

## EXAMEN RAPIDE :

# HÉSITATION VACCINALE ET RENFORCEMENT DE LA CONFIANCE DANS LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Un vaccin contre la COVID-19 a été élaboré comme la solution ultime nécessaire pour mettre fin à la pandémie. Un nombre important de vaccins expérimentaux sont en cours de développement, et plusieurs d'entre eux font l'objet d'essais cliniques, dont les premiers résultats prometteurs ayant été publiés récemment.<sup>1</sup> Bien que cela confère de l'espoir dans le cadre d'une solution à la pandémie, cela soulève également des préoccupations quant à la manière dont les vaccins seront déployés et acceptés. L'un des défis est « l'hésitation vaccinale ». Les données indiquent que les bienfaits pour la santé publique des vaccins approuvés contre la COVID-19 seront compromis par l'hésitation des populations à se faire vacciner.<sup>2-9</sup> Dans l'émergence de la nouvelle discipline de l'« infodémiologie » et des « débats mésinfodémiques »,<sup>10,11</sup> l'on suppose que cette réticence est principalement motivée par l'exposition des populations à la désinformation et qu'elle peut être contrecarrée par l'« inoculation » de faits au public.<sup>12</sup>

Cette note stratégique s'inspire de la documentation en sciences sociales et d'entretiens informels avec des experts pour démontrer que l'hésitation vaccinale est plus complexe et spécifique au contexte, et reflète souvent diverses préoccupations quotidiennes, et pas seulement, ni même principalement, l'exposition à la désinformation ou aux militants anti-vaccin. Sur cette base, la note stratégique propose des stratégies afin de guider les décideurs, les responsables de la santé publique, les concepteurs de vaccins, les agents sanitaires, les chercheurs, les défenseurs, les communicateurs, les acteurs médiatiques ainsi que les autres intervenants qui participent au développement, à la communication et au déploiement de vaccins afin de renforcer la confiance dans les vaccins contre la COVID-19. Cette note stratégique fait partie de la série inhérente aux considérations en matière de sciences sociales élaborée par la Plateforme Social Science in Humanitarian Action ([SSHAP](#)) consacrée aux vaccins contre la COVID-19, et a été rédigée par Tabitha Hrynick, Santiago Ripoll, et Megan Schmidt-Sane. La responsabilité inhérente à cette note stratégique revient à la SSHAP.

# HÉSITATION VACCINALE ET CONFIANCE

## HESITATION VACCINALE

Bien que les vaccins soient reconnus comme l'une des mesures de santé publique la plus efficace, un nombre croissant de personnes estiment que les vaccins sont dangereux ou inutiles. Cela est considéré comme une menace croissante pour la réussite des programmes de vaccination, car les taux de couverture vaccinale sont en diminution à l'échelle mondiale.<sup>14</sup> En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a identifié cela comme une menace majeure pour la santé mondiale.<sup>17</sup>

L'OMS définit l'hésitation vaccinale comme un « retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité des services de vaccination ».<sup>18</sup> Il s'agit d'un continuum allant de l'acceptation complète au refus intégral.<sup>13,15,19</sup> Un groupe de travail sur l'hésitation vaccinale faisant partie du Groupe consultatif scientifique sur les urgences britannique définit ce phénomène davantage comme suit : *Un comportement, influencé par plusieurs facteurs, y compris des questions relatives à la confiance [ne pas faire confiance au vaccin ou au fournisseur], à la complaisance [ne perçoivent pas le besoin d'un vaccin, ne valorisent pas le vaccin] et à la commodité [accès].*<sup>19</sup>

Le groupe de travail a défini les déterminants de l'hésitation vaccinale autour de trois domaines :

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Influences individuelles et de groupe | Perceptions personnelles des vaccins ou influences de l'environnement social   |
| Influences contextuelles              | Facteurs historiques, socioculturels, environnementaux, du système de santé/institutionnels, économiques ou politiques |
| Vaccin et vaccination                 | Questions liées aux caractéristiques du vaccin, au développement du vaccin ou au processus de vaccination              |

D'autres facteurs comportementaux sont susceptibles d'influer sur l'adoption du vaccin, notamment la complaisance (perception du risque, gravité de la maladie), les sources d'informations,<sup>20</sup> les caractéristiques sociodémographiques,<sup>5</sup> le niveau d'engagement des populations envers la culture du risque ainsi que leur niveau de confiance dans les autorités sanitaires et la médecine conventionnelle.<sup>21</sup>

## CONFIANCE VACCINALE

---

À l'inverse, la confiance vaccinale représente la conviction selon laquelle la vaccination, ainsi que les fournisseurs, le secteur privé et les acteurs politiques qui en sont à l'origine, servent les meilleurs intérêts du public en matière de santé.<sup>22</sup> À l'instar de la « réticence », elle est extrêmement variable et ancrée dans le contexte politico-économique.<sup>23,24</sup> La communication d'informations cohérentes et scientifiquement exactes peut modérer une certaine hésitation vaccinale, mais la confiance vaccinale ne peut s'améliorer que si des efforts sont mis en œuvre pour accroître la confiance du public dans l'efficacité et l'innocuité du vaccin, dans les interventions en matière de santé publique, dans les systèmes de santé et dans le gouvernement en général.<sup>23,24</sup>

## ÉVOLUTION DE L'HÉSITATION ET DE LA CONFIANCE VACCINALE

---

L'hésitation vaccinale n'a rien de nouveau, en réalité, elle est aussi ancienne que la vaccination.<sup>13-16</sup> En Europe au 18<sup>e</sup> siècle, beaucoup considéraient la vaccination comme « allant à l'encontre du plan de Dieu ». Le siècle suivant a été témoin de l'émergence de la Ligue anti-vaccination en Grande-Bretagne.<sup>25</sup> Au début du 20<sup>e</sup> siècle, dans certains environnements africains, les autorités coloniales ont contraint les populations à se faire vacciner, provoquant la résistance.<sup>26</sup> Dans les années 1970, le mouvement anti-vaccination a gagné en popularité dans les milieux occidentaux à la suite d'un rapport<sup>27</sup> (réfuté par la suite) sur les réactions indésirables au vaccin contre la coqueluche. Depuis la fin des années 1990, l'hésitation a été davantage stimulée par la controverse au sujet des liens allégués (réfutés scientifiquement) entre la vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons et l'autisme.<sup>28,29</sup> Dans les années 1990 et au début des années 2000, des rumeurs ont émergé reliant les vaccins à l'infertilité faisant échouer les initiatives de vaccination en Afrique de l'Ouest.<sup>30</sup> Lorsqu'on les place dans une perspective historique, deux tendances se dégagent : premièrement, le fait que les vaccins ont été perçus comme causant davantage de dommages que les maladies qu'ils sont censés prévenir ; et deuxièmement, qu'une grande partie de cette préoccupation est enracinée dans les tensions entre les citoyens et les autorités, souvent engendrées par des politiques de vaccination obligatoire.<sup>31-33</sup>

Malgré une abondance de données scientifiques inhérentes à l'innocuité et l'efficacité des vaccins existants, d'autres discours ont continué d'émerger au 21<sup>e</sup> siècle, ce qui a généré l'hésitation vaccinale.<sup>34</sup> Ceux-ci sont souvent motivés par certains types d'information négative utilisés pour discuter des questions liées au vaccin. Globalement, ils peuvent être classés comme suit :

**Fausse information** : des informations erronées ou inexactes, y compris des rumeurs, destinées à duper ou non ;<sup>35,36</sup> et **désinformation** : informations intentionnellement erronées, diffusées à des fins politiques, économiques ou sociales et **théories du complot** : explications alternatives d'événements.<sup>37,38</sup> Ces types d'informations qui se développent généralement en période d'incertitude (comme durant des épidémies), ont été associés à une probabilité moindre d'adopter des comportements en matière de santé publique, y compris la vaccination, et se propagent souvent rapidement, en particulier via les médias sociaux.<sup>13,14,36,37</sup> Les populations utilisent parfois les fausses informations pour tenter de résoudre collectivement des problèmes en l'absence d'informations exactes, y compris lorsque les informations provenant des autorités sont contradictoires ou incohérentes.<sup>36</sup>

## ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'HÉSITATION VACCINALE EN MATIÈRE DE SCIENCES SOCIALES

Lors d'épidémies antérieures, des chercheurs en sciences sociales ont révélé que l'hésitation vaccinale était façonnée par des dimensions supplémentaires et complexes au-delà des seules informations. Il sera essentiel de tenir compte des communautés et des contextes dans lesquels la vaccination a lieu, et de ce qui motive les populations à participer dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19.

### INFLUENCES INDIVIDUELLES ET DE GROUPE

**Informations et connaissances.** Les débats sur l'hésitation vaccinale ignorent souvent les réalités socioculturelles et politiques. Ils interprètent les publics comme étant ignorants, soumis à la désinformation ou aux fausses informations, et donc nécessitant des informations « correctes ». Toutefois, il est essentiel de comprendre les contextes plus larges au sein desquels les différentes formes d'informations émergent et se développent. Elles n'émergent pas du néant, mais proviennent d'écosystèmes de « culture, de politique, d'expériences personnelles, de croyances et d'histoires ».<sup>36</sup> Une interprétation restrictive des publics comme des « pages blanches » ne tient pas compte des raisons pour lesquelles les individus interprètent les informations de certaines manières. Les individus sont différents, et présentent des expériences sanitaires, sociales et politiques individuelles qui influencent leur opinion au sujet de la vaccination. Par exemple, les individus sont susceptibles d'accepter certains vaccins tout en refusant d'autres, ils peuvent avoir des préoccupations légitimes en ce qui concerne la fiabilité du gouvernement et des mesures de santé publique,<sup>39</sup> du scepticisme quant au rôle des

« experts scientifiques », <sup>40</sup> des expériences historiques de marginalisation <sup>41</sup> ou de déploiement de vaccin militarisé, <sup>42</sup> et autres.

**Notions sociales et culturelles du corps, de l'immunité et de la puissance.** Différents groupes sociaux ont également des notions variables d'immunité et de puissance, qui influencent leur rapport à la vaccination. Cela varie considérablement d'un pays à l'autre et à l'intérieur de celui-ci. Par exemple, les vaccins peuvent être perçus comme étant trop « puissants », ou attaquant le corps et s'avérant nuisibles à l'immunité naturelle. <sup>43</sup> Des préoccupations peuvent également surgir en ce qui concerne les antigènes et adjuvants vaccinaux, qui peuvent être perçus comme étant toxiques ou trop immunogènes, comme cela s'est produit au Canada lors de la pandémie de grippe H1N1 survenue en 2009. <sup>44</sup> Il existe des exemples de campagnes et d'essais de vaccination réussis qui ont tenu compte de ces notions et ont utilisé des termes et des concepts locaux avec des résultats positifs quant à la confiance et l'adoption des vaccins. <sup>30</sup> Par exemple, les travailleurs de première ligne ont utilisé les concepts locaux de « soldats dans le sang » et de « puissance » pour expliquer le fonctionnement des vaccins aux participants potentiels à l'essai en Gambie. <sup>30</sup>

**Dimensions communautaires de la confiance.** Les acteurs locaux de confiance contribuent à façonner la perception des populations à l'égard des vaccins et des programmes de vaccination. Les prestataires de soins de santé locaux, par exemple, sont souvent les mieux placés pour administrer des vaccins de manière à renforcer la confiance. En revanche, les campagnes de vaccination de masse menées par des intervenants externes inconnus ont suscité la peur et la réticence, comme cela a été le cas, par exemple, lors des vaccinations contre la poliomyélite au Nigéria, <sup>30</sup> et des essais de vaccins contre le virus Ebola en République démocratique du Congo (RDC). <sup>45</sup> Néanmoins, les populations peuvent également se méfier des services de santé de manière générale. En Sierra Leone, les expériences d'humiliation et de marginalisation dans les centres de santé, associées à des inquiétudes concernant les coûts financiers, ont mené les populations à éviter complètement les centres de santé voire même à cacher leurs enfants durant les campagnes de vaccination. <sup>46</sup>

En particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI), les populations sont susceptibles de faire confiance et de dépendre d'un éventail de fournisseurs de soins de santé non biomédicaux (guérisseurs traditionnels, religieux ou herboristes, vendeurs de médicaments, etc.), dont certains peuvent se sentir menacés par la vaccination et la déconseiller. Certaines autorités religieuses ont également déconseillé la vaccination parmi les disciples, en préconisant parfois la guérison par la foi à la place. Toutefois, lorsque des chefs religieux et des guérisseurs traditionnels ont été impliqués dans les

programmes de vaccination dès leur création, ils se sont avérés des défenseurs positifs de la vaccination au sein de leurs communautés.<sup>47,48</sup>

## **INFLUENCES CONTEXTUELLES : ÉCONOMIE POLITIQUE ET CONFIANCE**

---

Les expériences historiques et politiques de négligence, de discrimination ou d'abus constituent un terrain fertile pour que la désinformation gagne en popularité et devienne « plausible ». <sup>49</sup> L'hésitation vaccinale est davantage susceptible de se développer dans des contextes au sein desquels les inégalités sont élevées et où les citoyens ne participent pas au gouvernement et aux systèmes de santé, car les populations sont susceptibles de percevoir l'État (et ses partenaires) comme ayant des motifs cachés (et nuisibles) concernant la vaccination.<sup>39</sup>

**Clivages politiques ou sociaux.** La vaccination a été perçue comme causant des dommages intentionnels à des groupes spécifiques ou comme un moyen de les contrôler. Dans le nord du Nigeria et au Niger par exemple, les dirigeants islamiques ont interprété la vaccination contre la polio comme un moyen de stériliser les musulmans, et ont associé cela à la répression par le gouvernement central et aux tentatives « occidentales » d'empêcher leurs populations de croître.<sup>23,50,51</sup>

**Militarisation des campagnes de vaccination.** De nombreuses campagnes de vaccination ont été militarisées, reflétant ou impliquant activement des actions militaires (ou policières) pour déployer des vaccins.<sup>30,52</sup> Bien que cela puisse être efficace sur le plan logistique, cela est susceptible d'exacerber la peur et la méfiance, notamment dans des contextes où les forces armées sont associées à la répression et à la violence.<sup>53</sup>

**Vaccination obligatoire.** Les populations qui ont fait l'objet d'une vaccination obligatoire (ou d'autres mesures coercitives de santé publique), ou qui se sont senties maltraitées ou exploitées par des essais de médicaments, sont moins susceptibles de faire confiance à de futurs programmes de vaccination.<sup>30</sup> Bien que l'acceptabilité de la vaccination coercitive varie selon le contexte, la vaccination obligatoire peut améliorer l'adoption globale, mais également la méfiance des populations hésitantes à se faire vacciner.<sup>54,55</sup> Les histoires concernant la recherche du profit et les sociétés pharmaceutiques de connivence avec les gouvernements peuvent exacerber cette méfiance.

## VACCINS ET VACCINATION

---

**Accessibilité.** Il est essentiel de faire la distinction entre le manque d'accès ou l'insuffisance des services de vaccination et l'hésitation vaccinale. Les exigences relatives à l'activité professionnelle ou aux soins en matière de temps, le manque d'accès physique aux postes de vaccination, une logistique inadéquate, des ressources limitées, des conflits ou de l'insécurité sont susceptibles d'être à l'origine de ce qui peut sembler être un manque de demande de vaccination. Dans les contextes d'extrême pauvreté, de charge de morbidité élevée, ou inversement, de faible charge de morbidité épidémique, la vaccination peut ne pas constituer une priorité pour les populations.<sup>19,56</sup>

**Perceptions des risques liés aux maladies et aux vaccins.** Dans des situations d'incertitude, les individus sont susceptibles de faire des choix en fonction du risque perçu d'une maladie elle-même par rapport aux risques liés à la vaccination. La dynamique d'une flambée épidémique de maladie (p. ex., taux d'exposition et de transmission réels et perçus) variera d'un contexte à l'autre et contribuera à façonner les évaluations des risques des populations.

Différents vaccins présentent des degrés d'efficacité différents en termes de pourcentage de réduction de l'incidence de la maladie parmi le groupe vacciné par rapport à un groupe non vacciné dans des conditions optimales ; ce n'est jamais 100 %. Cela peut générer de la confusion quant à la raison pour laquelle certaines personnes sont infectées même lorsqu'elles ont été vaccinées.<sup>57</sup> La confiance dans un vaccin peut également diminuer si les populations le perçoivent comme étant peu efficace (p. ex., vaccin contre la grippe H1N1 en Europe et aux États-Unis).<sup>58</sup>

Les signalements d'événements indésirables, aussi inhabituels soient-ils, peuvent susciter ou aggraver la méfiance. Les populations sont susceptibles d'attribuer au vaccin d'autres maladies ou problèmes de santé non apparentés qui apparaissent au cours de la période de vaccination. Les populations peuvent également se demander si un vaccin est dangereux pour certains groupes (p. ex., personnes âgées, nourrissons, enfants, femmes enceintes, différents groupes ethniques).

Les agents sanitaires hésitent parfois à se faire vacciner, surtout dans le cas de vaccins développés rapidement en cas d'urgence. Par exemple, certains agents sanitaires se sont méfiés ou ont refusé le vaccin contre le virus Ébola en RDC, et les membres du personnel soignant européens n'étaient pas certains de l'innocuité du vaccin contre la grippe A H1N1 de 2009.<sup>45,59</sup>

**Perceptions du déploiement des vaccins.** Le fait de savoir qui est éligible et prioritaire pour recevoir des vaccins a engendré la méfiance à l'égard des programmes de vaccination dans le passé. Les recherches menées durant l'épidémie de virus Ébola survenue en RDC (2018-2019) ont révélé que lorsque seuls les agents sanitaires recevaient des vaccins, d'autres personnes exprimaient un fort désir d'être vaccinées et étaient contrariées d'être exclues.<sup>60</sup>

Le mode de prestation des services (cliniques mobiles ou fixes, vaccination combinée à d'autres services de santé humaine ou animale) contribue à façonner la confiance et l'adoption, et les préférences varient selon les groupes.<sup>61</sup> Les services de vaccination ont connu davantage de succès lorsque les sensibilités locales en matière de genre et de culture ont été intégrées.<sup>62</sup> Les mesures d'incitations à participer peuvent contribuer à augmenter la participation, mais également avoir l'effet inverse si elles sont réparties de façon inéquitable, ce qui alimente les perceptions préexistantes de l'injustice.<sup>51</sup>

La coexistence de plusieurs vaccins au sein du même contexte peut engendrer la méfiance. Deux vaccins différents ont été déployés simultanément durant une épidémie de virus Ébola survenue dans la Province du Nord-Kivu, en RDC ; il y avait des exigences différentes concernant le transport et l'administration des vaccins, le nombre de doses et l'admissibilité, ainsi que des protocoles de vaccination différents (vaccination de masse par opposition à vaccination en anneau). Cela a généré confusion et anxiété.<sup>63,64</sup>

## VACCINATION CONTRE LA COVID-19

### PREUVE DE L'HÉSITATION VACCINALE PAR RAPPORT À LA COVID-19

Selon les experts, entre 80 et 90 % de la population doit se faire vacciner contre la COVID-19 pour endiguer la pandémie.<sup>5</sup> Néanmoins, les enquêtes qui émergent de divers contextes indiquent une hésitation généralisée à l'égard des vaccins contre la COVID-19, avec d'importantes différences entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci.<sup>3,5-7,9</sup> Des études récentes menées dans 19 pays ont révélé que la proportion de personnes déclarant accepter un « vaccin éprouvé, sûr et efficace » variait d'environ 90 % en Chine contre 55 % en Russie.<sup>3</sup> Une autre étude a révélé que 36 % et 51 % des personnes interrogées au Royaume-Uni et aux États-Unis respectivement avaient indiqué être « indécises » ou « peu susceptibles de se faire vacciner ».<sup>5</sup>

La gamme complexe de facteurs sociaux, politiques, économiques et culturels qui ont toujours une incidence sur l'adoption des vaccins présentera également un impact sur les vaccins contre la COVID-19, en plus de nombreux nouveaux défis. Bien que certains facteurs clés soient susceptibles de générer des hésitations de façons similaires au sein



de tous les contextes, ces dynamiques sont également extrêmement spécifiques au contexte.

## DÉFIS INHÉRENTS À LA CONFIANCE DANS LE VACCIN CONTRE LA COVID-19

---

### Développement accéléré et nouveauté des vaccins contre la COVID-19

- **Tests d'innocuité et d'efficacité des vaccins.** La rapidité de la mise au point et des essais de vaccins est un facteur important d'hésitation à l'égard du vaccin contre la COVID-19, car elle mine la confiance de certaines personnes quant au fait qu'un nombre suffisant de tests d'efficacité et d'innocuité sont effectués avant l'approbation de l'utilisation parmi les populations.
- **Plateformes innovantes.** De nombreux vaccins contre la COVID-19 sont fabriqués en utilisant des plateformes totalement nouvelles,<sup>65</sup> ce qui est susceptible de renforcer les réserves des population concernant leur innocuité. Les plateformes d'ADN et d'ARNm en particulier, peuvent générer de l'anxiété et des inquiétudes.<sup>66</sup>
- **Absence de bilans d'innocuité pour les vaccins approuvés.** Une fois approuvés, les vaccins contre la COVID-19 n'auront pas de bilan d'innocuité à long terme, ce qui est susceptible de rendre de nombreuses personnes nerveuses à l'idée de les recevoir jusqu'à ce qu'ils soient utilisés en toute sécurité depuis un certain temps. Les effets indésirables résultant d'un vaccin, ou semblant en résulter, peuvent également nuire à la confiance dans le vaccin.<sup>67,68</sup>
- **Incertitudes concernant la COVID-19.** De nombreuses inconnues demeurent concernant le virus du SARS-CoV-2 et de la COVID-19. Cela peut miner la confiance des populations selon laquelle il est possible de fabriquer avec succès des vaccins sûrs et efficaces tout en continuant à manquer de compréhension au sujet du virus, de sa transmission, et de la maladie.
- **Incertitudes concernant les nouveaux vaccins.** La durée de l'immunité offerte par les nouveaux vaccins est encore inconnue. De même, à mesure que de nouveaux vaccins sont approuvés, les informations relatives au type de protection (prévention des maladies et/ou prévention de la transmission, y compris au sein de différents groupes démographiques) sera retardée.<sup>5,69</sup>
- **Manque de transparence dans la mise au point et les essais de vaccins.** Les sociétés pharmaceutiques ne publient pas souvent de protocoles d'essai ou de résultats, car cela peut compromettre la méthodologie des essais (p. ex., en aveugle) ou nuire à leur compétitivité sur le marché. Un manque de transparence est susceptible de miner la confiance, de donner lieu à des théories de conspiration et de renforcer la méfiance préexistante du public à l'égard de l'industrie pharmaceutique.<sup>70</sup>

- **Petits développeurs inconnus.** Bien que de nombreuses personnes soient susceptibles de se méfier des grandes sociétés pharmaceutiques, bon nombre des centaines de vaccins contre la COVID-19 en développement sont produits par des fabricants plus petits et moins connus, ce qui peut également contribuer à miner la confiance.<sup>71</sup>

## Environnement et mesures en matière d'information et de communication

- **Médias sociaux et expositions aux fausses informations.** Le développement de l'utilisation des médias sociaux offre des possibilités de propagation de fausses informations concernant le vaccin contre la COVID-19.<sup>72</sup> Cela se produit parallèlement à la propagation au sein de canaux hors ligne également, en particulier dans des contextes au sein desquels l'accès à Internet est limité. Les chercheurs ont révélé que l'exposition aux fausses informations était susceptible d'engendrer une baisse de l'intention déclarée de se faire vacciner contre la COVID-19, même chez les personnes ayant déjà déclaré avoir l'intention « absolue » de se faire vacciner au Royaume-Uni et aux États-Unis.<sup>8</sup> Dans les environnements africains, des rumeurs selon lesquelles les Africains serviraient de cobayes dans le cadre d'expérimentations ou seraient empoisonnés par des vaccins occidentaux se répandent sur les réseaux sociaux.<sup>73,74</sup> Comme il a été évoqué, différents récits peuvent émerger et provoquer des angoisses spécifiques au sein de différents contextes et groupes.
- **Narration et émotion par opposition aux faits et à l'autorité traditionnelle.** De nombreuses personnes sont davantage attirées par la « vitesse, les émotions et les histoires mémorables » de plus en plus privilégiées par les prestataires de services de médias modernes que par les rapports basés sur les faits et les appels aux formes traditionnelles d'autorité.<sup>68,75</sup>
- **Autorité scientifique.** Les fausses informations qui paraissent scientifiques, ou l'hésitation qui est exprimée par les personnes ayant des connaissances médicales spécialisées, telles que les agents sanitaires, sont susceptibles d'affecter la confiance vaccinale. Par exemple, la réticence des membres du personnel soignant face aux vaccins COVID-19<sup>76,77</sup> peut être transféré explicitement ou implicitement aux patients (par exemple, en ne répondant pas suffisamment à leurs questions).<sup>78</sup>
- **Défi inhérent à la communication des complexités des vaccins.** Il y aura probablement plusieurs vaccins contre la COVID-19 disponibles, avec différents niveaux d'efficacité, profils de risque, modes d'administration, plans de priorisation, calendriers de vaccination et exigences en matière d'innocuité. La complexité de l'introduction de plusieurs vaccins en peu de temps peut générer de la confusion et de la frustration si elle n'est pas communiquée de manière efficace.<sup>5</sup>

## La politisation du développement et du déploiement du vaccin contre la COVID-19

- **Politisation nuisible du développement de vaccins.** La mise au point d'un vaccin s'est emmêlée avec la politique nationale et internationale, certains gouvernements désirant être considérés comme développant et livrant les premiers vaccins efficaces contre la COVID-19.<sup>75,79,80</sup> Cela peut miner la confiance, notamment en soulevant des préoccupations au sujet du développement précipité.
- **Tentatives politiques de contrôler les récits sur la COVID-19.** Afin de calmer le public ou de maintenir une perception de contrôle, certains gouvernements ont minimisé la pandémie et réprimé les actualités ou les rumeurs au sujet de la COVID-19 même lorsqu'elles s'avéraient véridiques (p. ex., concernant l'existence ou l'ampleur d'une flambée épidémique et de la transmission communautaire).<sup>81</sup> Cela peut miner la confiance du public et, par conséquent, la confiance vaccinale.
- **La gestion antérieure par les gouvernements de la riposte contre la COVID-19** est susceptible de miner la confiance vaccinale. Par exemple : les mesures coercitives, la mesure selon laquelle les personnes ont été soutenues pour répondre à leurs besoins essentiels dans un contexte de pertes financières, le comportement des représentants du gouvernement, la clarté de l'information, la réussite des interventions telles que les tests ou le suivi des contacts, ou des soupçons selon lesquels des représentants du gouvernement ou d'entités privées liées tirent des bénéfices des activités de riposte.
- **Communautés marginalisées.** Les communautés marginalisées (p. ex., les minorités ethniques ou religieuses et les personnes démunies) qui ont été victimes de négligence ou d'abus de la part de l'État ou du système de santé sont susceptibles d'avoir moins confiance dans les vaccins contre la COVID-19 et dans les institutions et les experts qui les communiquent et les administrent. Cela est exacerbé lorsque les informations sanitaires ne sont pas adaptées aux langues locales ou lorsque les populations manquent d'accès aux services de santé, comme dans le cas des réfugiés. Aux États-Unis, par exemple, ce sont les communautés noires qui hésitent le plus à se faire vacciner contre la COVID-19.<sup>2,7</sup> Les rumeurs et les théories du complot peuvent présenter davantage d'impact parmi les groupes marginalisés en raison des expériences antérieures d'exclusion qui les rendent plus plausibles.
- **Autres communautés.** Toutes les communautés présentant un faible niveau de confiance dans la vaccination ne sont pas marginalisées. De nombreuses personnes appartenant à différents groupes de revenu, niveaux de scolarité et contextes se méfient de la biomédecine ou préfèrent les méthodes « naturelles » ou « traditionnelles » et sont susceptibles de refuser les vaccins contre la COVID-19, comme elles l'ont fait avec d'autres.

- **Inquiétudes quant au fait de servir de cobaye.** Les données indiquent que des populations au sein de certains environnements africains pourraient craindre de servir de cobayes avec des vaccins.<sup>6</sup> Par exemple, les commentaires faits par un chercheur au début de la pandémie, selon lesquels les vaccins contre la COVID-19 devraient d'abord être testés sur les populations africaines, ont probablement contribué à cela.<sup>13</sup>

## **MANIÈRES DE RENFORCER LA CONFIANCE DANS LES VACCINS CONTRE LA COVID-19**

À ce jour, les gouvernements et les acteurs de la santé publique se sont davantage concentrés sur le développement de vaccins que sur le renforcement de la confiance vaccinale. Vous trouverez ci-dessous des stratégies et des approches qui peuvent aider les responsables politiques, les autorités sanitaires, les concepteurs de vaccins, les membres du personnel soignant, les chercheurs, les défenseurs, les communicateurs, les médias et d'autres intervenants à instaurer et à maintenir la confiance du public dans les vaccins contre la COVID-19 et, par conséquent, leur adoption future. Des approches pluridimensionnelles, adaptées aux contextes sociopolitiques, aux groupes sociaux spécifiques et même aux individus, sont susceptibles de produire les meilleurs résultats.<sup>78</sup>

### **DÉVELOPPEMENT ET APPROBATION**

Il est impératif de renforcer la confiance du public tandis que le nombre croissant de vaccins soumis à des essais et des étapes d'approbation approchent du déploiement.

- **Engager une « bonne politique »** autour du développement et de l'approbation des vaccins (et du déploiement). Il est impossible d'éviter la « politisation » dans la mesure où des décisions politiques sont nécessaires pour agir. Toutefois, cela devrait être effectué avec transparence, responsabilité et engagement démocratique et participatif en matière de vaccination, ainsi que par la riposte plus générale en matière de santé publique.
- **Faire preuve de transparence autant que possible dans les processus d'essais.** Communiquer clairement les informations et les données dans des formats accessibles. Partager les protocoles et les résultats des essais dans la mesure du possible (y compris les explications en cas d'événements médicaux indésirables). Partager la composition des vaccins et leur mode de fonctionnement.
- **Garantir l'innocuité des vaccins.** Neuf fabricants de vaccins se sont récemment engagés à ne pas soumettre de vaccins pour approbation aux États-Unis jusqu'à ce que leur innocuité soit prouvée dans le cadre d'essais cliniques de grande envergure afin d'apaiser les craintes entourant la pression politique pour accélérer le

développement.<sup>82</sup> Cela pourrait être mis à l'échelle et/ou adapté, y compris parmi différents groupes d'acteurs pour ajouter une couche supplémentaire de réassurance pour le public.

## COMMUNICATION CRÉATIVE ET DIALOGUE HONNÊTE

---

- **Faire preuve d'imagination et de dynamisme dans les communications**, notamment par l'intermédiaire d'histoires (p. ex., des histoires personnelles auxquelles les gens peuvent s'identifier), d'émotions, d'appels à l'empathie et d'altruisme, et en utilisant des mèmes pour transmettre les informations clés de façon engageante.<sup>75,83</sup> Cela nécessite une évaluation contextuelle afin de déterminer les préférences en matière de communication et les besoins linguistiques. Les supports accessibles peuvent aider les populations à donner un sens aux choses en cette période intrinsèquement incertaine et tendue.
- **Utiliser un large éventail de plateformes**, à la fois hors ligne et en ligne, y compris les médias sociaux, pour une communication claire concernant les types de vaccins et le processus de leur déploiement. Utiliser toutes les langues parlées ainsi que des images visuelles provenant de plateformes dans lesquelles les populations ont confiance.
- **Exploiter les terminologies et compréhensions locales** de la vitalité, de la puissance et de l'immunité dans les communications sur la vaccination.
- **Rappeler au public d'agir de façon responsable et de réfléchir à l'exactitude** avant de publier ou de partager des informations oralement ou sur les médias sociaux en ligne.<sup>84</sup>
- **Utiliser le dialogue ouvert**, il est essentiel de répondre aux questions et aux inquiétudes des populations et d'écouter leurs préoccupations et leurs priorités. Il convient d'y répondre dans le cadre d'autres activités liées à la vaccination.<sup>85</sup> Des modèles réussis ont été réalisés dans le cadre d'essais de vaccins contre le virus Ébola en Sierra Leone.<sup>39</sup>
- **Être honnête au sujet des incertitudes**, ce qui est connu et ce qui ne l'est pas, et ne pas présumer que les publics sont uniquement capables de traiter des informations simples. La communication de questions complexes peut être effectuée par le biais du dialogue, et des moyens locaux appropriés de concevoir et de diffuser davantage de messages sont également susceptibles d'émerger de ces discussions.
- **Les techniques de motivation centrées sur le patient** dans les entretiens entre le patient et le personnel soignant (par opposition à des approches plus conflictuelles) peuvent contribuer à renforcer la confiance vaccinale par l'écoute empathique et éviter de réfuter les « fausses opinions ».<sup>78</sup>

## AGIR ENSEMBLE

---

- **Collaborer avec des influenceurs de confiance** dans le domaine de la santé publique et au-delà – des célébrités nationales et internationales aux « influenceurs » en ligne, en passant par des prestataires de soins de santé alternatifs et des dirigeants locaux de confiance – pour transmettre l'information et faciliter le dialogue de manière convaincante. N'oubliez pas qu'il n'est pas toujours évident de savoir qui est digne de confiance à l'échelle locale.
- **Co-concevoir et discuter des stratégies de vaccination avec les citoyens**, y compris la manière de prioriser l'accès une fois que les vaccins seront disponibles. La priorisation peut être réalisée géographiquement (p. ex., lorsqu'il existe une transmission ou un risque plus élevés), par groupe professionnel (p. ex., priorisation du personnel de première ligne), par âge ou statut médical (p. ex., les personnes âgées, les personnes atteintes d'affections préexistantes). Cela sera essentiel pour renforcer et maintenir la confiance du public, surtout lorsque la confiance vaccinale est déjà faible. Les jurys de citoyens sont un modèle utile utilisé lors d'épidémies antérieures.<sup>86,87</sup>
- **Collaborer avec les agents sanitaires de première ligne, y compris les prestataires de soins de santé non biomédicaux** pour atténuer l'hésitation à se faire vacciner, en s'assurant qu'ils sont en mesure de communiquer de manière efficace au sujet des vaccins contre la COVID-19.<sup>78</sup>

## SURVEILLANCE DE LA CONFIANCE VACCINALE

---

Différents types de mesures de surveillance doivent se renforcer les uns les autres et, ensemble, permettre d'éclairer directement la mobilisation des communautés.

- **Poursuivre les enquêtes quantitatives pour évaluer continuellement** l'hésitation et la confiance vaccinale et surveiller les changements, y compris par groupe social (par sexe, âge, origine ethnique, emplacement, etc.). Une concentration et des ressources supplémentaires sont nécessaires pour les enquêtes réalisées dans les PRFI.
- **Les études qualitatives sur l'hésitation et la confiance vaccinale** sont essentielles pour éclairer la stratégie et les politiques. Une enquête en sciences sociales rapide, formative et approfondie peut permettre de comprendre le contexte inhérent aux causes fondamentales, aux caractéristiques et aux trajectoires de l'hésitation.
- **Collecte et analyse continues des retours communautaires** afin de comprendre les idées fausses, les rumeurs et les préoccupations émergentes et en évolution. En parallèle, surveiller les perceptions des campagnes de vaccination et de l'expérience de vaccination.

- **Suivre (et traiter) la désinformation et les fausses informations en ligne et hors ligne** et évaluer ses risques inhérents pour la confiance vaccinale, p. ex., en examinant si les communautés au sein desquelles elles circulent sont marginalisées. Harmoniser les mesures indépendantes à cet effet au sein des régions ou des secteurs.

## DEPLOIEMENT DU VACCIN

---

- **Renforcer rapidement la communication, le dialogue et la planification avec les communautés dans les meilleurs délais** concernant ce à quoi pourrait ressembler le déploiement de vaccins, notamment lorsqu'il existe des complexités liées à des vaccins multiples, déployés et fonctionnant de différentes manières.
- **Gérer les attentes** quant à l'efficacité probable du vaccin, à l'ordre de priorité des personnes et au fait que la vie pourrait ne pas « revenir à la normale » pendant un certain temps après le déploiement des vaccins.<sup>69</sup>
- **Éviter les stratégies coercitives** dans la mesure où cela est susceptible de nuire à la confiance, de provoquer de l'hésitation et d'enraciner la détermination contre la vaccination.
- **Veiller à ce que les vaccins soient administrés par des intervenants de confiance** tels que des prestataires de soins de santé locaux, y compris des praticiens non biomédicaux, le cas échéant, et éviter de déployer les forces armées. Utiliser autant que possible les infrastructures existantes (comme pour les campagnes de vaccination systématique), dans la mesure où cela est susceptible d'inspirer davantage de confiance.<sup>5</sup>
- **Veiller à ce que toutes les personnes nécessitant le vaccin soient incluses dans les plans de vaccination.** Veiller à inclure les communautés minoritaires et marginalisées, les réfugiés et les migrants dont le statut est susceptible de compromettre leur accès aux services de santé.
- **Administrer les vaccins dans des lieux où les populations sont à l'aise** comme par exemple les centres commerciaux, les lieux de travail, les écoles, les sites religieux, etc., en particulier parmi les communautés minoritaires susceptibles d'être réticentes à se rendre dans les établissements de santé.
- **Veiller à ce que des systèmes de surveillance des événements médicaux indésirables** susceptibles d'être causés ou perçus comme étant causés par les vaccins soient en place. Mobiliser des organismes de surveillance indépendants aux niveaux national et régional et établir des protocoles de communication clairs afin de communiquer avec le public au sujet des événements indésirables.<sup>67</sup>

## RESSOURCES SUPPLEMENTAIRES

---

Le Vaccine Confidence Project vise à surveiller et à renforcer la confiance du public dans les programmes de vaccination, y compris en ce qui concerne la COVID-19 dans le cadre de son initiative CONVINC (COVID-19 New Vaccine Information Communication and Engagement) <https://www.vaccineconfidence.org/>

Recherche en sciences sociales pour le déploiement de vaccins lors de flambées épidémiques

<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/20.500.12413/15431/PracApproach%206.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Considérations socioculturelles pour l'introduction du vaccin et l'engagement communautaire <https://shsebola.hypotheses.org/files/2018/09/Anthrologica-key-considerations-for-vaccine-introduction-in-DRCIRDRAEE.pdf>

Essais cliniques et de vaccins contre la COVID-19 : Considérations clés issues des sciences sociales <https://www.socialscienceinaction.org/resources/clinical-and-vaccine-trials-for-covid-19-key-considerations-from-social-science/>

Boîte à outils sur l'engagement communautaire et la responsabilisation (FICR) <https://media.ifrc.org/ifrc/document/community-engagement-and-accountability-toolkit/>

Orientations sur le déploiement national et la planification de la vaccination (OMS) [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine\\_deployment-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine_deployment-2020.1)

Outil d'évaluation de l'état de préparation à l'introduction d'un vaccin contre la COVID-19 (OMS) <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccine-introduction-RA-Tool-2020.1>

Informations, fausses informations et désinformation en ligne dans le contexte de la COVID-19 (SSHAP) <https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-online-information-mis-disinformation-context-covid-19/>



# RÉFÉRENCES

1. Boseley, S., & Oltermann, P. (2020, November 9). Covid-19 vaccine candidate is 90% effective, says manufacturer. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/09/covid-19-vaccine-candidate-effective-pfizer-biontech>
2. Baum, M. A., Ognyanova, K., Chwe, H., Quintana, A., Perlis, R. H., Lazer, D., Druckman, J., Santillana, M., Lin, J., Della Volpe, J., Simonson, M., & Green, J. (2020). *The state of the nation: A 50-state survey report 14: Misinformation and vaccine acceptance*. The COVID-19 Consortium for Understanding the Public's Policy Preferences Across States.
3. Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., Kimball, S., & El-Mohandes, A. (2020). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 1–4. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>
4. Roozenbeek, J., Schneider, C. R., Dryhurst, S., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., van der Bles, A. M., & van der Linden, S. (n.d.). Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. *Royal Society Open Science*, 7(10), 201199. <https://doi.org/10.1098/rsos.201199>
5. The Royal Society, & The British Academy. (2020). COVID-19 vaccine deployment: Behaviour, ethics, misinformation and policy strategies [Preprint].
6. Partnership for Evidence-Based COVID-19 Response (PERC). (n.d.). *Responding to COVID-19 in Africa: Using Data to Find a Balance (Part II)*. Retrieved 16 November 2020, from [https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC\\_RespondingtoCovidData.pdf](https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/09/PERC_RespondingtoCovidData.pdf)
7. Tyson, A., Johnson, C., & Funk, C. (2020, September 17). *U.S. Public Now Divided Over Whether To Get COVID-19 Vaccine*. Pew Research Center Science & Society. <https://www.pewresearch.org/science/2020/09/17/u-s-public-now-divided-over-whether-to-get-covid-19-vaccine/>
8. Loomba, S., Figueiredo, A. de, Piatek, S. J., Graaf, K. de, & Larson, H. J. (2020). Measuring the Impact of Exposure to COVID-19 Vaccine Misinformation on Vaccine Intent in the UK and US. *MedRxiv*, 2020.10.22.20217513. <https://doi.org/10.1101/2020.10.22.20217513>
9. Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2020). *KAP COVID Global View*. Johns Hopkins Center for Communication Programs. <https://ccp.jhu.edu/kap-covid/kap-covid-global-view-2/>
10. McGinty, M., & Gyenes, N. (2020). A dangerous misinfodemic spreads alongside the SARS-COV-2 pandemic. *Harvard Kennedy School (HKS) Misinformation Review*, 1(3). <https://misinforeview.hks.harvard.edu/article/a-misinfodemic-as-dangerous-as-sars-cov-2-pandemic-itself/>
11. Meedan. (n.d.). *2020 Misinfodemic Report: COVID-19 in Emerging Economies*. Meedan. Retrieved 12 November 2020, from </reports/2020-misinfodemic-report-covid-19-in-emerging-economies/>
12. van der Linden, S., Roozenbeek, J., & Compton, J. (2020). Inoculating Against Fake News About COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566790>
13. Bhopal, S., & Nielsen, M. (2020). Vaccine hesitancy in low- and middle-income countries: Potential implications for the COVID-19 response. *Archives of Disease in Childhood*. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-318988>
14. Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763–1773. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>
15. Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, 14(1), 99–117. <https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>
16. Szasz, G. (2020). *Vaccine hesitancy: As old as vaccines | British Columbia Medical Journal*. <https://bcmj.org/blog/vaccine-hesitancy-old-vaccines>
17. WHO. (2019). *Ten health issues WHO will tackle this year*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
18. Burki, T. (2019). Vaccine misinformation and social media. *The Lancet Digital Health*, 1(6), e258–e259. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30136-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30136-0)
19. Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649–6654. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>
20. Edelman. (2020). *Edelman Trust Barometer 2020. Global Report*. Edelman. <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/440941/Trust%20Barometer%202020/2020%20Edelman%20Trust%20>

OBarometer%20Global%20Report.pdf?utm\_campaign=Global:%20Trust%20Barometer%202020&utm\_source=Website

21. Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *PLoS Currents*, 7. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289>
22. *The Vaccine Confidence Project*. (n.d.). The Vaccine Confidence Project. Retrieved 9 November 2020, from <https://www.vaccineconfidence.org/vcp-mission>
23. Larson, H. J., Cooper, L. Z., Eskola, J., Katz, S. L., & Ratzan, S. (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *The Lancet*, 378(9790), 526–535. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60678-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60678-8)
24. Larson, H. J., Schulz, W. S., Tucker, J. D., & Smith, D. M. D. (2015). Measuring Vaccine Confidence: Introducing a Global Vaccine Confidence Index. *PLOS Currents Outbreaks*. <https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4>
25. Hussain, A., Ali, S., Ahmed, M., & Hussain, S. (2018). The Anti-vaccination Movement: A Regression in Modern Medicine. *Cureus*, 10(7). <https://doi.org/10.7759/cureus.2919>
26. Schneider, W. H. (2009). Smallpox in Africa during Colonial Rule. *Medical History*, 53(2), 193–227.
27. Kulenkampff, M., Schwartzman, J. S., & Wilson, J. (1974). Neurological complications of pertussis inoculation. *Archives of Disease in Childhood*, 49(1), 46–49.
28. Kolodziejcki, L. R. (2014). Harms of Hedging in Scientific Discourse: Andrew Wakefield and the Origins of the Autism Vaccine Controversy. *Technical Communication Quarterly*, 23(3), 165–183. <https://doi.org/10.1080/10572252.2013.816487>
29. Rao, T. S. S., & Andrade, C. (2011). The MMR vaccine and autism: Sensation, refutation, retraction, and fraud. *Indian Journal of Psychiatry*, 53(2), 95–96. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.82529>
30. Leach, M., & Fairhead, J. (2007). Vaccine Anxieties: Global Science, Child Health and Society. Earthscan.
31. Durbach, N. (2004). Bodily Matters: The Anti-Vaccination Movement in England, 1853–1907. Duke Univ.
32. Schwartz, J. L. (2012). New Media, Old Messages: Themes in the History of Vaccine Hesitancy and Refusal. *AMA Journal of Ethics*, 14(1), 50–55. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2012.14.1.mhst1-1201>
33. Wolfe, R. M., & Sharp, L. K. (2002). Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*, 325(7361), 430–432. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7361.430>
34. Geoghegan, S., O'Callaghan, K. P., & Offit, P. A. (2020). Vaccine Safety: Myths and Misinformation. *Frontiers in Microbiology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.00372>
35. Center for Strategic and International Studies. (2020). *The Risks of Misinformation and Vaccine Hesitancy within the Covid-19 Crisis*. <https://www.csis.org/analysis/risks-misinformation-and-vaccine-hesitancy-within-covid-19-crisis>
36. Larson, H. J. (2020). Stuck: How Vaccine Rumors Start -- and Why They Don't Go Away. OUP
37. Wilson, S. L., & Wiysonge, C. (2020). Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Global Health*, 5(10), e004206. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004206>
38. MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
39. Enria, L., Lees, S., Smout, E., Mooney, T., Tengbeh, A. F., Leigh, B., Greenwood, B., Watson-Jones, D., & Larson, H. (2016). Power, fairness and trust: Understanding and engaging with vaccine trial participants and communities in the setting up the EBOVAC-Salone vaccine trial in Sierra Leone. *BMC Public Health*, 16(1), 1140. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3799-x>
40. Kennedy, J. (2019). Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: An analysis of national-level data. *European Journal of Public Health*, 29(3), 512–516. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz004>
41. Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, É. (2018). Willingness to get vaccinated against Ebola: A mapping of Guinean people positions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(10), 2391–2396. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480236>
42. Nichter, M. (2019). *Vaccinations in South Asia: False Expectations and Commanding Metaphors* (pp. 196–221). <https://doi.org/10.4324/9780429045936-14>
43. Smith, T. C. (2017). Vaccine Rejection and Hesitancy: A Review and Call to Action. *Open Forum Infectious Diseases*, 4(3), ofx146–ofx146. PubMed. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofx146>
44. Henrich, N., & Holmes, B. (2011). What the Public Was Saying about the H1N1 Vaccine: Perceptions and Issues Discussed in On-Line Comments during the 2009 H1N1 Pandemic. *PLOS ONE*, 6(4), e18479. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0018479>
45. Carter, S. E., Mobula, L., Samaha, H., & Ahuka, S. M. (2020, October 22). Community engagement and vaccinations during the Ebola outbreak in Democratic Republic of Congo. *World Bank Blogs*. <https://blogs.worldbank.org/health/community-engagement-and-vaccinations-during-ebola-outbreak-democratic-republic-congo>

46. Enria, L., Bangura, J., Kanu, H., Kalokoh, J., Timbo, A., Kamara, M., Fofanah, M., Kamara, M., Suma, I. S., Kamara, O. M., Kamara, A., Kamara, A., Kamara, A. B., Kamara, E., Lees, S., Marchant, M., & Murray, M. (2020). Integrating community-led social science research into innovative strategies for tackling vaccine hesitancy: Findings from a pilot study with community health workers in Sierra Leone Enria. *Paper in Preparation*.
47. Anderson, N., Wilson, N., Moon, T., Kanem, N., Diop, A., & Gbodossou, E. (2015). Redefining Immunization: Not Just a Shot in the Arm. *Global Health Communication*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/23762004.2016.1161416>
48. Audet, C. M., Hamilton, E., Hughart, L., & Salato, J. (2015). Engagement of Traditional Healers and Birth Attendants as a Controversial Proposal to Extend the HIV Health Workforce. *Current HIV/AIDS Reports*, 12(2), 238–245. PubMed. <https://doi.org/10.1007/s11904-015-0258-8>
49. Ripoll, S., & Wilkinson, A. (n.d.). *Social Science in Epidemics: Cholera Lessons Learned*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). Retrieved 16 November 2020, from <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14200>
50. Larson, H. J., & Ghinai, I. (2011). Lessons from polio eradication. *Nature*, 473(7348), 446–447. <https://doi.org/10.1038/473446a>
51. Masquelier, A. (2012). Public Health or Public Threat?: Polio Eradication Campaigns, Islamic Revival, and the Materialization of State Power in Niger. In H. DILGER, A. KANE, & S. A. LANGWICK (Eds.), *Medicine, Mobility, and Power in Global Africa* (pp. 213–240). Indiana University Press; JSTOR. <http://www.jstor.org/stable/j.ctt16gzgfc.12>
52. Tengbeh, A. F., Enria, L., Smout, E., Mooney, T., Callaghan, M., Ishola, D., Leigh, B., Watson-Jones, D., Greenwood, B., Larson, H., & Lees, S. (2018). “We are the heroes because we are ready to die for this country”: Participants’ decision-making and grounded ethics in an Ebola vaccine clinical trial. *Social Science & Medicine*, 203, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.008>
53. Benton, A. (2017). Whose security? Militarization and securitization during West Africa’s Ebola outbreak. *The Politics of Fear: Médecins sans Frontières and the West African Ebola Epidemic*, 25–50.
54. Bazylevych, M. (2011). Vaccination campaigns in postsocialist Ukraine: Health care providers navigating uncertainty. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(4), 436–456.
55. Holzmann, H., & Wiedermann, U. (2019). Mandatory vaccination: Suited to enhance vaccination coverage in Europe? *Eurosurveillance*, 24(26), 1900376.
56. SAGE working group on vaccine hesitancy. (2014). *Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy*. WHO. [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
57. Heyerdahl, L. W., Ngwira, B., Demolis, R., Nyirenda, G., Mwesawina, M., Rafael, F., Cavailler, P., Bernard Le Gargasson, J., Mengel, M. A., Gessner, B. D., & Guillermet, E. (2018). Innovative vaccine delivery strategies in response to a cholera outbreak in the challenging context of Lake Chilwa. A rapid qualitative assessment. *Vaccine Hesitancy: Towards a Better Understanding of Drivers and Barriers to Awareness, Acceptance and Activation*, 36(44), 6491–6496. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.108>
58. Forster, P. (2012). *To Pandemic or Not? Reconfiguring Global Responses to Influenza* (STEPS Working Paper 51). STEPS Centre. <https://core.ac.uk/download/pdf/286038816.pdf>
59. Blasi, F., Aliberti, S., Mantero, M., & Centanni, S. (2012). Compliance with anti-H1N1 vaccine among healthcare workers and general population. *Clinical Microbiology and Infection*, 18, 37–41.
60. Kaawa-Mafigiri, D., & Schmidt-Sane, M. (2019). Strengthening Community Linkages to Ebola Virus Disease (EVD) Outbreak Preparedness in Uganda: Report on Anthropological Research on the Socio-Cultural Context of EVD in the Most-at-Risk Districts. UNICEF.
61. Porta, M. I., Lenglet, A., de Weerd, S., Crestani, R., Sinke, R., Jo Frawley, M., Van Herp, M., & Zachariah, R. (2014). Feasibility of a preventive mass vaccination campaign with two doses of oral cholera vaccine during a humanitarian emergency in South Sudan. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 108(12), 810–815.
62. Jalloh, M. F., Bennett, S. D., Alam, D., Kouta, P., Lourenço, D., Alamgir, M., Feldstein, L. R., Ehlman, D. C., Abad, N., Kapil, N., Vandenant, M., Conklin, L., & Wolff, B. (2019). Rapid behavioral assessment of barriers and opportunities to improve vaccination coverage among displaced Rohingyas in Bangladesh, January 2018. *Vaccine*, 37(6), 833–838. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.042>
63. Bardosh, K., Jones, T., & Tulloch, Olivia. (2019). *Social science and behavioural data compilation (#5), Ebola outbreak eastern DRC, September-November 2019*. Social Science in Humanitarian Action (SSHAP). <https://www.socialscienceinaction.org/resources/social-science-behavioural-data-compilation-5-ebola-outbreak-eastern-drc-september-november-2019/>

64. Child, D. (2019, September 23). DRC: Roll-out of second Ebola vaccine confirmed amid criticism. *Al Jazeera News*. <https://www.aljazeera.com/news/2019/9/23/drc-roll-out-of-second-ebola-vaccine-confirmed-amid-criticism>
65. van Riel, D., & de Wit, E. (2020). Next-generation vaccine platforms for COVID-19. *Nature Materials*, 19(8), 810–812. <https://doi.org/10.1038/s41563-020-0746-0>
66. Reuters Staff. (2020, May 19). False claim: A COVID-19 vaccine will genetically modify humans. *Reuters*. <https://uk.reuters.com/article/uk-factcheck-covid-19-vaccine-modify-idUSKBN22U2BZ>
67. Kochhar, S., & Salmon, D. A. (2020). Planning for COVID-19 vaccines safety surveillance. *Vaccine*, 38(40), 6194–6198. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.013>
68. Salmon, D. A., & Dudley, M. Z. (2020). It is time to get serious about vaccine confidence. *The Lancet*, 396(10255), 870–871. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31603-2)
69. Peiris, M., & Leung, G. M. (2020). What can we expect from first-generation COVID-19 vaccines? *Lancet (London, England)*, 396(10261), 1467–1469. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31976-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31976-0)
70. Nature. (2020). COVID vaccine confidence requires radical transparency. *Nature*, 586(7827), 8–8. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02738-y>
71. Fadda, M., Albanese, E., & Suggs, L. S. (2020). When a COVID-19 vaccine is ready, will we all be ready for it? *International Journal of Public Health*, 65(6), 711–712. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01404-4>
72. Frenkel, S., Decker, B., & Alba, D. (2020). How the 'Plandemic' Movie and Its Falsehoods Spread Widely Online. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/05/20/technology/plandemic-movie-youtube-facebook-coronavirus.html>
73. Africa Check. (2020, April 14). *Bill Gates not testing Covid-19 vaccine in Africa*. Africa Check. <https://africacheck.org/fbcheck/bill-gates-not-testing-covid-19-vaccine-in-africa/>
74. Africa Check. (2020, April 6). *No, former US president Obama didn't warn Africans against coronavirus vaccines*. Africa Check. <https://africacheck.org/fbcheck/no-former-us-president-obama-didnt-warn-africans-against-coronavirus-vaccines/>
75. Cornwall, W. (2020). Officials gird for a war on vaccine misinformation. *Science*, 369(6499), 14–15. <https://doi.org/10.1126/science.369.6499.14>
76. Dror, A. A., Eisenbach, N., Taiber, S., Morozov, N. G., Mizrahi, M., Zigran, A., Srouji, S., & Sela, E. (2020). Vaccine hesitancy: The next challenge in the fight against COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 35(8), 775–779. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00671-y>
77. Grech, V., Gauci, C., & Agius, S. (2020). Vaccine hesitancy among Maltese healthcare workers toward influenza and novel COVID-19 vaccination. *Early Human Development*, 105213. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105213>
78. Verger, P., & Dubé, E. (2020). Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era. *Expert Review of Vaccines*, 0(0), 1–3. <https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825945>
79. Burki, T. (2020). The online anti-vaccine movement in the age of COVID-19. *The Lancet Digital Health*, 2(10), e504–e505. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30227-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30227-2)
80. Kramer, A. E. (2020, August 11). Russia Approves Coronavirus Vaccine Before Completing Tests. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/08/11/world/europe/russia-coronavirus-vaccine-approval.html>
81. Larson, H. J. (2020). Blocking information on COVID-19 can fuel the spread of misinformation. *Nature*, 580(7803), 306–306. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00920-w>
82. Chappel, B. (2020, September 8). 9 Drugmakers Sign Safety Pledge In Rush To Develop Coronavirus Vaccine. *NPR*. <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/09/08/910671322/9-drugmakers-sign-safety-pledge-in-race-to-develop-covid-19-vaccine>
83. Pfattheicher, S., Petersen, M. B., & Böhm, R. (2020). *Information about herd immunity and empathy promote COVID-19 vaccination intentions* [Preprint]. <https://doi.org/10.31234/osf.io/wzu6k>
84. Pennycook, G., McPhetres, J., Zhang, Y., Lu, J. G., & Rand, D. G. (2020). Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. *Psychological Science*, 31(7), 770–780. <https://doi.org/10.1177/0956797620939054>
85. IFRC. (2016). *A Red Cross Red Crescent Guide to Community Engagement and Accountability (CEA)*. <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2017/12/IFRC-CEA-GUIDE-0612-LR.pdf>
86. Subbarao, K. (2020). COVID-19 vaccines: Time to talk about the uncertainties. *Nature*, 586(7830), 475–475. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-02944-8>
87. Braunack-Mayer, A. J., Street, J. M., Rogers, W. A., Givney, R., Moss, J. R., Hiller, J. E., & Flu Views team. (2010). Including the public in pandemic planning: A deliberative approach. *BMC Public Health*, 10(1), 501. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-501>

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier Heidi Larson (Vaccine Confidence Project) et Alex Bowmer (LSHTM) pour leur contribution à titre d'experts, ainsi que Luisa Enria (LSHTM), Magdalena Issauralde (Service collectif CREC), Caroline Austin, Monica Posada et Diana Manilla Arroyo (toutes de la FICR) et les membres de l'équipe de la SSHAP pour leurs contributions.

# CONTACT

Veillez nous contacter si vous avez une demande directe relative à la riposte contre la COVID-19, ou concernant une revue, des outils, une expertise technique ou une analyse à distance supplémentaire, ou si vous souhaitez rejoindre le réseau de conseillers, veuillez contacter la Plateforme Social Science in Humanitarian Action en envoyant un e-mail Annie Lowden (a.lowden@ids.ac.uk) ou Olivia Tulloch (oliviattulloch@anthrologica.com). Les Centres de liaison clés Plateforme incluent : l'UNICEF (nnaqvi@unicef.org) ; la FICR (ombretta.baggio@ifrc.org) ; et le Groupe de recherche des sciences sociales GOARN (nina.gobat@phc.ox.ac.uk).



La Plateforme Social Science in Humanitarian Action est un partenariat entre l'Institute of Development Studies, Anthrologica et la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Le financement destiné à soutenir l'intervention de la Plateforme face à la COVID-19 a été fourni par le Wellcome Trust et le DDI. Les opinions exprimées ci-après sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques de l'IDS, d'Anthrologica, de la LSHTM, du Wellcome Trust ou du gouvernement britannique.

**Référence suggérée :** Hrynicky, T., Ripoll, S., et Schmidt-Sane, M. (2020) « Examen rapide : Hésitation vaccinale et renforcement de la confiance dans la vaccination contre la COVID-19 », *Synthèse*, Brighton : Social Science in Humanitarian Action (SSHAP)

Publication novembre 2020© Institute of Development Studies 2020



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>