir centralisé et tenants de l'autorité dite traditionnelle: chefs de chefferies, chefs de lignages et oncles maternels. Vers la fin des années septante, durant la période dite des «abaixo» («à bas!»), au nom de la lutte contre l'obscurantisme, une politique de répression active a été menée durant plusieurs années contre les diverses formes de résistances culturelles que la communauté était réputée opposer à la réalisation des plans de collectivisation pour le développement rural. Le conflit a été perçu par les acteurs locaux comme une lutte d'influence entre le gouvernement et l'autorité traditionnelle. Celle-ci étant hiérarchisée selon le principe de l'ancienneté (et de l'aînesse), ce sont les adultes et parmi eux les plus respectés, les anciens, qui se sentirent les plus directement visés. Dans ce contexte, le choix de ne vacciner que les enfants de moins de 5 ans au détriment de leurs aînés conduit naturellement à la thèse du complot.

Perte d'opportunité et effets pervers

Le domaine des connaissances et attitudes populaires semble être parfois considéré par les responsables sanitaires comme relevant de réalités molles, qui peuvent, sans grand dommage, être mises entre parenthèses le temps d'une action plus dure.

Bien qu'elles ne fournissent pas de preuves quantifiées, les illustrations précédentes montrent au contraire qu'à négliger la perspective des bénéficiaires, des actions comme les campagnes de masse pourraient bien avoir des effets contre-productifs sur la demande de vaccin. On peut en effet supposer que les déformations des messages que nous avons présentés contribuent à discréditer ce dernier ou du moins à entretenir durablement les confusions existantes. Et rien ne permet d'exclure que ces effets soient à l'échelle des efforts consentis pour la campagne.

Par ailleurs, on a constaté que vingt-cinq ans après la campagne d'éradication de la variole, certaines informations qui avaient été données à cette occasion

[8] Sur la douzaine de réunions observées, dans cinq-sixième des cas, il a été affirmé que les vaccins protégeaient contre un grand nombre voire contre toutes les maladies et dans la moitié d'entre elles la confusion entre les registres curatif et préventif a été faite explicitement.

étaient encore mobilisées comme cadre de référence pour comprendre la vaccination. Ceci donne à penser que ces contacts particuliers entre les populations locales et les services publics que sont les campagnes de masse, laissent des traces durables dans les mémoires. En outre, et indépendamment de l'impact des messages fantaisistes qu'elle a généré, la faible attention portée à l'information et à la communication constitue une perte d'opportunité importante étant donné le degré de compréhension qu'ont les populations du vaccin.

Cependant, si l'importance d'une stratégie cohérente et réfléchie de communication durant la campagne ne fait pas de doute, les différents aspects décrits ici en montrent aussi les difficultés. Il est douteux, étant donné les impératifs de couverture d'une action d'éradication, qu'une telle stratégie de communication soit pratiquement réalisable avec les moyens localement disponibles, si elle ne peut s'appuyer sur une pratique de la communication déjà bien établie dans les programmes de routine et une familiarité du personnel local à cette question. Dans la mesure où ces dernières conditions sont pour ainsi dire inexistantes dans la région considérée, les responsables de la campagne n'avaient guère les moyens de saisir cette opportunité pour promouvoir efficacement le vaccin.

Il reste néanmoins vrai que le peu de contrôle exercé sur les informations de base données à l'occasion de la promotion du vaccin favorise des dérives de sens qui permettent à des contradictions fondamentales (autoritarisme et problèmes de communication entre services de santé et communautés) de se reproduire.

Bibliographie

BLAND John et John CLEMENTS
1998. «Protecting the World's Children: The Story of WHO's Immunization Programme». *World Health Forum* (Genève) 19: 162-173.

GEFFRAY Christian et Mogens PEDERSEN
1985. «Transformação da organização social e do sistema agrário do campesinato no distrito do Erati: processo de socialização do campo e diferenciação social». *UEM/DAA* (Maputo): 1-101.

GREENOUGH Paul
1995a. «Global Immunization and Culture: Compliance and Resistance in Large-Scale Public Health Campaigns». *Social Science and Medicine* (Amsterdam) 41(5): 605-607.
1995b. «Intimidation, Coercion and Resistance in the Final Stages of the South Asian Smallpox Eradication Campaign, 1973-1975». *Social Science and Medicine* (Amsterdam) 41(5): 633-645.

HEGGENHOUGEN Kris and John CLEMENTS
1987. *Acceptability of Childhood Immunization: Social Science Perspectives*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine (Evaluation and Planning Centre for Health Care. Publication 14).

MURRAY Christopher J.L. and Alan D. LOPEZ
1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Disease, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020.* Cambridge: Harvard School of Public Health.

NICHTER Mark
1990. «Vaccination in South Asia: False Expectation and Commanding Metaphors», in: Jeannine COREIL et Dennis MULL (eds), *Anthropology and Primary Health Care,* p. 196-221. Boulder, Colorado: Westview Press
1995. «Vaccination in the Third World: A Consideration of Community Demand». *Social Science and Medicine* (Amsterdam) 41(5): 617-632.

STREEFLAND Pieter
2001. «Public Doubts About Vaccination Safety and Resistance Against Vaccination». *Health Policy* (Amsterdam) 55: 159-172.

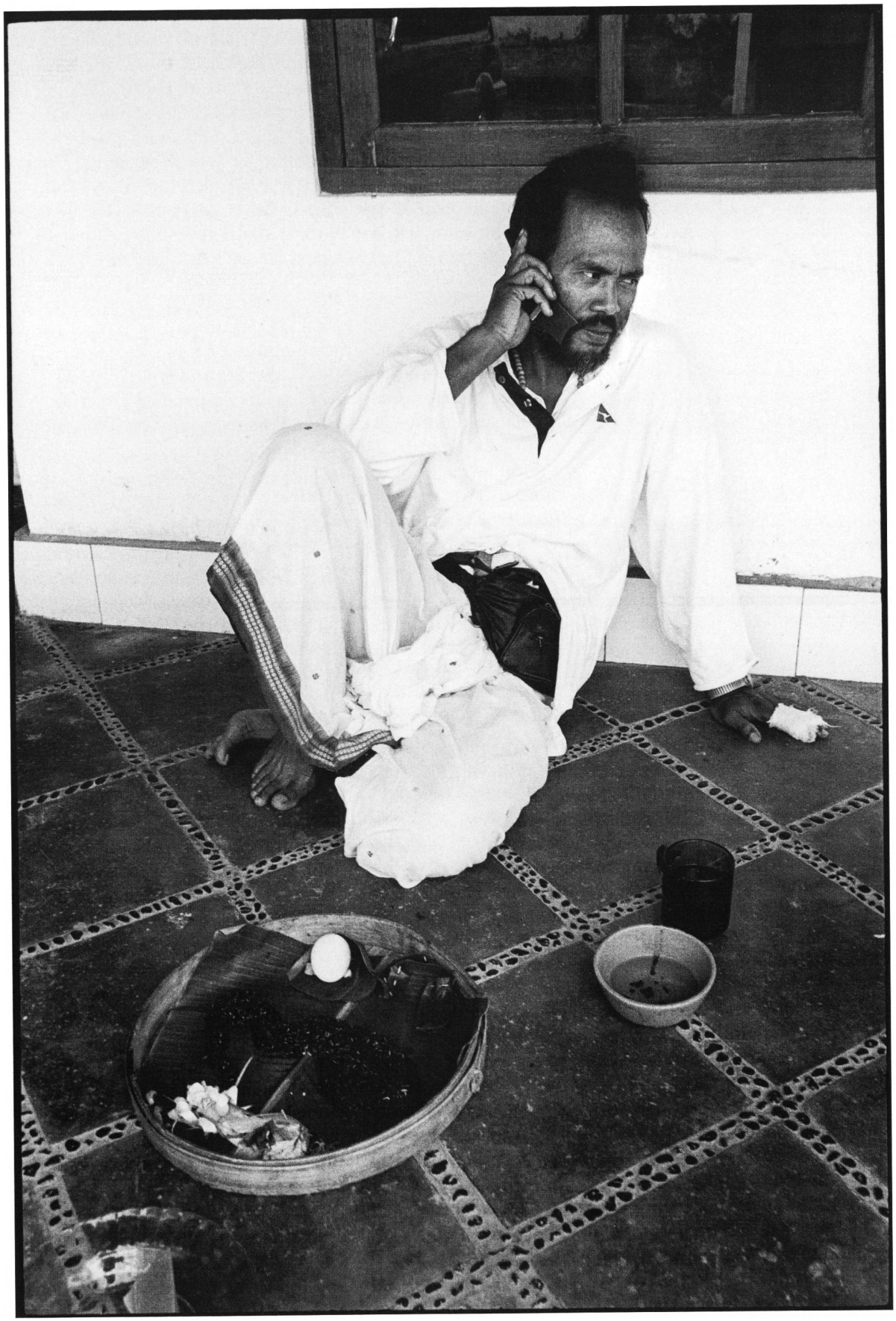
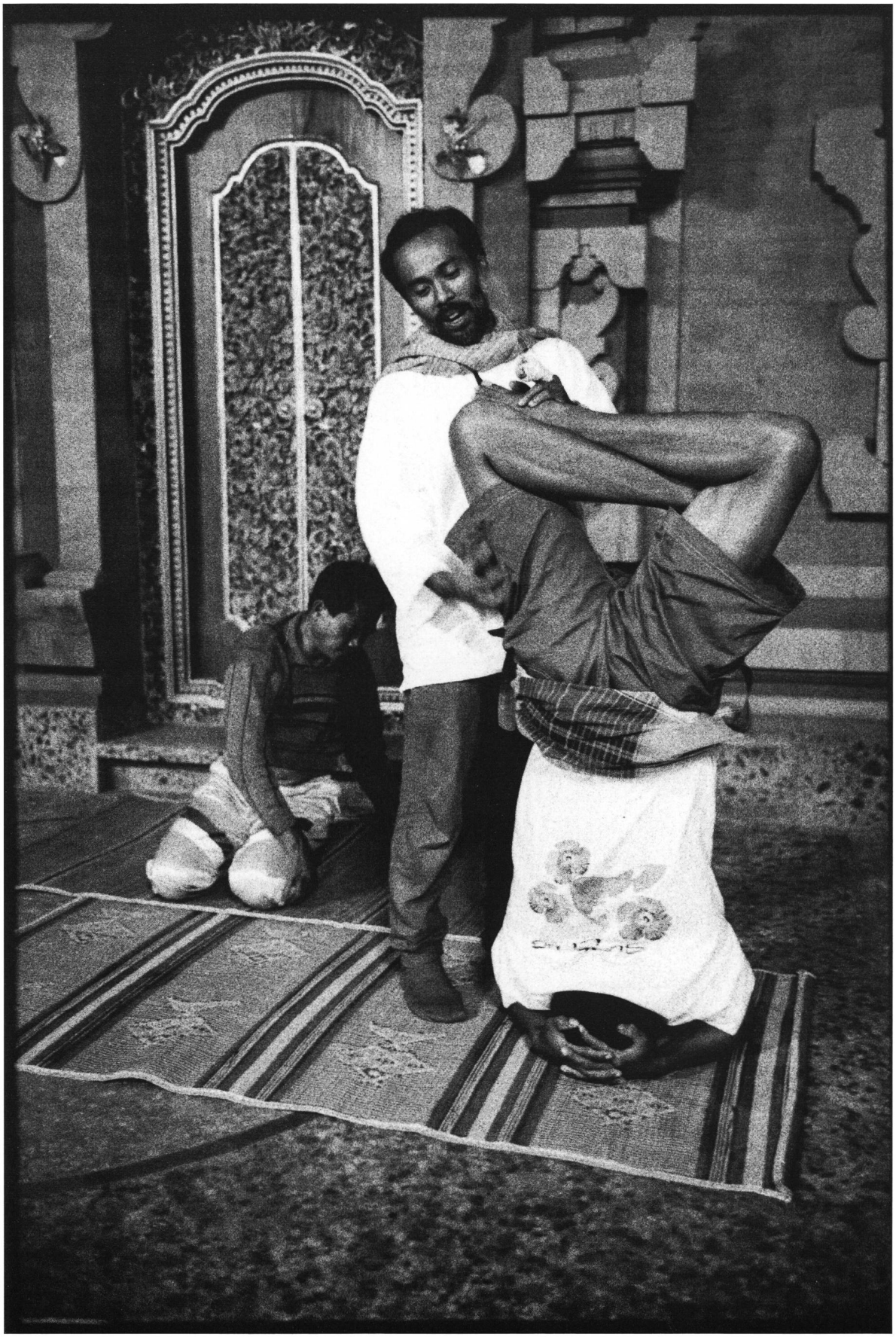
STREEFLAND Pieter, Mushtake A.R. CHOWDHURY and Pilar RAMOS-JIMENEZ
1999. «Patterns of Vaccination Acceptance». *Social Science and Medicine* (Amsterdam) 49: 1705-1716.

VIEBEKE REELER Anne
1990. «Injections: A Fatal Attraction?». *Social Science and Medicine* (Amsterdam) 31(10): 1119-1125.
VILLEN IGLESIAS Susana et Laurent RUEDIN
2001. *Diagnostico de Situação sobre a qualidade do atendimento nas unidades sanitárias do distrito de Chiúre*. SolidarMed (Lucerne): rapport non publié.
ZEMPLENI Andreas
1985. «La "maladie" et ses "causes"». *L'Ethnographie* (Paris) 96-97: 13-44.

Abstract

Public health and common sense: The ethnography of a mass vaccination campaign in northern Mozambique

The article is based on observations carried out in 1997 in the context of a poliomyelitis eradication campaign in northern Mozambique. It describes the social, cognitive and political aspects of this mass public health campaign at the local level. Ethnographic research allows us to gain insights into the interplay between factors such as lay perception of immunization, collective memory of relationships with the State and voluntarism in public service. In particular, this article seeks to demonstrate how a public policy focus on a high level of immunization coverage among vaccinators may lead to quality loss in communication with beneficiaries.

Auteur

Laurent Ruedin est physicien - mathématicien (PhD, ETHZ) et ethnologue (Université de Neuchâtel). Depuis cinq ans actif au Mozambique dans la recherche ethnographique (principalement en milieu rural), il appuie différents projets notamment dans le domaine de la santé.
Adresse permanente: Laurent Ruedin, Société 9, CH-2013 Colombier, e-mail: l.ruedin@net2000.ch