Représentations Sociales de la Vaccination et Logiques d'Hésitation Vaccinale à Bouafle (Côte d'Ivoire)

Gnènègnimin SORO
Enseignant-Chercheur,
Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)
sorognelson@gmail.com
Marie Sylvana BROU
Enseignante-Chercheure,
Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)
marie_sylvana@yahoo.fr
Williams Alain DAMO
Doctorant,
Université Alassane Ouattara (Bouaké-Côte d'Ivoire)
alainwilliamsdamo@gmail.com

Résumé

En Côte d'Ivoire, malgré les progrès réalisés dans la promotion de la vaccination, l'hésitation vaccinale demeure un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans les contextes locaux où les décisions sanitaires sont influencées par des facteurs sociaux, culturels et relationnels. Cette étude analyse les représentations sociales de la vaccination et les logiques d'hésitation vaccinale à Bouaflé, dans la région de la Marahoué. Elle repose sur une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs, des discussions de groupe et des observations de terrain réalisées auprès 35 participants, comprenant notamment 20 parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans (10 mères et 10 pères), 5 agents de santé, 5 leaders communautaires et 5 acteurs institutionnels. L'analyse, mobilisant la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961) et la théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky (1982), met en évidence que l'hésitation vaccinale ne constitue pas un simple refus des recommandations biomédicales, mais un processus social de construction du doute et d'évaluation des risques perçus. Les résultats révèlent plusieurs formes d'hésitation : les inquiétudes liées aux effets secondaires, les influences des croyances sociales, culturelles et religieuses, le retard vaccinal, l'acceptation sélective de certains vaccins et la méfiance envers certaines campagnes vaccinales. Ces attitudes sont façonnées par les rumeurs, les interactions communautaires, les expériences partagées et le niveau de confiance accordé aux institutions sanitaires. L'étude montre que l'adhésion vaccinale dépend autant de la disponibilité des vaccins que de la qualité des relations entre populations, professionnels de santé et acteurs communautaires. Elle souligne ainsi la nécessité de stratégies de communication participatives, culturellement adaptées et fondées sur le dialogue communautaire afin de renforcer durablement la confiance vaccinale.

Mots-clés : Bouaflé (Côte d'Ivoire), Dialogues communautaire, Hésitation vaccinale, Perceptions culturelles, Représentations sociales.

Abstract

In Côte d'Ivoire, despite progress in promoting vaccination, vaccine hesitancy remains a major public health concern, particularly in local contexts where health-related decisions are influenced by social, cultural and relational factors. This study analyses the social representations of vaccination and the underlying dynamics of vaccine hesitancy in Bouaflé, in the Marahoué region. It adopts a qualitative approach based on semi-structured interviews, group discussions and field observations conducted with 35 participants, including 20 parents of children aged 0 to 5 years (10 mothers and 10 fathers), 5 health workers, 5 community leaders and 5 institutional stakeholders. Drawing on Moscovici's (1961) theory of social representations and Douglas and Wildavsky's (1982) theory of cultural perceptions of risk, the analysis demonstrates that vaccine hesitancy is not simply a rejection of biomedical recommendations, but rather a social process through which doubt is constructed and perceived risks are assessed. The findings reveal several forms of hesitancy, including concerns about side effects, the influence of social, cultural and religious beliefs, delayed vaccination, selective acceptance of certain vaccines, and distrust of certain vaccination campaigns. These attitudes are shaped by rumours, community interactions, shared experiences and the level of trust placed in health institutions. The study shows that vaccine uptake depends not only on vaccine availability but also on the quality of relationships between communities, health professionals and community stakeholders. It therefore highlights the need for participatory, culturally appropriate communication strategies based on community dialogue in order to strengthen vaccine confidence sustainably.

Keywords: Bouaflé (Côte d'Ivoire), Community dialogue, Vaccine hesitancy , Cultural perceptions, Social representations

Introduction

La vaccination constitue l'une des stratégies de santé publique les plus efficaces dans la prévention des maladies infectieuses et la réduction de la mortalité évitable. Depuis l'instauration des Programmes de vaccination dans les années 1970, les campagnes vaccinales ont permis des avancées majeures dans le contrôle de maladies telles que la rougeole, la poliomyélite, la diphtérie, le tétanos et la fièvre jaune. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2024), la vaccination contribue chaque année à sauver plusieurs millions de vies dans le monde et représente un levier essentiel pour atteindre les objectifs de

couverture sanitaire universelle. Toutefois, malgré ces progrès, l'adhésion aux vaccins demeure confrontée à des disparités importantes, particulièrement dans les pays à revenu faible et intermédiaire où les facteurs sociaux, culturels, économiques et institutionnels influencent les comportements vaccinaux. L'hésitation vaccinale est devenue une problématique centrale des politiques sanitaires contemporaines. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2019) l'a identifiée comme l'une des principales menaces pour la santé mondiale en raison de son impact sur la couverture vaccinale entrainant ainsi la réapparition de maladies pourtant évitables. Selon MacDonald (2015), elle correspond au retard dans l'acceptation ou au refus de certains vaccins malgré leur disponibilité dans les services de santé. Cependant, cette notion ne peut être appréhendée uniquement comme un manque d'information ou une opposition irrationnelle des populations. Les recherches en sciences sociales montrent que l'hésitation vaccinale est un phénomène complexe résultant des expériences sociales, des rapports de confiance envers les institutions sanitaires, des croyances collectives et des représentations sociales de la maladie, du corps et du risque (Dubé et al., 2014 ; Larson et al., 2022). En Côte d'Ivoire, la vaccination constitue une priorité nationale à travers le Programme élargi de vaccination (PEV). Le pays a enregistré des progrès significatifs dans l'amélioration de la couverture vaccinale. Toutefois, les données de l'OMS et de l'UNICEF (WHO/UNICEF, 2024) indiquent que des écarts persistent selon les régions, les conditions socio-économiques des ménages et l'accessibilité aux structures sanitaires. Ces disparités montrent que la disponibilité des vaccins ne garantit pas automatiquement leur acceptation sociale, car les décisions vaccinales sont également influencées par les perceptions, les expériences et les interactions quotidiennes des populations avec le système de santé. La pandémie de COVID-19 a renforcé la visibilité des dimensions sociales de l'hésitation vaccinale en Afrique. Plusieurs études ont montré que les réticences observées face aux vaccins contre la COVID-19 étaient associées à des préoccupations relatives aux effets secondaires, à la rapidité de développement des vaccins, à leur origine étrangère ou encore à une défiance envers les institutions sanitaires et politiques (Sallam, 2021 ; Dinga et al., 2022). Ces inquiétudes se diffusent à travers différents espaces sociaux : familles, communautés religieuses,

réseaux de proximité, médias traditionnels et plateformes numériques. Ainsi, les discours sur les vaccins ne relèvent pas uniquement du domaine médical, mais s'inscrivent dans des processus sociaux de construction du sens. Dans les communautés locales ivoiriennes, les populations interprètent les messages sanitaires à partir de leurs propres expériences, valeurs culturelles et systèmes de connaissances. Les travaux en anthropologie et sociologie de la santé montrent que les savoirs biomédicaux coexistent avec des savoirs profanes qui participent à la compréhension de la maladie, de la prévention et des pratiques thérapeutiques (Herzlich, 1969 ; Kleinman, 1980). La vaccination devient alors un objet social autour duquel se confrontent plusieurs formes de savoirs : discours scientifiques, recommandations institutionnelles, croyances locales et expériences individuelles ou collectives. Dans la ville de Bouaflé, située dans la région de la Marahoué, ces dynamiques méritent une attention particulière. Malgré les campagnes de sensibilisation et les efforts des acteurs sanitaires, certaines populations manifestent encore des réserves, des interrogations ou des attitudes d'attente vis-à-vis de la vaccination. Ces comportements ne peuvent être réduits à un simple refus du vaccin, mais doivent être analysés comme le produit de représentations sociales construites autour de la confiance, du risque sanitaire et des expériences vécues. Cette étude se propose donc d'analyser les représentations sociales de la vaccination et les logiques d'hésitation vaccinale à Bouaflé (Côte d'Ivoire). Elle adopte une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs, des discussions de groupes auprès des populations, des acteurs communautaires et des professionnels de santé. L'objectif est de comprendre comment les individus construisent leurs perceptions des vaccins, comment ils négocient leur confiance envers les institutions sanitaires et quels facteurs sociaux et culturels influencent leurs décisions vaccinales. La présentation des résultats s'articulera autour de deux axes : d'une part, l'analyse des représentations sociales associées à la vaccination ; d'autre part, l'étude des logiques sociales, culturelles et religieuses qui expliquent les formes d'hésitation vaccinale observées à Bouaflé.

1. Méthodologie

1.1. Contexte de l'étude

L'étude s'est déroulée à Bouaflé, chef-lieu de la région de la Marahoué, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire. Cette région, couvrant environ 9 092 km², compte 981 180 habitants selon le RGPH (2021). Caractérisée par une diversité socioculturelle dominée par les populations Gouro, Baoulé et d'autres communautés migrantes, elle constitue un espace d'interactions entre pratiques biomédicales et savoirs locaux. La recherche a concerné plus précisément la ville de Bouaflé et ses localités périphériques, où les programmes de vaccination coexistent avec des croyances, rumeurs et représentations sociales influençant les perceptions des vaccins et les comportements d'adhésion.

1.2. Type d'étude

La présente recherche s'inscrit dans une démarche exclusivement qualitative, en cohérence avec l'objectif d'analyser les représentations sociales de la vaccination et les logiques d'hésitation vaccinale à Bouaflé. Ce choix méthodologique vise à comprendre en profondeur les perceptions, les expériences, les croyances et les mécanismes sociaux qui influencent les décisions vaccinales des populations. L'étude mobilise des entretiens individuels, des discussions de groupe et des observations auprès des parents, des agents de santé, des leaders communautaires et des acteurs institutionnels. L'approche qualitative permet ainsi d'explorer les significations attribuées aux vaccins, les dynamiques de confiance et les processus sociaux de construction du doute vaccinal.

1.3. Population d'étude

La population d'étude est constituée des acteurs sociaux impliqués dans les pratiques, perceptions et décisions relatives à la vaccination dans la ville de Bouaflé et ses localités périphériques, au sein de la région de la Marahoué. Pour analyser les logiques sociales de l'hésitation vaccinale, l'étude a mobilisé 35 participants, comprenant notamment 20 parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans (10 mères et 10 pères), 5 agents de santé, 5 leaders communautaires et 5 acteurs

institutionnels. Les parents ont été retenus afin d'explorer leurs expériences, croyances et arbitrages liés à la vaccination infantile. Les agents de santé ont permis d'identifier les enjeux de communication et d'offre vaccinale. Les leaders communautaires et acteurs institutionnels ont été intégrés en raison de leur rôle dans la médiation sociale, la diffusion des messages sanitaires et la consolidation de la confiance envers les programmes de vaccination. Cette pluralité d'acteurs favorise une compréhension globale des représentations sociales et des pratiques vaccinales.

1.4. Données et techniques utilisées

Les données de cette étude, exclusivement qualitatives, ont été collectées en septembre 2025 à travers des entretiens semi-directifs, des discussions de groupe et des observations de terrain. Les participants ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné, en ciblant les parents d'enfants de 0 à 5 ans, les agents de santé, les leaders communautaires et les acteurs institutionnels impliqués dans la vaccination. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive visant à identifier les représentations sociales, les croyances, les perceptions du risque et les logiques d'hésitation vaccinale au sein des populations enquêtées.

1.5. Variables principales et secondaires

Dans cette étude, la variable principale est l'hésitation vaccinale, appréhendée à travers les attitudes, perceptions et comportements des populations face à la vaccination infantile à Bouaflé. Les variables secondaires concernent les facteurs socioculturels et religieux (croyances sur la maladie, normes communautaires, influence des leaders), les dimensions informationnelles et communicationnelles (rumeurs, circulation des messages sanitaires, sources d'information) ainsi que les facteurs institutionnels (confiance envers les agents de santé, qualité de la communication et relations avec les services sanitaires). Ces variables permettent d'analyser les mécanismes sociaux de construction du doute, les logiques d'acceptation ou de retard vaccinal et les conditions favorisant l'adhésion aux vaccins.

1.6. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de cette étude qualitative ont été définis afin de sélectionner des participants disposant d'expériences pertinentes sur la vaccination et l'hésitation vaccinale. Les parents retenus devaient avoir au moins un enfant âgé de 0 à 5 ans, résider dans la zone d'étude et avoir été confrontés aux décisions relatives à la vaccination infantile. Les agents de santé devaient être directement impliqués dans les activités du Programme Élargi de Vaccination (PEV). Les leaders communautaires et acteurs institutionnels devaient exercer une fonction reconnue dans la sensibilisation ou la mobilisation sociale. Tous les participants devaient accepter librement de participer à l'étude et partager leurs perceptions.

1.7. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion ont été définis afin de préserver la cohérence et la qualité des informations recueillies. Ont été exclus les parents ne résidant pas dans la zone d'étude, n'ayant pas d'enfant âgé de 0 à 5 ans ou n'étant pas concernés par les pratiques vaccinales infantiles. Les agents de santé non impliqués dans les activités de vaccination, ainsi que les leaders communautaires et acteurs institutionnels sans rôle dans la sensibilisation ou la mobilisation vaccinale, n'ont pas été retenus. Les personnes indisponibles, refusant de participer à l'étude ou ne donnant pas leur consentement éclairé ont également été exclues de l'enquête.

1.8. Considérations éthiques

Cette étude a été réalisée dans le respect des principes éthiques applicables aux recherches en sciences sociales. La participation des enquêtés était libre et volontaire, après obtention d'un consentement éclairé avant chaque entretien ou discussion de groupe. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été garantis par la codification des participants et la sécurisation des données. Les enquêtés pouvaient se retirer de l'étude à tout moment sans aucune conséquence. Par ailleurs, la recherche a pris en compte les réalités socioculturelles locales en respectant les autorités communautaires et les normes relationnelles du milieu d'étude, afin d'assurer la protection des participants et la fiabilité des résultats.

1.9. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée selon une approche qualitative thématique inductive, visant à identifier et interpréter les significations sociales associées à la vaccination et aux logiques d'hésitation vaccinale à Bouaflé. Après transcription intégrale des entretiens et discussions de groupe, les données ont été codées afin de faire émerger les principaux thèmes relatifs aux perceptions des vaccins, aux croyances socioculturelles, aux rumeurs, à la confiance institutionnelle et aux formes d'adhésion ou de réticence vaccinale. Deux cadres théoriques ont orienté l'interprétation. La théorie des représentations sociales de Moscovici (1961), qui considère les connaissances collectives comme des constructions sociales permettant aux individus d'interpréter leur réalité, a permis d'analyser la manière dont les communautés donnent sens aux vaccins et aux risques associés. La théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky (1982) a permis d'examiner l'influence des normes, valeurs et appartenances sociales dans l'évaluation du danger vaccinal. Ces approches ont contribué à comprendre l'hésitation vaccinale comme un phénomène socialement construit.

2. Résultats

Cette section analyse les perceptions locales associées à la vaccination ainsi que les différentes formes d'hésitation vaccinale observées au sein des populations de Bouaflé. Elle met en évidence la manière dont les individus construisent leurs représentations des vaccins à partir de leurs expériences sanitaires, des informations reçues, des croyances socioculturelles et des interactions avec les acteurs de santé. L'analyse examine également les logiques sociales qui sous-tendent le retard vaccinal, l'acceptation partielle de certains vaccins ou encore la méfiance envers certaines campagnes de vaccination. Elle montre ainsi que l'hésitation vaccinale constitue un phénomène complexe, inscrit dans des contextes sociaux et culturels spécifiques.

2.1. Perceptions locales des vaccins

La présente rubrique développe les perceptions locales des vaccins en mettant en évidence les différentes manières dont les populations

construisent du sens autour de la vaccination. Elle examine, d'une part, les représentations positives associées aux vaccins, notamment leur rôle dans la prévention des maladies et la protection de la santé individuelle et collective. D'autre part, elle explore les inquiétudes, les craintes et les réserves exprimées par les populations face aux effets indésirables ou aux incertitudes liées aux vaccins. Enfin, l'analyse prend en compte l'influence des croyances sociales, culturelles et religieuses qui façonnent les attitudes et les pratiques vaccinales.

2.1.1. Représentations positives de la vaccination

Les représentations positives de la vaccination renvoient aux perceptions favorables des populations quant à son efficacité pour prévenir les maladies et protéger la santé. Elles contribuent à réduire l'hésitation vaccinale en renforçant la confiance envers les vaccins, les professionnels de santé et les programmes de vaccination. Les entretiens réalisés montrent que les représentations positives de la vaccination reposent essentiellement sur les bénéfices sanitaires perçus, la confiance envers les professionnels de santé et les effets visibles des campagnes de vaccination. Ces représentations favorisent l'adhésion des parents aux programmes vaccinaux, tout en révélant que cette adhésion demeure influencée par des facteurs sociaux susceptibles d'alimenter l'hésitation vaccinale. Les discours indiquent que la décision de faire vacciner les enfants résulte d'un processus de construction sociale où se combinent expériences personnelles, informations médicales et interactions avec l'entourage. Cette perception favorable est illustrée par le témoignage d'une mère qui déclare : *« Je vaccine mon enfant parce que je pense que les vaccins le protègent contre les maladies graves. Depuis qu'il est suivi au centre de santé, il tombe moins souvent malade et grandit normalement. »* (Entretien individuel-Mère1 (enfant-5 ans), Bouaflé, septembre 2025). Son expérience renforce sa conviction quant à l'efficacité des vaccins, les bénéfices observés dans l'état de santé de son enfant constituant une preuve concrète de leur utilité. Toutefois, cette confiance demeure vulnérable aux rumeurs et aux discours contradictoires diffusés dans l'environnement social, susceptibles de fragiliser cette représentation positive. Le témoignage d'un père confirme cette articulation entre confiance et incertitude : *« Pour moi, la vaccination est importante pour assurer l'avenir de mes enfants.*

Même si certaines personnes doutent, je préfère suivre les conseils des agents de santé pour protéger leur santé. » (Entretien individuel-Père1 (enfant-5 ans), Bouaflé, septembre 2025). Ce discours révèle que les parents évoluent dans un contexte où circulent des opinions divergentes sur les vaccins. Malgré ces influences, le répondant choisit de faire confiance aux professionnels de santé, ce qui traduit une hésitation vaccinale maîtrisée. Le doute est présent dans son environnement, mais il ne conduit pas au rejet de la vaccination grâce à la crédibilité accordée aux institutions sanitaires. Les professionnels de santé mettent en évidence l'importance de la communication dans la consolidation de cette confiance. Une sage-femme affirme : *« Beaucoup de parents comprennent aujourd'hui l'importance des vaccins. Lorsque nous expliquons leur utilité, certains acceptent facilement et reviennent régulièrement pour respecter le calendrier vaccinal des enfants. »* (Entretien individuel-Agent de santé-sage-femme-Bouflé-(PEV), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage montre que l'information et les échanges avec les populations contribuent à réduire les incertitudes et à renforcer l'adhésion vaccinale. À l'inverse, une communication insuffisante favorise l'émergence des doutes et peut accentuer les comportements d'hésitation. Cette analyse est renforcée par les propos d'un autre agent de santé : *« Les campagnes de vaccination ont permis de réduire plusieurs maladies infantiles dans notre zone. Notre priorité est de renforcer la confiance des populations envers les services de santé. »* (Entretien individuel-Agent de santé (DD-Covid-19), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage souligne que les résultats positifs des campagnes vaccinales sont largement reconnus, mais que leur succès dépend également de la qualité de la relation de confiance entre les populations et les services de santé. Dans l'ensemble, les résultats montrent que les représentations positives de la vaccination reposent sur l'expérience des bénéfices sanitaires, la confiance envers les professionnels de santé et la reconnaissance des effets des campagnes de vaccination. Toutefois, ces perceptions s'inscrivent dans un contexte où persistent des rumeurs et des opinions divergentes. L'hésitation vaccinale apparaît ainsi comme un processus de réflexion influencé par les interactions sociales plutôt que comme un refus systématique de la vaccination. Le renforcement de la communication, de la proximité des services de santé et de la confiance institutionnelle

demeure dès lors un levier essentiel pour consolider l'adhésion vaccinale.

2.1.2. Inquiétudes et craintes liées aux vaccins

Les inquiétudes et craintes liées aux vaccins regroupent les perceptions de risques associés à leur sécurité, leurs effets secondaires ou leur efficacité. Alimentées par les rumeurs, les croyances et la désinformation, elles favorisent la méfiance et renforcent l'hésitation vaccinale au sein des populations. Les données recueillies montrent que les inquiétudes et les craintes liées aux vaccins constituent un déterminant majeur de l'hésitation vaccinale. Elles s'inscrivent dans un contexte où les rumeurs, les informations contradictoires et les interprétations profanes des risques sanitaires influencent fortement les décisions des parents. L'hésitation vaccinale apparaît ainsi comme une construction sociale du risque, façonnée par les interactions communautaires, les expériences partagées et les savoirs informels, plutôt que par les seules connaissances biomédicales. Cette réalité est illustrée par le témoignage d'une mère qui déclare : *« J'ai parfois peur de certains vaccins parce que j'entends des histoires dans le quartier. Des femmes disent que certains produits peuvent rendre les enfants malades ou provoquer des problèmes plus tard. »* (Entretien individuel-Mère2 (enfant-5 ans), Bouaflé, septembre 2025). Ce discours montre que les craintes sont principalement nourries par les récits circulant dans le voisinage. Les échanges communautaires, notamment entre femmes, contribuent à construire une perception du vaccin comme une source potentielle de danger. Les effets secondaires supposés, relayés par les rumeurs, renforcent l'incertitude et peuvent conduire certains parents à différer ou à remettre en question la vaccination, sans pour autant disposer de preuves scientifiques. La même dynamique apparaît dans les discussions de groupe. Un participant explique : « *Avant de faire vacciner mon enfant, je cherche toujours des informations. Certaines rumeurs circulent et créent des inquiétudes, surtout lorsqu'on ne comprend pas clairement les effets du vaccin.* » (Discussion de groupe H1-U-PEV, Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage révèle que l'hésitation vaccinale se traduit davantage par un besoin de réassurance que par un refus systématique de la vaccination. Les parents cherchent à vérifier les informations avant de prendre une décision. Cependant, lorsque les explications

médicales sont insuffisantes ou peu accessibles, les informations informelles prennent une place prépondérante dans le processus décisionnel, favorisant ainsi les comportements d'attente ou de retard vaccinal. Les professionnels de santé confirment l'importance des rumeurs dans la construction de cette hésitation. Un agent de santé souligne : *« Les rumeurs constituent un obstacle important. Certaines familles hésitent parce qu'elles ont entendu des informations non vérifiées, notamment sur les conséquences supposées des vaccins. »* (Entretien individuel-Agent de santé (3-CPEV-Covid-19), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage met en évidence que les informations non vérifiées, diffusées dans les communautés ou sur les réseaux sociaux, fragilisent la confiance envers les programmes de vaccination et renforcent les doutes des familles. Dans l'ensemble, les résultats montrent que les inquiétudes liées aux vaccins traduisent une tension permanente entre la volonté de protéger les enfants contre les maladies et la peur des effets secondaires attribués aux vaccins. L'hésitation vaccinale apparaît ainsi comme un processus de doute, de recherche d'informations et d'évaluation des risques perçus. Les témoignages soulignent enfin que la lutte contre les rumeurs, l'amélioration de la communication de proximité et le renforcement de la confiance envers les professionnels de santé constituent des conditions essentielles pour réduire les craintes, favoriser l'adhésion vaccinale et améliorer durablement la couverture vaccinale.

2.1.3. Croyances sociales, culturelles et religieuses influençant les attitudes

Les croyances sociales, culturelles et religieuses façonnent les attitudes envers la vaccination en influençant les perceptions de la maladie, du corps et des soins. Selon les contextes, elles peuvent favoriser l'adhésion aux vaccins ou, au contraire, alimenter les réticences et l'hésitation vaccinale. Les données recueillies montrent que l'hésitation vaccinale s'inscrit dans un ensemble complexe de représentations sociales, culturelles et religieuses qui influencent les perceptions de la maladie, les pratiques de prévention et les décisions familiales. Les attitudes à l'égard de la vaccination ne reposent donc pas uniquement sur des considérations biomédicales, mais résultent d'une interaction entre les connaissances sanitaires et les systèmes locaux d'interprétation de la santé et de la maladie. Les croyances

relatives aux causes des maladies infantiles jouent notamment un rôle déterminant dans l'acceptation ou le retard de recours aux vaccins. Une mère explique ainsi : « *Dans certaines familles, on pense encore que les maladies des enfants viennent de causes naturelles ou spirituelles. Ces croyances influencent parfois la décision de vacciner les enfants.* » (Entretien individuel-Mère1 (enfant-5 ans), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage montre que lorsque certaines pathologies sont attribuées à des causes spirituelles, à des malédictions ou à des forces invisibles, la vaccination peut être considérée comme une réponse partielle ou inappropriée. L'hésitation vaccinale apparaît alors comme une conséquence de la coexistence de plusieurs systèmes explicatifs de la maladie, plutôt que comme un simple rejet des recommandations médicales. Les résultats issus des discussions de groupe soulignent également l'importance des normes sociales et de l'influence des figures d'autorité dans les choix vaccinaux. Un participant affirme : *« Certaines personnes préfèrent écouter les conseils des anciens ou des responsables religieux avant d'accepter un vaccin. Les traditions jouent encore un rôle dans les décisions familiales.* » (Discussion de groupe H1-U-PEV, Bouaflé, septembre 2025). Cette perception met en évidence le caractère collectif de la décision vaccinale, souvent négociée au sein des familles et des communautés. Les anciens, les chefs de famille et les responsables religieux disposent d'une forte légitimité sociale, susceptible d'orienter les comportements, parfois au détriment des recommandations sanitaires lorsque les discours apparaissent contradictoires. Les acteurs institutionnels reconnaissent également l'importance de ces dimensions socioculturelles. Un partenaire local souligne : « *Les facteurs culturels influencent encore l'adhésion vaccinale. C'est pourquoi nous impliquons les chefs communautaires et religieux pour faciliter l'acceptation des messages sanitaires.* » (Entretien individuel-Partenaire local 3 (Sous-préfet), Bouaflé, septembre 2025). Cette approche traduit la nécessité d'intégrer les acteurs communautaires dans les stratégies de promotion vaccinale afin de renforcer la confiance, d'améliorer la circulation des messages sanitaires et de favoriser l'appropriation locale des interventions. Ainsi, l'analyse révèle que l'hésitation vaccinale constitue un phénomène socialement construit, influencé par les croyances, les traditions et les rapports d'autorité au sein des communautés. Les

représentations culturelles et religieuses ne conduisent pas systématiquement au refus des vaccins, mais modulent les perceptions du risque, les délais d'adhésion et les conditions d'acceptation. La réduction de cette hésitation nécessite donc des stratégies de communication adaptées aux réalités locales, fondées sur le dialogue avec les leaders communautaires et religieux, la reconnaissance des savoirs locaux et le renforcement durable de la confiance entre les populations et les services de santé.

2.2. Formes d'hésitation vaccinale chez les populations

Les formes d'hésitation vaccinale observées au sein des populations traduisent des comportements variés qui se situent entre l'adhésion complète et le refus de la vaccination. Elles reflètent un processus de prise de décision influencé par les perceptions du risque, les expériences individuelles, les interactions sociales ainsi que la confiance accordée aux institutions sanitaires. L'hésitation vaccinale ne se manifeste donc pas de manière uniforme, mais selon différentes modalités qui affectent l'adhésion aux programmes de vaccination. Cette section analyse successivement trois principales formes d'hésitation identifiées sur le terrain : le retard ou l'attente avant la vaccination, l'acceptation sélective de certains vaccins, puis le refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales.

2.2.1. Retard ou attente avant la vaccination

Le retard ou l'attente avant la vaccination désigne le report volontaire ou involontaire de l'administration d'un vaccin pourtant disponible. Cette forme d'hésitation vaccinale résulte de doutes, de contraintes pratiques ou d'une volonté d'observer les effets du vaccin avant de s'y engager. Les données recueillies montrent que le retard ou l'attente avant la vaccination constitue une forme importante d'hésitation vaccinale observée auprès des populations enquêtées. Contrairement au refus catégorique des vaccins, cette attitude se manifeste par un report volontaire ou involontaire de l'administration vaccinale. Elle traduit moins une opposition au principe de vaccination qu'un processus d'incertitude au cours duquel les parents cherchent à évaluer les risques, à obtenir des garanties et à être rassurés avant de prendre une décision. Le retard vaccinal apparaît ainsi comme une stratégie de gestion du risque perçu, influencée par l'état de santé de l'enfant, les

informations contradictoires circulant dans l'environnement social et le niveau de confiance accordé aux services de santé. Cette réalité est illustrée par les propos d'une participante : « *Il m'arrive de retarder la vaccination lorsque mon enfant est malade ou lorsque j'entends des avis contradictoires. J'attends souvent d'être rassurée avant de retourner au centre de santé.* » (Discussion de groupe F1-U-PEV, Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage met en évidence que le report vaccinal repose principalement sur deux dimensions. D'une part, la perception de la maladie de l'enfant conduit certains parents à considérer que la vaccination doit être différée afin d'éviter des complications supposées. D'autre part, la présence de discours divergents ou d'informations incertaines renforce les doutes et favorise une attitude d'attente. Le retard devient alors une manière de gérer une situation perçue comme risquée, sans pour autant constituer un rejet définitif de la vaccination. Les observations des professionnels de santé confirment cette forme particulière d'hésitation. Un agent de santé explique : « *Certains parents ne refusent pas directement la vaccination, mais ils reportent les rendez-vous. Ces retards peuvent compromettre le respect du calendrier vaccinal recommandé.* » (Entretien individuel-Agent de santé (Infirmier), Bouaflé, septembre 2025). Ce discours souligne que les familles demeurent généralement favorables à la vaccination, mais que les reports successifs peuvent perturber la continuité du suivi vaccinal. Ces comportements représentent un enjeu pour les programmes de santé publique, car le non-respect du calendrier réduit la protection individuelle et collective contre les maladies évitables. L'analyse des témoignages révèle ainsi que le retard vaccinal constitue une forme discrète d'hésitation. Les parents maintiennent souvent un contact avec les structures sanitaires, mais leurs décisions restent conditionnées par leurs perceptions, leurs expériences et les informations disponibles dans leur entourage. Cette situation témoigne d'une fragilité de la confiance vaccinale et d'un besoin accru d'accompagnement. La réduction de cette forme d'hésitation nécessite donc des interventions fondées sur l'écoute, la communication adaptée et le renforcement de la relation de confiance entre les familles et les professionnels de santé. Une information claire, contextualisée et régulière peut contribuer à rassurer les parents, à limiter les reports répétés et à favoriser une meilleure adhésion au calendrier vaccinal recommandé.

2.2.2. Acceptation sélective des vaccins

L'acceptation sélective de certains vaccins désigne une adhésion différenciée aux programmes de vaccination, où certaines personnes acceptent des vaccins jugés utiles tout en refusant ou reportant d'autres. Cette attitude traduit une hésitation vaccinale fondée sur une évaluation perçue des risques et des bénéfices. Les données recueillies mettent en évidence une forme spécifique d'hésitation vaccinale : l'acceptation sélective des vaccins. Cette attitude se caractérise par une adhésion différenciée aux programmes vaccinaux, certaines populations acceptant les vaccins considérés comme connus et éprouvés, tout en manifestant des réserves à l'égard des vaccins récemment introduits. Cette situation ne traduit pas un rejet global de la vaccination, mais plutôt un processus d'évaluation sociale des risques fondé sur les expériences antérieures, les informations disponibles, l'environnement relationnel et le niveau de confiance envers les institutions sanitaires. Cette logique apparaît dans le témoignage d'une mère : *« J'accepte les vaccins que je connais depuis longtemps, mais pour les nouveaux vaccins, je préfère demander conseil autour de moi avant de les accepter. »* (Entretien individuel-Mère 5 (enfant-5 ans), Bouaflé, septembre 2025). Ce discours montre que l'ancienneté d'un vaccin constitue un facteur important dans la construction de la confiance. Les vaccins intégrés depuis longtemps dans les pratiques sanitaires bénéficient d'une légitimité sociale renforcée, tandis que les nouvelles interventions vaccinales sont davantage soumises à des questionnements. La mère ne rejette donc pas la vaccination, mais cherche à réduire son incertitude en mobilisant son réseau social. La famille, les proches et les membres de la communauté deviennent ainsi des sources d'information influençant les décisions sanitaires. Les propos des professionnels de santé confirment cette dynamique. Une sage-femme explique : *« Plusieurs parents acceptent les vaccins du calendrier classique, mais hésitent davantage lorsque de nouveaux vaccins sont introduits. C'est le cas du vaccin contre le col de l'utérus, pour les filles de 9 ans. Les parents hésitent beaucoup. »* (Entretien individuel-Agent de santé (Sage-femme), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage souligne que l'introduction de nouveaux vaccins bouleverse les repères habituels des populations. Le vaccin contre le papillomavirus humain

(HPV), destiné à prévenir le cancer du col de l'utérus, suscite notamment des interrogations liées aux représentations sociales de la sexualité, de la puberté et de la santé reproductive des jeunes filles. Les hésitations observées dépassent donc les considérations biomédicales et s'inscrivent dans un ensemble de normes culturelles et sociales. L'analyse montre ainsi que l'acceptation sélective relève d'un processus d'appropriation sociale de l'innovation médicale. L'adoption d'un nouveau vaccin dépend non seulement de son efficacité scientifique, mais aussi de la manière dont il est compris, discuté et légitimé dans l'espace communautaire. Les populations évaluent les innovations sanitaires à partir des récits circulant dans leur environnement, des échanges sociaux et de la confiance accordée aux acteurs institutionnels. En définitive, l'acceptation sélective révèle une hésitation vaccinale fondée sur la prudence et la recherche de garanties plutôt que sur un refus de la vaccination. Elle souligne la nécessité de renforcer la communication autour des nouveaux vaccins, d'impliquer les acteurs communautaires et d'adapter les messages sanitaires aux réalités socioculturelles locales afin de favoriser leur appropriation durable.

2.2.3. Refus ou méfiance envers certaines campagnes vaccinales

Le refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales renvoie à une défiance ciblée à l'égard de programmes de vaccination spécifiques. Alimentée par des doutes sur leur sécurité, leur utilité ou leurs intentions, cette attitude renforce l'hésitation vaccinale et limite l'adhésion des populations. Les données recueillies montrent que le refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales constitue une autre manifestation de l'hésitation vaccinale observée dans les communautés enquêtées. Contrairement à une opposition générale à la vaccination, cette méfiance concerne principalement des campagnes spécifiques, souvent caractérisées par l'introduction de nouveaux vaccins, un contexte d'urgence sanitaire ou une communication jugée insuffisante. Cette attitude traduit une crise de confiance davantage qu'un rejet de la science. Elle résulte d'un processus de construction sociale du doute, dans lequel les représentations collectives, les rumeurs et les relations entre les populations et les institutions sanitaires jouent un rôle déterminant. Cette réalité est illustrée par les propos d'une participante qui affirme *: « Certaines campagnes m'ont*

inquiétée parce que des personnes disaient qu'on ne connaissait pas suffisamment le vaccin. Ces paroles ont créé beaucoup de méfiance dans notre entourage. » (Discussion de groupe F1-U-PEV, Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage montre que la perception des campagnes vaccinales est fortement influencée par les échanges sociaux. Les inquiétudes exprimées ne proviennent pas d'une expérience personnelle négative, mais des discours relayés par l'entourage. Les conversations au sein des familles, des quartiers ou des groupes de proximité deviennent des espaces de production et de diffusion des représentations sociales du risque. Lorsque des informations non vérifiées circulent sur l'efficacité ou l'innocuité d'un vaccin, elles alimentent un climat de suspicion susceptible d'affaiblir l'adhésion aux campagnes de vaccination. La méfiance apparaît ainsi comme un phénomène collectif, construit à travers les interactions sociales plutôt qu'à partir de preuves scientifiques. Cette analyse est renforcée par les propos d'un partenaire institutionnel qui souligne : « *La réussite des campagnes vaccinales dépend de la confiance entre les autorités, les agents de santé et les populations. Nous devons maintenir un dialogue permanent avec les communautés. »* (Entretien individuel-Partenaire local 2 (Maire), Bouaflé, septembre 2025). Ce témoignage met en évidence que la réussite des campagnes de vaccination repose autant sur la qualité des relations sociales que sur la disponibilité des vaccins. La confiance constitue une ressource sociale indispensable au fonctionnement des politiques de santé publique. Lorsque les populations perçoivent les autorités sanitaires comme transparentes, accessibles et à l'écoute de leurs préoccupations, elles sont davantage disposées à adhérer aux campagnes vaccinales. À l'inverse, un déficit de dialogue favorise l'émergence de soupçons, de rumeurs et de comportements de refus ou de retrait. Ces résultats montrent que les campagnes de vaccination ne sont pas de simples interventions biomédicales ; elles constituent également des processus sociaux où se négocient la légitimité des institutions, la crédibilité des messages de santé et la confiance des citoyens. L'hésitation vaccinale apparaît ainsi comme le produit d'interactions entre les acteurs institutionnels et les communautés. Les individus évaluent les campagnes non seulement en fonction des caractéristiques du vaccin, mais également à partir de la manière dont les autorités communiquent, répondent aux inquiétudes et associent

les populations aux actions de prévention. En conséquence, le refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales reflète souvent une remise en question des modalités de gouvernance sanitaire plutôt qu'une contestation systématique de la vaccination. Les témoignages montrent que la méfiance envers certaines campagnes vaccinales est principalement alimentée par les rumeurs, les informations non vérifiées et les incertitudes entourant certains vaccins. Cette méfiance se construit dans les interactions sociales et fragilise la confiance accordée aux programmes de vaccination. Les résultats soulignent également que l'acceptation des campagnes vaccinales dépend largement de la qualité des relations entre les autorités sanitaires, les professionnels de santé et les communautés. Le renforcement du dialogue communautaire, la transparence de l'information et l'implication des acteurs locaux apparaissent ainsi comme des conditions essentielles pour réduire les comportements de méfiance, limiter l'hésitation vaccinale et consolider durablement l'adhésion des populations aux campagnes de vaccination.

3. Discussion

Cette section met en perspective les résultats obtenus à la lumière des travaux scientifiques existants. Elle analyse les perceptions locales de la vaccination ainsi que les différentes formes d'hésitation vaccinale observées au sein des populations, afin d'en dégager les convergences, les spécificités contextuelles et les principaux enseignements socio-anthropologiques.

3.1. Perceptions locales des vaccins

Cette partie met les résultats en perspective avec la littérature scientifique afin d'éclairer les perceptions locales des vaccins. La discussion s'articule autour des représentations positives de la vaccination, des inquiétudes et craintes liées aux vaccins, ainsi que des croyances sociales, culturelles et religieuses influençant les attitudes vaccinales.

3.1.1. Représentations positives de la vaccination

Les résultats de cette étude montrent que les représentations positives de la vaccination reposent principalement sur la perception de ses

bénéfices sanitaires, la confiance accordée aux professionnels de santé et l'observation des effets protecteurs des programmes vaccinaux. Ces résultats rejoignent ceux de Kaufman et al. (2019) qui soulignent, dans plusieurs contextes africains, que l'adhésion vaccinale est fortement associée à la reconnaissance de l'utilité des vaccins et aux expériences positives vécues par les communautés, notamment lorsque les services de santé sont perçus comme fiables (Kaufman et al., 2019, p. 6). De même, Sato (2018) montre que la confiance institutionnelle constitue un déterminant majeur de l'acceptation vaccinale en Afrique subsaharienne, les populations intégrant les vaccins comme des instruments de protection collective lorsqu'elles entretiennent une relation positive avec les structures sanitaires (Sato, 2018, p. 416). Toutefois, nos résultats se distinguent de ceux de Cooper et al. (2018) qui mettent davantage l'accent sur les facteurs d'hésitation liés aux croyances, aux rumeurs et aux influences sociales dans plusieurs pays africains (Cooper et al., 2018, p. 124). Alors que ces auteurs insistent sur les résistances sociales à la vaccination, notre étude met en évidence la coexistence de perceptions favorables qui participent à une appropriation locale du vaccin. Cette dimension rejoint les analyses de Machingaidze et Wiysonge (2017) qui considèrent que les attitudes vaccinales résultent d'interactions complexes entre connaissances biomédicales, expériences sociales et normes communautaires (p. 2). À travers la théorie des représentations sociales de Moscovici (1961), ces résultats montrent que la vaccination n'est pas seulement un objet médical, mais une réalité socialement construite à partir des savoirs, expériences et discours collectifs. La théorie des perceptions culturelles permet également de comprendre que l'acceptation vaccinale dépend de la manière dont les communautés interprètent les risques et les bénéfices selon leurs référents culturels. Ainsi, l'originalité de cette étude réside dans la mise en évidence d'une appropriation positive du vaccin par les populations, souvent moins documentée dans les recherches centrées sur l'hésitation vaccinale.

3.1.2. Inquiétudes et les craintes liées aux vaccins

Les résultats de notre étude montrent que les inquiétudes et les craintes liées aux vaccins constituent un déterminant majeur de l'hésitation vaccinale. Elles sont principalement associées aux préoccupations concernant les effets secondaires, l'innocuité des vaccins et la

circulation des informations non vérifiées dans les communautés. Ces observations rejoignent les conclusions de Larson et al. (2014) qui indiquent que les préoccupations relatives à la sécurité vaccinale, la méfiance envers les institutions et les informations contradictoires constituent des facteurs essentiels de l'hésitation vaccinale à l'échelle mondiale (Larson et al., 2014, p. 21). De même, Dubé et al. (2013) soulignent que l'hésitation vaccinale ne correspond pas uniquement à un refus de vaccination, mais à un continuum d'attitudes influencé par les croyances, les expériences personnelles et les perceptions des risques associés aux vaccins (Dubé et al., 2013, p. 17). Nos résultats corroborent également les travaux de Cooper et al. (2019) qui montrent que, dans plusieurs pays africains, les rumeurs, les inquiétudes concernant les effets indésirables et la confiance limitée envers les systèmes de santé participent à la construction sociale de l'hésitation vaccinale (Cooper et al., 2019, p. 23). Cependant, contrairement à certaines approches centrées principalement sur le déficit d'informations scientifiques, notre étude met en évidence que les comportements d'hésitation observés à Bouaflé résultent surtout d'un processus social d'interprétation du risque, construit dans les interactions quotidiennes entre membres de la communauté. L'originalité de nos résultats réside dans la mise en évidence du rôle des échanges de proximité, notamment entre femmes, dans la production et la transmission des représentations négatives ou incertaines des vaccins. Cette dimension peut être comprise à partir de la théorie des représentations sociales de Moscovici, selon laquelle les groupes sociaux élaborent collectivement des connaissances qui permettent d'interpréter des objets nouveaux ou complexes comme la vaccination (Moscovici, 1961, p. 66). Ainsi, les rumeurs ne constituent pas seulement des informations erronées, mais des formes de savoir socialement produites qui donnent un sens au risque vaccinal. Par ailleurs, la théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky permet d'expliquer que l'évaluation du danger dépend des valeurs, normes sociales et expériences collectives propres aux groupes sociaux (Douglas & Wildavsky, 1982, p. 8). Nos résultats montrent donc que la réduction de l'hésitation vaccinale nécessite non seulement une meilleure diffusion des informations biomédicales, mais également une prise en compte des représentations locales, des rapports de confiance et des dynamiques communautaires.

3.1.3. Croyances sociales, culturelles et religieuses influençant les attitudes

Les résultats de notre étude montrent que l'hésitation vaccinale est étroitement liée aux croyances sociales, culturelles et religieuses qui structurent les perceptions de la maladie, du corps et des pratiques de soins. Cette observation rejoint les travaux récents de Cooper et al. (2021) qui soulignent que, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, les décisions vaccinales sont influencées par les normes sociales, les croyances religieuses, la confiance envers les autorités sanitaires et les interprétations locales des causes de la maladie. Les auteurs indiquent que les comportements d'acceptation ou de retard vaccinal ne peuvent être compris indépendamment des contextes socioculturels dans lesquels les populations donnent du sens aux interventions biomédicales (Cooper et al., 2021, p. 5). Ainsi, comme dans notre étude menée à Bouaflé, la vaccination apparaît comme un objet social négocié au sein des familles et des communautés. Ces résultats convergent également avec ceux de Adebisi et al. (2021) qui montrent que les croyances culturelles, les perceptions religieuses et l'influence des leaders communautaires constituent des facteurs déterminants de l'hésitation vaccinale en Afrique. Leur étude met en évidence que certaines populations évaluent les vaccins à partir de leurs systèmes de valeurs et de leurs expériences sociales plutôt qu'à partir des seules informations scientifiques disponibles (Adebisi et al., 2021, p. 4). Toutefois, contrairement à ces recherches principalement quantitatives centrées sur les facteurs associés à l'hésitation vaccinale, notre étude qualitative met en évidence les mécanismes sociaux par lesquels ces croyances sont produites, transmises et intégrées dans les décisions familiales. Nos résultats rejoignent également ceux de Kaufman et al. (2022) qui montrent que les représentations collectives de la vaccination influencent la confiance et les comportements sanitaires, notamment lorsque les messages institutionnels entrent en tension avec les connaissances profanes locales (Kaufman et al., 2022, p. 9). Cependant, notre recherche apporte une contribution originale en révélant le rôle spécifique des anciens, des responsables religieux et des réseaux familiaux dans la construction des attitudes vaccinales à Bouaflé. La théorie des représentations sociales de Moscovici permet

d'interpréter ces résultats en montrant que les populations élaborent des connaissances partagées qui rendent compréhensibles des objets complexes comme les vaccins et les maladies (Moscovici, 1961, p. 66). Les discours recueillis illustrent ainsi un processus d'appropriation sociale de la vaccination où les informations biomédicales sont réinterprétées à travers les références culturelles locales. Par ailleurs, la théorie des perceptions culturelles du risque développée par Douglas et Wildavsky explique que l'évaluation du danger dépend des normes, valeurs et appartenances collectives (Douglas & Wildavsky, 1982, p. 8). Notre étude confirme donc que l'hésitation vaccinale constitue moins un rejet irrationnel qu'un processus social de perception et d'évaluation du risque sanitaire.

3.2. Formes d'hésitation vaccinale chez les populations

Cette partie confronte nos résultats à ceux issus de la littérature scientifique afin d'analyser les formes d'hésitation vaccinale observées chez les populations. Elle examine particulièrement le retard ou l'attente avant la vaccination, l'acceptation sélective de certains vaccins, ainsi que le refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales.

3.2.1. Retard ou l'attente avant la vaccination

Les résultats de notre étude montrent que le retard vaccinal constitue une forme importante d'hésitation vaccinale, caractérisée par un report de la vaccination plutôt qu'un rejet définitif. Cette attitude traduit un processus d'évaluation du risque, marqué par les inquiétudes parentales, les informations contradictoires et la recherche de réassurance. Ces résultats rejoignent ceux de MacDonald et al. (2020) qui soulignent que l'hésitation vaccinale inclut non seulement le refus, mais également le report ou l'acceptation différée des vaccins en raison de préoccupations liées à la sécurité et à la confiance (MacDonald et al., 2020, p. 1611). Nos observations convergent également avec les travaux de SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2022) qui montrent que les retards vaccinaux résultent souvent d'une combinaison entre la perception du risque, les contraintes d'accès aux services et les hésitations individuelles ou familiales (SAGE, 2022, p. 6). De même, Dube et al. (2021) indiquent que les parents peuvent maintenir une attitude favorable envers la

vaccination tout en retardant la décision lorsqu'ils ressentent un manque d'informations fiables ou une faible confiance institutionnelle (Dube et al., 2021, p. 3). Cependant, contrairement à certaines recherches quantitatives centrées sur les facteurs sociodémographiques associés aux retards vaccinaux (Browne et al., 2021, p. 5), notre étude qualitative met en évidence les processus sociaux qui produisent cette attente vaccinale : discussions communautaires, interprétations des symptômes de l'enfant et influence des expériences partagées. L'originalité de nos résultats réside donc dans l'analyse du retard vaccinal comme une stratégie sociale de gestion du risque perçu. Cette compréhension est renforcée par la théorie des représentations sociales de Moscovici, qui explique comment les parents construisent collectivement des significations autour des vaccins à partir des discours sociaux disponibles (Moscovici, 1961, p. 66). Par ailleurs, la théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky montre que les décisions sanitaires dépendent des valeurs, normes et expériences collectives (Douglas & Wildavsky, 1982, p. 8). Ainsi, notre étude révèle que le retard vaccinal est moins une opposition à la vaccination qu'une forme contextualisée de négociation du risque.

3.2.2. Acceptation sélective de certains vaccins

Les résultats de notre étude révèlent que l'acceptation sélective des vaccins constitue une forme particulière d'hésitation vaccinale, caractérisée par une adhésion aux vaccins historiquement intégrés dans les pratiques sanitaires et une réserve envers les nouvelles interventions vaccinales. Cette observation rejoint les travaux de Sallam (2021) qui montrent que la nouveauté d'un vaccin, l'incertitude sur ses effets et le manque d'expérience collective constituent des facteurs majeurs de méfiance, notamment lors de l'introduction de nouveaux vaccins (Sallam, 2021, p. 1601). Ces résultats sont également similaires à ceux de Kreps et al. (2021) qui soulignent que l'acceptation vaccinale dépend fortement de la perception de l'efficacité, de la sécurité et de la confiance envers les institutions productrices d'informations sanitaires (Kreps et al., 2021, p. 10). Toutefois, contrairement à ces études principalement centrées sur les déterminants individuels de la confiance vaccinale, notre recherche met en évidence la dimension collective de la décision

vaccinale, notamment le rôle des échanges familiaux et communautaires dans l'évaluation des nouveaux vaccins. Nos résultats convergent aussi avec ceux de Cooper et al. (2021) qui montrent que, dans les contextes africains, les nouveaux vaccins peuvent susciter davantage de questionnements en raison des rumeurs, des expériences antérieures et des systèmes locaux d'interprétation de la santé (Cooper et al., 2021, p. 924). Cependant, notre étude apporte une contribution originale en montrant que cette réserve ne correspond pas nécessairement à un refus vaccinal, mais à une stratégie de prudence visant à réduire l'incertitude. La théorie des représentations sociales de Moscovici permet d'expliquer cette dynamique : les populations construisent collectivement une signification autour des vaccins nouveaux à partir des informations disponibles et des expériences partagées (Moscovici, 1961, p. 66). La théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky montre également que l'évaluation du danger dépend des normes, valeurs et cadres culturels des groupes sociaux (Douglas & Wildavsky, 1982, p. 8). Ainsi, notre étude démontre que l'acceptation sélective est un processus social d'appropriation de l'innovation médicale, nécessitant des stratégies de communication adaptées aux réalités locales.

3.2.3. Refus ou la méfiance envers certaines campagnes vaccinales

Les résultats de notre étude montrent que la méfiance envers certaines campagnes vaccinales constitue une forme spécifique d'hésitation vaccinale, caractérisée par une défiance ciblée plutôt qu'un rejet général de la vaccination. Cette méfiance est principalement alimentée par les rumeurs, les incertitudes relatives à certains vaccins et un déficit de confiance envers les institutions sanitaires. Ces résultats rejoignent ceux de Sallam (2021) qui indiquent que l'hésitation vaccinale est fortement associée à la confiance accordée aux autorités sanitaires, à la perception de la sécurité vaccinale et à la circulation d'informations contradictoires, notamment lors de campagnes introduisant de nouveaux vaccins (Sallam, 2021, p. 160). Comme dans notre étude, l'auteur souligne que la méfiance ne traduit pas nécessairement une opposition à la vaccination, mais plutôt une incertitude liée au contexte social et informationnel. Nos résultats convergent également avec ceux de Cooper et al. (2021) qui montrent,

dans le contexte sud-africain, que la confiance constitue un déterminant majeur de l'adhésion aux campagnes vaccinales. Les auteurs soulignent que les rumeurs, la désinformation et l'insuffisance du dialogue entre autorités sanitaires et populations peuvent fragiliser l'acceptation des vaccins (Cooper et al., 2021, p. 924). Toutefois, notre étude apporte une contribution complémentaire en mettant en évidence, à partir d'une approche qualitative, les mécanismes sociaux de production de la méfiance : conversations familiales, échanges communautaires et interprétations locales des messages sanitaires. Cette dimension rejoint les observations de Machingaidze et Wiysonge (2021) qui montrent que les comportements de réticence vaccinale en Afrique résultent d'une interaction entre facteurs individuels, sociaux et institutionnels, notamment la confiance envers les systèmes de santé et les expériences historiques des populations (Machingaidze & Wiysonge, 2021, p. 2). Cependant, contrairement à ces travaux davantage orientés vers les déterminants généraux de l'hésitation vaccinale, notre recherche met en lumière la dimension relationnelle de la confiance, en montrant que l'adhésion dépend de la qualité des interactions entre communautés, professionnels de santé et autorités locales. Enfin, les résultats de Larson et al. (2022) confirment que la confiance vaccinale repose sur la crédibilité des institutions, la transparence de l'information et la capacité des programmes sanitaires à répondre aux préoccupations sociales (Larson et al., 2022, p. 1). Notre étude se distingue toutefois par l'analyse du rôle des espaces communautaires comme lieux de construction du doute et de négociation de la décision vaccinale. La théorie des représentations sociales de Moscovici permet d'interpréter ces résultats en montrant que les populations élaborent collectivement des significations autour des vaccins à partir des discours circulants, des expériences partagées et des interactions sociales (Moscovici, 1961, p. 66). Ainsi, les rumeurs ne sont pas seulement des informations erronées ; elles constituent des formes de savoir social qui orientent les pratiques. Par ailleurs, la théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky explique que la perception du danger dépend des valeurs, normes et expériences collectives propres aux groupes sociaux (Douglas & Wildavsky, 1982, p. 8). Nos résultats montrent donc que la méfiance vaccinale doit être comprise comme un phénomène socio-

culturel lié à la confiance, aux rapports sociaux et aux modes locaux d'interprétation du risque sanitaire.

4. Vers une communication participative fondée sur le dialogue communautaire

Les résultats de l'étude montrent la nécessité d'envisager la communication en faveur de la vaccination au-delà d'une transmission d'informations. En effet, il ressort que l'hésitation vaccinale à Bouaflé se construit dans les interactions familiales et communautaires à travers la circulation de récits, les échanges de proximité, les croyances et les expériences partagées. Dans ce contexte, répondre à l'hésitation vaccinale ne pourrait uniquement consister à mieux informer les populations mais à créer avec elles les conditions d'une relation communicationnelle fonctionnelle et fiable. Cette perspective nécessite la création de cadres permettant aux populations d'exprimer leurs préoccupations, de discuter les informations reçues et d'établir une relation de confiance avec les acteurs de la vaccination. Elle implique également de repenser le rôle des acteurs communautaires. Il ne s'agirait plus seulement de les mobiliser comme des relais de messages conçus en amont par les programmes, mais de les associer davantage à l'identification des préoccupations, des rumeurs et des incompréhensions qui circulent dans leurs communautés. Ils devront constituer des médiateurs capables à la fois de faire remonter les préoccupations des populations et de contribuer à la construction de réponses adaptées aux réalités socioculturelles locales. Les espaces de dialogue créés devraient réunir les professionnels de santé, les agents de santé communautaire, les leaders communautaires et religieux, les parents et autres personnes ressources afin de favoriser une circulation dans les deux sens entre les services de santé et les populations. Le passage d'une communication principalement descendante à une communication participative fondée sur l'écoute, le dialogue et l'implication des acteurs locaux pourrait contribuer à prévenir la consolidation des rumeurs et de la méfiance, renforcer la confiance et favoriser une meilleure appropriation des interventions vaccinales. Cette conception centrée sur les communautés permettra de co-développer des réponses adaptées. Elle rejoint les approches contemporaines de la communication pour le changement social et

comportemental (CCSC) (Parks et Lloyd, 2004) et en phase avec les orientations l'OMS (2020) et l'UNICEF (2023), qui accordent une place croissante à l'écoute, à l'engagement communautaire et à la participation des populations dans la conception des interventions.

Conclusion

Cette étude portant sur les représentations sociales de la vaccination et les logiques d'hésitation vaccinale à Bouaflé (Côte d'Ivoire) avait pour objectif d'analyser les mécanismes sociaux, culturels et symboliques qui influencent les attitudes des populations envers les vaccins. Les résultats montrent que l'hésitation vaccinale ne peut être réduite à un simple manque d'informations biomédicales ou à un refus irrationnel de la vaccination. Elle constitue un phénomène social complexe, construit à l'intersection des savoirs profanes, des expériences individuelles, des normes communautaires et des relations de confiance entre populations et institutions sanitaires. L'analyse des données de terrain met en évidence plusieurs formes d'hésitation vaccinale : les inquiétudes liées à la sécurité des vaccins, les croyances sociales, culturelles et religieuses influençant les perceptions de la maladie, le retard vaccinal, l'acceptation sélective de certains vaccins et la méfiance envers des campagnes vaccinales spécifiques. Ces différentes manifestations révèlent que les populations ne rejettent pas systématiquement la vaccination, mais procèdent à une évaluation sociale des risques et des bénéfices avant d'adhérer aux recommandations sanitaires. L'hésitation apparaît ainsi comme une stratégie de gestion de l'incertitude, influencée par les informations disponibles, les échanges communautaires et les expériences partagées. La mobilisation de la théorie des représentations sociales de Moscovici a permis de comprendre comment les communautés construisent collectivement des significations autour des vaccins, des maladies et des risques sanitaires. Les discours recueillis montrent que les rumeurs, les récits familiaux et les interactions de proximité participent à la production de connaissances sociales qui orientent les comportements vaccinaux. Par ailleurs, la théorie des perceptions culturelles du risque de Douglas et Wildavsky met en évidence que l'évaluation du danger vaccinal dépend des valeurs, des normes sociales et des cadres culturels propres aux groupes sociaux. Cette

recherche souligne également que la confiance constitue une dimension fondamentale de l'adhésion vaccinale. La disponibilité des vaccins ne suffit pas à garantir leur acceptation ; celle-ci dépend également de la qualité de la communication sanitaire, de la transparence institutionnelle et de l'implication des acteurs communautaires et religieux. Les résultats invitent ainsi à dépasser les approches uniquement centrées sur la transmission d'informations scientifiques pour privilégier des stratégies participatives, adaptées aux réalités socioculturelles locales. En définitive, l'étude montre que l'hésitation vaccinale à Bouaflé est avant tout un phénomène socio-anthropologique où se rencontrent connaissances biomédicales, croyances culturelles, rapports d'autorité et dynamiques communautaires. La compréhension de ces logiques sociales apparaît indispensable pour renforcer durablement la confiance vaccinale, améliorer l'appropriation des programmes de vaccination et contribuer à l'atteinte des objectifs de santé publique en Côte d'Ivoire.

Bibliographie

ADEBISI Yusuf Adebayo, ALARAN Alabi Joshua, BOLARINWA Olumide A., AKANDE-SHOLABI Wuraola et LUCERO-PRISNO David E., 2021, « When it is available, will we take it? Social media users' perception of hypothetical COVID-19 vaccine in Nigeria », *Pan African Medical Journal*, vol. 38, article 230.

COOPER Stephanie, VAN ROOYEN Heidi et WIYSONGE Charles Shey, 2021, « COVID-19 vaccine hesitancy in South Africa: How can we maximize uptake of COVID-19 vaccines? », *Expert Review of Vaccines*, vol. 20, n° 8, pp. 921-933.

DINGA Judith N., AKAM William A. et NJOUOM Richard, 2022, « COVID-19 vaccine hesitancy and associated factors in Africa: A systematic review », *Vaccines*, vol. 10, n° 10, article 1662.

HERZLICH Claudine, 1969. *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Éditions Mouton, Paris.

KAUFMAN Jill, BAGOT Katherine L., TUCKERMAN Jennifer, BIEZEN Renata, OLIVER Julia, JOS Chloe et LEASK Julie, 2022, « Facilitators and barriers to vaccination communication and uptake: A qualitative study », *Vaccine*, vol. 40, n° 30, pp. 4234-4241.

KLEINMAN Arthur, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.

MACDONALD Noni E. et SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2020, « Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants », *Vaccine*, vol. 38, n° 14, pp. 1611-1618.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2022. *Behavioural and social drivers of vaccination: Tools and practical guidance*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

PARKS Will et LLOYD Steve, 2004. *Communication for Development: A Framework for Social and Behaviour Change*, UNICEF.

SAGE WORKING GROUP ON VACCINE HESITANCY, 2022. *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, Organisation mondiale de la Santé, Genève.

SALLAM Malik, 2021, « COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: A concise systematic review of vaccine acceptance rates », *Vaccines*, vol. 9, n° 2, article 160.

SATO Ana Paula Sayuri, 2018, « What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Africa? », *Revista de Saúde Pública*, vol. 52, article 96.

UNICEF, 2023. *Guidance on Community Engagement for Immunization*, UNICEF.

WHO, 2020. *Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind*, World Health Organization.

WHO/UNICEF (WORLD HEALTH ORGANIZATION & UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND), 2024. *Estimates of National Immunization Coverage*, World Health Organization, Genève/New York.