



HAL
open science

Vaccination au Niger : Enjeux de perception, de gouvernance et de réponse à la pandémie de COVID-19

Mamane Abdou Oumarou, Hamani Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna,
Mahamadou Bello Adamou, Oumarou Saley Hima

► To cite this version:

Mamane Abdou Oumarou, Hamani Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Mahamadou Bello Adamou, Oumarou Saley Hima. Vaccination au Niger : Enjeux de perception, de gouvernance et de réponse à la pandémie de COVID-19. Éditions Gashingo, 2025, 978-2-37235-006-8. 10.5281/zenodo.15553268 . halshs-05090702

HAL Id: halshs-05090702

<https://shs.hal.science/halshs-05090702v1>

Submitted on 19 Jun 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vaccination au Niger :

Enjeux de perception, de gouvernance et de
réponse à la pandémie de COVID-19



© BBC

COORDINATION

Dr Mamane ABDOU OUMAROU

ISBN 978-2-37235-006-8

© Mai 2025 Éditions Gashingo

Dépôt légal sous le N°

Tous droits réservés pour tous pays

Équipe de recherche

INVESTIGATEUR PRINCIPAL

*Dr Mamane ABDOU OUMAROU, Labo SHS-Santé
CERMES*

CONSEILLER SCIENTIFIQUE

*Dr Hamani OUMAROU, LASDEL,
Université Abdou Moumouni*

ASSISTANTS DE RECHERCHE

*Dr Mahamadou BELLO ADAMOU, LASDEL,
Université Abdou Moumouni
Saley HIMA OUMAROU, Doctorant
Université Abdou Moumouni
Balkissa IBRAHIM HAROUNA, Labo SHS-Santé
CERMES
Assoumane CHEFOU ABOUKA, Labo SHS-Santé
CERMES*

GESTIONNAIRE DE PROJET

Nafissatou MAÏFADA, CERMES

Table des matières

Équipe de recherche	3
Avant-propos	9
Introduction générale	11
Chapitre 1 : Représentations sociales et maladies épi- démiques.....	15
1.1. Maladies à potentiel épidémique : perceptions populaires	15
1.2. Savoirs endogènes et recours thérapeutiques tra- ditionnels	16
1.3. Expériences vécues, récits communautaires et ré- silience collective	16
1.4. Articulations entre médecine moderne et logiques locales de soins.....	17
1.5. Enjeux culturels et croyances autour de la maladie et de la prévention.....	18
Chapitre 2 : Gouvernance du système de vaccination au Niger.....	19
2.1. Organisation institutionnelle du système vaccinal ...	19
2.2. Modalités de déploiement et couverture terri- toriale	20

2.3. Partenaires techniques et financement international	22
2.4. Souveraineté sanitaire et perception populaire.....	23
2.5. Problèmes de coordination et pistes d'amélioration	24
Chapitre 3 : Les effets de la pandémie de COVID-19 sur les dynamiques vaccinales	27
3.1. Contexte sanitaire et introduction du vaccin COVID-19	27
3.2. Facteurs de méfiance : temporalité, origine, discours.....	28
3.3. Communication institutionnelle et réception locale	29
3.4. Rôle des technologies et des réseaux sociaux....	30
3.5. Impacts sur les campagnes de routine et réajustements	31
Chapitre 4 : Facteurs d'hésitation vaccinale et logiques communautaires	33
4.1. Typologie des facteurs d'hésitation	33
4.2. Rôle des leaders communautaires et religieux...34	
4.3. Discours de rumeurs, prédictions et récits alternatifs	35

4.4. Médiations locales et modalités d'acceptation.	36
4.5. Études de cas : Koira Kano et Banga Bana.....	37
Chapitre 5 : Apports des sciences sociales et recommandations pour les politiques publiques	39
5.1. Sciences sociales et contextualisation des politiques de santé.....	39
5.2. Intégrer les savoirs locaux dans la gouvernance sanitaire.....	40
5.3. Réduire la verticalité des dispositifs	41
5.4. Favoriser une communication sensible aux contextes.....	41
5.5. Vers une souveraineté sanitaire partagée.....	42
Conclusion générale.....	45
Références bibliographiques.....	49
Annexes.....	51
Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif	51
Annexe 2 : Tableau de synthèse des campagnes de vaccination (2015–2024)	53
Annexe 3 : Cartographie des districts sanitaires étudiés	54

Avant-propos

Ce livret est le fruit d'un travail de recherche approfondi mené dans le cadre du projet Alliance SHS Afrique entre 2023 et 2025, visant à explorer les dynamiques sociales, politiques et culturelles autour de la vaccination dans plusieurs pays africains, dont le Niger. Il rassemble des données empiriques collectées sur le terrain, des entretiens avec des acteurs institutionnels et communautaires, ainsi qu'une analyse multidisciplinaire croisant les apports de la sociologie, de l'anthropologie, de la santé publique et de la science politique.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les limites mais aussi les potentialités des systèmes de santé en Afrique. Elle a révélé les tensions entre les logiques globales de santé publique et les réalités locales, entre la médecine biomédicale et les savoirs endogènes, entre la communication institutionnelle et les réseaux informels d'information. Le Niger,

pays sahélien marqué par de fortes contraintes logistiques et des disparités d'accès aux soins, constitue un terrain d'observation privilégié pour interroger la gouvernance vaccinale et les formes d'adhésion ou de résistance qui s'y expriment.

Ce livret s'adresse à un public large : chercheurs, professionnels de santé, décideurs politiques, étudiants, et plus largement toute personne intéressée par les enjeux de santé publique dans les pays du Sud. Il propose une lecture ancrée dans les réalités de terrain, attentive aux voix des populations, et soucieuse de contribuer à une amélioration concrète des politiques de santé.

Introduction générale

La vaccination constitue l'une des interventions de santé publique les plus efficaces pour prévenir les maladies infectieuses et améliorer l'espérance de vie, en particulier chez les enfants. Dans de nombreux pays à faibles ressources, elle demeure un pilier fondamental des politiques de santé. Pourtant, son efficacité dépend largement de l'adhésion des populations, de la qualité de la gouvernance sanitaire, et de la capacité à surmonter les résistances sociales et les défis logistiques. Le Niger, pays enclavé du Sahel, illustre bien cette tension entre efficacité théorique et complexité pratique.

Depuis l'introduction du Programme Élargi de Vaccination (PEV) dans les années 1980, le Niger a réalisé des progrès notables en matière de couverture vaccinale. Toutefois, le pays reste confronté à des défis persistants : inégalités d'accès, faible couverture dans certaines zones, dépendance aux

partenaires internationaux, et surtout, une méfiance croissante exprimée par certaines communautés. La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces tensions, révélant les limites des stratégies descendantes et les besoins en approches plus inclusives.

Ce livret se donne pour objectif d'analyser les dynamiques sociales, politiques et sanitaires qui structurent la vaccination au Niger. Il repose sur une méthodologie qualitative menée à Niamey, dans les quartiers de Koiri Kano et Banga Bana, complétée par une revue documentaire et une analyse des discours des acteurs. L'ouvrage est structuré en cinq chapitres thématiques, suivis d'une conclusion générale et d'annexes.

Trois axes transversaux guident notre réflexion :

1. La gouvernance vaccinale, entre coordination institutionnelle et souveraineté sanitaire.

2. Les perceptions sociales, entre adhésion, résistance et appropriation locale des politiques de santé.

3. Les pratiques concrètes de vaccination, influencées par les logiques logistiques, les ressources humaines et les dispositifs communautaires.

En croisant ces dimensions, nous proposons une lecture contextualisée des enjeux de la vaccination, attentive aux dynamiques de terrain et aux leçons tirées de la crise sanitaire liée à la COVID-19.

CHAPITRE 1

Représentations sociales et maladies épidémiques

1.1. Maladies à potentiel épidémique : perceptions populaires

Dans les quartiers de Koira Kano et Banga Bana, les maladies comme la méningite, la rougeole et le choléra sont perçues comme des menaces graves. Ces pathologies sont connues sous des noms locaux (par exemple « zazzabi mai tsanani » pour la méningite en haoussa), ce qui témoigne de leur intégration dans les représentations culturelles. Les populations identifient clairement leurs symptômes, leurs saisons d'apparition (notamment la saison sèche pour la méningite), et les groupes les plus à risque (enfants, personnes âgées).

1.2. Savoirs endogènes et recours thérapeutiques traditionnels

Les savoirs populaires autour de ces maladies reposent sur des explications mixtes, combinant des facteurs environnementaux (poussière, chaleur extrême, eaux stagnantes) et des causes spirituelles ou mystiques (mauvais œil, colère divine). Les premières réponses face à la maladie impliquent souvent le recours à des remèdes traditionnels : décoctions de plantes, rituels de protection, consultations de marabouts. Ces pratiques sont valorisées pour leur accessibilité, leur continuité avec les traditions, mais aussi leur dimension symbolique.

1.3. Expériences vécues, récits communautaires et résilience collective

Les récits recueillis font état de la mémoire des grandes épidémies passées. Ces souvenirs structurent les comportements actuels et la perception du risque. Une mère interrogée à Banga Bana ra-

conte : « Quand la rougeole est venue il y a quelques années, on a vu beaucoup d'enfants mourir. C'est pour cela que je vaccine les miens, mais je surveille ce qu'on nous donne. »

La résilience des communautés repose sur des stratégies collectives : solidarité familiale, organisation de veilles sanitaires informelles, transmission intergénérationnelle des savoirs. La maladie est souvent pensée dans une perspective holistique, associée à des déséquilibres dans l'ordre social ou cosmique.

1.4. Articulations entre médecine moderne et logiques locales de soins

Loin d'être opposées, la médecine moderne et les savoirs traditionnels coexistent selon une logique de complémentarité. Les centres de santé sont sollicités, en particulier lorsque l'état du malade s'aggrave. Toutefois, la biomédecine est perçue comme une solution de dernier recours,

parfois associée à une autorité distante ou impersonnelle. Cette hiérarchisation des recours n'exclut pas l'efficacité reconnue de certains traitements, notamment pour la rougeole ou le choléra.

1.5. Enjeux culturels et croyances autour de la maladie et de la prévention

La prévention est envisagée de manière collective et symbolique. Elle inclut la propreté domestique, la consommation de plantes protectrices, et l'invocation divine. La vaccination s'inscrit difficilement dans cet univers symbolique, car elle est perçue comme un acte médical, exogène et peu explicite. D'où l'importance de comprendre les croyances, non comme des obstacles, mais comme des cadres d'interprétation légitimes à prendre en compte dans les stratégies de santé publique.

CHAPITRE 2

Gouvernance du système de vaccination au Niger

2.1. Organisation institutionnelle du système vaccinal

Le système vaccinal nigérien repose sur une structure institutionnelle fortement centralisée, coordonnée par le Programme Élargi de Vaccination (PEV) au sein du ministère de la Santé Publique. Ce programme a pour missions principales la planification des campagnes, l'approvisionnement en vaccins, la gestion de la chaîne de froid, ainsi que la formation et la supervision des agents de santé. À l'échelle régionale, les Directions Régionales de la Santé (DRS) jouent un rôle de coordination, tandis que les Districts Sanitaires sont responsables de la mise en œuvre locale.

Selon un cadre du ministère interrogé : « Le PEV est un pilier de notre politique sanitaire. Sans lui, il n’y aurait pas de programme structuré de vaccination au Niger. Mais il faut aussi reconnaître que nous dépendons beaucoup des partenaires extérieurs pour le fonctionnement quotidien. »

La gouvernance du PEV repose également sur des organes de concertation tels que le Comité Inter-agences (CIA) et le Groupe Technique Régional, qui intègrent des représentants de l’OMS, de l’UNICEF, de GAVI et d’autres bailleurs. Cette structure vise à assurer la cohérence des interventions, bien que dans les faits, les dynamiques verticales prédominent encore.

2.2. Modalités de déploiement et couverture territoriale

Trois modalités principales sont utilisées pour déployer les vaccins sur l’ensemble du territoire : la stratégie fixe (au sein des centres de santé intégrés),

la stratégie avancée (dans les villages éloignés), et la stratégie mobile (notamment pour les zones nomades ou d'accès difficile). Cette organisation permet une couverture géographique étendue, mais elle est confrontée à de nombreux défis logistiques : pannes de réfrigérateurs, manque de véhicules, routes impraticables.

Un infirmier-chef à Koirra Kano souligne : « La stratégie mobile est essentielle ici, mais on manque de carburant et parfois de motos. On fait ce qu'on peut avec les moyens du bord. »

La planification repose sur une cartographie sanitaire et des microplans élaborés au niveau des districts. Cependant, des failles sont souvent constatées dans la mise en œuvre, notamment en raison de l'inadéquation entre les plans sur papier et les réalités du terrain.

2.3. Partenaires techniques et financement international

Le financement du système vaccinal nigérien repose en grande partie sur l'aide internationale. Gavi, l'Alliance du vaccin, reste le principal bailleur, apportant un soutien financier pour l'achat des vaccins, la logistique, et les incitations à la performance. L'OMS et l'UNICEF contribuent à la formation, à la supervision, à la communication et à la mobilisation sociale.

Un responsable de district témoigne : « Sans l'OMS et l'UNICEF, on ne pourrait pas tenir les campagnes. Même le carburant pour les sorties est pris en charge par les partenaires. »

Ce modèle de dépendance pose toutefois la question de la soutenabilité à long terme. Le cofinancement par l'État est encore limité et souvent irrégulier. Cette dépendance crée un déséquilibre dans la gouvernance, où les priorités nationales doivent s'aligner avec les logiques des bailleurs.

2.4. Souveraineté sanitaire et perception populaire

La forte présence des partenaires techniques dans la gestion des campagnes vaccinales suscite une perception ambivalente au sein des populations. Pour beaucoup, la vaccination est vue comme une politique imposée de l'extérieur, ce qui renforce la méfiance. Les souvenirs des campagnes coercitives passées et les rumeurs actuelles sur les vaccins renforcent cette distance symbolique entre l'institution sanitaire et les usagers.

Un leader communautaire de Banga Bana partage : « On nous dit que les vaccins viennent de l'Europe. On ne sait pas ce qu'il y a dedans. On se méfie. Ce n'est pas que les gens refusent, mais ils veulent comprendre. »

La souveraineté sanitaire suppose une capacité à décider, financer et exécuter les politiques de santé de manière autonome. Cela implique égale-

ment d'inscrire les interventions dans des cadres culturellement acceptables, où les populations sont considérées comme des partenaires et non comme des cibles passives.

2.5. Problèmes de coordination et pistes d'amélioration

La coordination entre les différents échelons administratifs demeure un défi. Les chevauchements de rôles, les retards dans la transmission des données, et les conflits de compétences entre acteurs freinent l'efficacité des campagnes. Des pratiques de falsification des données de couverture ont également été signalées, compromettant la fiabilité des rapports et la prise de décision.

Plusieurs pistes d'amélioration sont régulièrement évoquées :

- Renforcer la transparence et les mécanismes de redevabilité à tous les niveaux.

- Digitaliser les outils de collecte et de suivi des données.
- Mettre en place des plateformes de dialogue intersectoriel permanentes.
- Renforcer les capacités financières et humaines locales pour une plus grande autonomie.

Comme le résume un agent de coordination :
« Il faut décentraliser avec responsabilité. Les décisions doivent venir du terrain, mais avec les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. »

CHAPITRE 3

Les effets de la pandémie de COVID-19 sur les dynamiques vaccinales

3.1. Contexte sanitaire et introduction du vaccin COVID-19

La pandémie de COVID-19 est survenue dans un contexte de fragilité sanitaire structurelle au Niger, où les ressources humaines et matérielles sont limitées, et où l'accès aux soins reste inégal. L'arrivée du vaccin contre la COVID-19 en mars 2021 a constitué une réponse rapide du gouvernement nigérien, avec le soutien du mécanisme COVAX et de partenaires techniques internationaux. Les premières cibles étaient les personnels de santé, les personnes âgées et celles atteintes de comorbidités. Cependant, dès le début, la campagne a été

confrontée à des réticences, à une faible demande et à une circulation importante de rumeurs.

3.2. Facteurs de méfiance : temporalité, origine, discours

Plusieurs facteurs ont contribué à une défiance vis-à-vis du vaccin COVID-19. Le premier tient à la temporalité : la pandémie a été perçue comme brève ou peu visible au Niger, ce qui a réduit la perception du risque. Ensuite, l'origine étrangère du vaccin et sa mise sur le marché jugée trop rapide ont nourri les soupçons. Enfin, les discours contradictoires des autorités, tant au niveau national qu'international, ont affaibli la confiance du public.

Une femme rencontrée à Koira Kano explique :
« Le vaccin est arrivé trop vite. On disait que la maladie était grave, mais ici on ne voyait personne malade. Puis on nous a dit qu'il fallait se vacciner d'urgence. Comment croire à tout cela ? »

Cette méfiance s'est intensifiée avec la diffusion d'informations alarmistes sur les effets secondaires, souvent relayées sans vérification. Certaines familles ont fait le choix de retarder ou de refuser la vaccination, en attendant «d'y voir plus clair».

3.3. Communication institutionnelle et réception locale

La stratégie de communication du gouvernement nigérien s'est appuyée sur les médias traditionnels (radio, télévision) et les affiches de sensibilisation. Toutefois, ces messages ont souvent été perçus comme trop techniques, peu adaptés aux réalités locales ou à la diversité linguistique. De nombreux habitants ont regretté l'absence d'explications simples et contextualisées.

Un jeune homme de Banga Bana confie : « Ils parlaient à la télé, mais personne ne venait dans le quartier expliquer calmement. On aurait voulu poser des questions. »

La faible implication des leaders communautaires et religieux dans la sensibilisation a également été un frein. Dans certains cas, ces figures d'autorité ont relayé des discours ambigus, voire critiques, renforçant le doute dans les quartiers populaires.

3.4. Rôle des technologies et des réseaux sociaux

Les réseaux sociaux, en particulier WhatsApp et Facebook, ont constitué des canaux d'information majeurs pendant la pandémie. Cependant, leur utilisation massive a souvent échappé au contrôle des autorités sanitaires. Des vidéos alarmistes, des messages vocaux attribués à des médecins étrangers, et des rumeurs de stérilisation massive ont circulé rapidement.

Une étudiante de Niamey raconte : « J'ai reçu un message sur WhatsApp disant que les vaccins contiennent des puces pour nous contrôler. Même si je n'y croyais pas vraiment, ça m'a fait peur. »

Dans ce contexte, peu d'initiatives numériques alternatives ont été mises en place pour contrer la désinformation. L'absence d'une stratégie digitale proactive et la faible réactivité des autorités ont laissé le champ libre aux récits complotistes ou douteux.

3.5. Impacts sur les campagnes de routine et réajustements

La focalisation sur la réponse à la COVID-19 a eu des effets notables sur les autres campagnes vaccinales. Dans certains centres, les activités de vaccination de routine ont été suspendues temporairement, et la fréquentation a chuté. Le personnel a été redéployé vers les centres de vaccination COVID-19, au détriment des consultations infantiles.

Un agent de santé à Koira Kano résume la situation : « Les gens avaient peur de venir au centre. Ils pensaient qu'on allait leur donner le vaccin COVID même pour les enfants. »

Face à cette situation, les autorités ont tenté des réajustements : relance des campagnes de rattrapage, mobilisation communautaire renforcée, implication accrue des ONG. La pandémie a également permis certains progrès techniques, comme le renforcement de la chaîne de froid et la numérisation partielle du suivi vaccinal. Toutefois, ces avancées restent fragiles et inégalement réparties.

CHAPITRE 4

Facteurs d'hésitation vaccinale et logiques communautaires

4.1. Typologie des facteurs d'hésitation

L'hésitation vaccinale observée au Niger repose sur une constellation de facteurs imbriqués. Quatre dimensions principales émergent de l'analyse des entretiens et observations :

1. Défiance envers les autorités sanitaires et politiques, alimentée par une mémoire des politiques imposées et un sentiment d'éloignement institutionnel.
2. Rumeurs et désinformation, souvent diffusées via les réseaux sociaux ou les relais communautaires mal informés.
3. Surmédiation des effets secondaires, renforçant la peur d'un danger médical.

4. Inégalités d'accès et défaillances logistiques, qui nourrissent l'idée d'un service vaccinal de mauvaise qualité ou inéquitable.

Ces facteurs s'entrecroisent et se renforcent mutuellement, selon les contextes et les profils socioculturels des populations.

4.2. Rôle des leaders communautaires et religieux

Les leaders locaux jouent un rôle ambivalent dans l'adhésion aux campagnes de vaccination. Lorsqu'ils sont mobilisés en amont, formés et inclus dans les stratégies, leur influence est très positive. Mais en l'absence de concertation, certains adoptent une posture neutre ou sceptique, voire diffusent des messages de méfiance.

À Banga Bana, un chef de quartier affirme : « Les gens nous font confiance, mais nous-mêmes on ne comprend pas toujours ce qu'il y a dans ces vaccins. On ne veut pas prendre position pour pas diviser. »

Cette stratégie de prudence illustre l'importance de construire la légitimité des campagnes à partir des ancrages communautaires et non par des injonctions venues d'en haut.

4.3. Discours de rumeurs, prédictions et récits alternatifs

De nombreux discours circulants sont construits sur des récits de méfiance, souvent ancrés dans des références religieuses ou des logiques prophétiques. Certains prêcheurs ont établi un lien entre la pandémie et des châtements divins, assimilant la vaccination à une interférence avec la volonté supérieure.

Un habitant de Koira Kano rapporte : « Au sermon du vendredi, l'imam a dit que la maladie est une épreuve de Dieu, et qu'on ne peut pas empêcher ce que Dieu a décidé. Beaucoup ont préféré prier plutôt que se faire vacciner. »

Ces représentations doivent être comprises non comme des formes d'ignorance, mais comme des rationalités culturelles inscrites dans un système de sens cohérent.

4.4. Médiations locales et modalités d'acceptation

Malgré les réticences, des formes d'acceptation émergent dans les récits : par mimétisme (suivre l'exemple des voisins), par négociation (vacciner les enfants mais pas les adultes), ou par opportunité (recevoir des vivres ou des soins en échange). La vaccination devient alors un acte stratégique, intégré dans des logiques de survie ou de reconnaissance sociale.

Un jeune père raconte : « Je n'étais pas sûr du vaccin, mais le chef a dit qu'il l'avait fait, alors j'y suis allé aussi. On ne peut pas être seul à refuser quand tout le monde va. »

Les agents de santé communautaires, quand ils sont bien formés, jouent un rôle crucial dans

ces médiations. Ils rassurent, expliquent en langue locale, et incarnent une autorité accessible.

4.5. Études de cas : Koira Kano et Banga Bana

Dans le quartier de Koira Kano, l'hésitation vaccinale s'exprime surtout chez les jeunes adultes, influencés par les réseaux sociaux et peu convaincus de la gravité de la maladie. Les femmes, notamment les mères, apparaissent plus réceptives aux messages de santé, surtout lorsqu'ils proviennent d'agents féminins.

À Banga Bana, c'est plutôt la distance physique et symbolique des institutions qui alimente la défiance. Les populations évoquent un manque d'écoute, des visites trop brèves, et une impression d'abandon. Pourtant, dès qu'un acteur communautaire est impliqué dans la sensibilisation, la participation s'améliore.

Ces deux cas illustrent que l'hésitation vaccinale n'est pas une opposition figée, mais une zone de

négociation mouvante, qui dépend fortement du contexte local, de la qualité de l'interaction et de la reconnaissance des savoirs communautaires.

CHAPITRE 5

Apports des sciences sociales et recommandations pour les politiques publiques

5.1. Sciences sociales et contextualisation des politiques de santé

Les sciences sociales jouent un rôle essentiel dans la compréhension des dynamiques vaccinales, en offrant des outils d'analyse des perceptions, des comportements et des rapports de pouvoir autour de la santé. Au Niger, l'approche socio-anthropologique permet de replacer la vaccination dans son contexte historique, culturel et politique. Elle donne sens aux résistances, éclaire les logiques d'acceptation, et met en lumière les interactions complexes entre institutions sanitaires, acteurs communautaires et populations.

Comme le souligne une sociologue interrogée dans le cadre du projet : « Il ne s'agit pas de convaincre, mais de comprendre pourquoi les gens doutent, et à partir de là, construire une réponse adaptée. »

5.2. Intégrer les savoirs locaux dans la gouvernance sanitaire

Une des leçons majeures de cette étude est la nécessité de reconnaître la légitimité des savoirs profanes et leur articulation avec les politiques publiques. Plutôt que de considérer les croyances locales comme des freins, il convient de les intégrer comme des ressources pour la co-construction des stratégies sanitaires. Cela suppose un changement de posture des institutions, une valorisation des médiateurs locaux, et un investissement dans des formes de communication participative.

La création de comités de santé communautaires réellement décisionnaires, la formation des leaders

religieux et la consultation régulière des populations peuvent renforcer la confiance et l'adhésion aux campagnes.

5.3. Réduire la verticalité des dispositifs

Les stratégies vaccinales au Niger restent largement descendantes, dictées par des objectifs quantitatifs et des agendas internationaux. Cette verticalité nuit à leur appropriation locale. Une meilleure coordination entre niveaux central, régional et local, combinée à un renforcement des capacités décentralisées, est indispensable. Il s'agit de penser des politiques plus horizontales, fondées sur l'écoute, la transparence et la redevabilité.

5.4. Favoriser une communication sensible aux contextes

La communication de santé doit dépasser le simple transfert d'information. Elle doit être conçue comme un processus relationnel, inscrit

dans les cultures locales, et porté par des acteurs crédibles. Il est crucial d'utiliser les langues locales, de recourir à des formats accessibles (théâtre, radio de quartier, témoignages) et d'anticiper les rumeurs plutôt que de les subir.

L'expérience nigérienne rejoint ici celle d'autres pays sahéliens, comme le Burkina Faso ou le Mali, où les approches communautaires participatives ont montré leur efficacité, notamment dans la lutte contre Ebola ou la réponse à la rougeole.

5.5. Vers une souveraineté sanitaire partagée

Enfin, cette recherche invite à repenser la souveraineté sanitaire non pas comme une fermeture ou une autosuffisance, mais comme une capacité à définir et mettre en œuvre des politiques de santé pertinentes, ancrées localement et soutenues internationalement. La dépendance actuelle aux bailleurs internationaux pour le financement et la mise en

œuvre des campagnes vaccinales doit être repensée à la lumière d'un partenariat plus équilibré.

La comparaison avec d'autres pays africains montre que des alternatives existent : au Rwanda, une politique vaccinale centrée sur l'engagement communautaire et le renforcement des infrastructures de base a permis des taux de couverture élevés et durables. En Afrique du Sud, des programmes intégrés avec les écoles ont amélioré l'accès et la confiance. Le Niger peut s'inspirer de ces expériences tout en valorisant ses propres forces.

Conclusion générale

Ce travail a permis d'explorer en profondeur les dimensions sociales, politiques et culturelles qui influencent la vaccination au Niger, en particulier dans un contexte marqué par les transformations liées à la pandémie de COVID-19. Loin de se limiter à un problème d'accès ou d'information, la vaccination apparaît comme un fait social total, traversé par des logiques de pouvoir, de mémoire, de rapport à l'État et de savoirs pluriels.

Nous avons montré que les représentations sociales des maladies épidémiques, les perceptions des dispositifs biomédicaux, et les pratiques de santé communautaires ne peuvent être ignorées dans l'élaboration des politiques publiques. La méfiance vaccinale ne relève pas d'un rejet irrationnel, mais d'un besoin de sens, de confiance, de reconnaissance des réalités vécues. De même, la gouvernance sanitaire, souvent influencée par

des logiques verticales et des financements internationaux, gagnerait en efficacité si elle intégrait pleinement les acteurs locaux et les sciences sociales dans ses dispositifs de planification et d'évaluation.

La pandémie de COVID-19 a joué un rôle de révélateur. Elle a mis en lumière les fragilités existantes — tant au niveau des infrastructures que dans le lien entre institutions et citoyens — mais elle a aussi ouvert des opportunités : pour repenser la communication, renforcer la coordination intersectorielle, valoriser les relais communautaires et diversifier les formes d'adhésion à la santé publique.

Perspectives de recherche

Plusieurs pistes mériteraient d'être approfondies dans de futures recherches :

- Une ethnographie comparative dans plusieurs régions du Niger, pour analyser la diversité des perceptions selon les contextes ruraux, urbains et nomades.

- L'étude du rôle des jeunes et des femmes dans la mobilisation communautaire pour la santé.
- L'analyse des effets à long terme de la pandémie sur la structuration des systèmes de santé et sur les trajectoires vaccinales.

Recommandations stratégiques globales

- Renforcer les capacités nationales pour une gouvernance sanitaire souveraine, tout en préservant les partenariats internationaux.
- Intégrer les sciences sociales dès la conception des politiques de santé, pour co-construire des stratégies plus légitimes et adaptées.
- Promouvoir une communication culturelle, relationnelle et continue, au-delà des périodes de crise.
- Soutenir les innovations locales, les pratiques endogènes et les formes de médiation qui favorisent l'acceptabilité des soins.

En somme, penser la vaccination au Niger ne peut se faire sans les Nigériens eux-mêmes. C'est en écoutant les communautés, en valorisant leurs savoirs et en construisant avec elles des réponses partagées, que la santé publique gagnera en pertinence, en efficacité et en durabilité.

Références bibliographiques

Mamane Abdou Oumarou, Balkissa Ibrahim Harouna, Saley Hima Oumarou, Mahamadou Bello Adamou, Assoumane Cheffou Cheffou Abouka, et al. Vaccinations et maladies épidémiques au Niger : perceptions, expériences, pratiques et acteurs. 2024, 978-2-37235-052-5. [ff10.5281/zenodo.14272597ff. ff balsbs-04816990v2f https://sbs.bal.science/balsbs-04816990v2/file/Vaccinations%20et%20maladies%20e%CC%81pide%CC%81miques%20au%20Niger%20perceptions%20e%CC%81periences%20e%CC%81pratiques%20e%CC%81acteurs-compresse%CC%81%20%281%29.pdf](https://zenodo.org/record/14272597/files/balsbs-04816990v2f/balsbs-04816990v2/file/Vaccinations%20et%20maladies%20e%CC%81pide%CC%81miques%20au%20Niger%20perceptions%20e%CC%81periences%20e%CC%81pratiques%20e%CC%81acteurs-compresse%20e%CC%81%20%281%29.pdf)

Fassin, D. (2000). *Les enjeux politiques de la santé publique*. Paris : La Découverte.

GAVI. (2022). *Rapport annuel de suivi des financements au Niger*. Genève : Alliance GAVI.

Ministère de la Santé Publique du Niger. (2023). *Rapport PEV national*. Niamey : MSP.

Nguyen, V.-K. (2009). *La fabrique des vaccins et les formes de pouvoir*. In V. Desclaux & A. Sow (Eds.), *Les formes de la vaccination* (pp. 133–156). Paris : Karthala.

OMS. (2021). *Stratégie de vaccination COVID-19 au Niger*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

UNICEF. (2023). *Analyse de l'hésitation vaccinale en Afrique de l'Ouest*. Dakar : Bureau régional de l'UNICEF.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-directif

Objectif : Explorer les représentations sociales de la vaccination et les perceptions autour de la COVID-19.

Thématiques abordées :

1. Expérience personnelle et familiale des maladies épidémiques.
2. Connaissance et perception des campagnes de vaccination.
3. Sources d'information et canaux de communication.
4. Rôle des leaders et acteurs communautaires.
5. Discours, doutes, rumeurs et croyances associées aux vaccins.
6. Suggestions d'amélioration ou de réorganisation des campagnes.

Exemple de questions :

- Avez-vous déjà entendu parler de la vaccination contre la COVID-19 ? Qu'en pensez-vous ?
- Quelles maladies vous font le plus peur dans votre quartier ? Pourquoi ?
- Qui vous informe sur la santé ? À qui faites-vous le plus confiance ?
- Quels conseils donneriez-vous pour améliorer les campagnes de vaccination ?

Annexe 2 : Tableau de synthèse des campagnes de vaccination (2015–2024)

Année	Type de vaccination	Cibles prioritaires	Partenaires principaux	Couverture estimée
2015	Rougeole	Enfants de moins de 5 ans	OMS, UNICEF	89 %
2018	Méningite A	Adolescents 10–19 ans	GAVI, MSF	92 %
2021	COVID-19 (première phase)	Personnes âgées, soignants	COVAX, OMS	38 %
2022	COVID-19 (extension)	Adultes + comorbidités	OMS, UNICEF	52 %
2023	Polio (rattrapage)	Enfants 0–5 ans	GAVI, OMS	94 %

Annexe 3 : Cartographie des districts sanitaires étudiés

Zones d'enquête :

- **District 1 – Koira Kano** : Zone urbaine densément peuplée, forte mobilité, accès variable aux soins.

- **District 5 – Banga Bana** : Quartier périphérique, population en précarité, faible couverture sanitaire.

Indicateurs :

- Nombre de centres de santé : 4 (Koira Kano), 2 (Banga Bana)

- Couverture vaccinale moyenne (2022) : 78 % (Koira Kano), 66 % (Banga Bana)

- Nombre d'agents relais actifs : 12 (Koira Kano), 6 (Banga Bana)

Ces annexes permettent de contextualiser les résultats de l'étude, d'assurer la transparence méthodologique, et d'ouvrir la voie à une répliquabilité future dans d'autres régions ou contextes similaires.