Revue Internationale de la Recherche Scientifique et de l'Innovation (Revue-IRSI)
ISSN: 2960-2823
Vol. 4, No. 6, Novembre 2026

Analyse socio-anthropologique de l'acceptabilité vaccinale du HPV chez les leaders communautaires et les professionnels de santé en République du Congo

V.D. Sodjinou[1], A.C. Niama[2], J.C. Moussoki[1], R. Taty Taty[3], S.P.A. Dzabatou Babeaux[1], G.M. Mbemba Moutounou[1], M. Yaba[4], L. Kindziala-Kindziala[4], F.D. Koulas[4], S. Loufouakoueno[4], S.F. Elenga Garba[1], D. Moukassa[3], J.R. Ibara[3]

[1] Organisation mondiale de la santé en République du Congo
[2] Faculté des sciences de la santé de la République du Congo
[3] Ministère de la santé et de la population, Université Marien Ngouarbi, Brazzaville, Congo
[4] Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines, Université Marien Ngouarbi, Brazzaville, Congo

Auteur correspondant : Vincent Dossou SODJINOU

Résumé :
Introduction : Le cancer du col de l'utérus constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en République du Congo où il représente l'une des principales causes de mortalité chez les femmes. En République du Congo, le fardeau du cancer du col utérin est préoccupant. Cet article se veut être un diaporama des déterminants de l'acceptabilité vaccinale de la population de l'étude. **Méthodes :** A travers 7 départements des 15 que compte le pays, une étude transversale à approche mixte (quantitative et qualitative) a été conduite. Cette enquête a été réalisée pendant le mois de novembre 2025. Pour échantillonner les populations, l'enquête a procédé à la méthode de quotas et de choix raisonné. L'échantillon était constitué de 162 unités statistiques (ménages, professionnels de santé, leaders communautaires, tradithérapeutes, religieux). Les données ont été collectées à l'aide de guides d'entretien structurés, d'entretiens semi-directifs et de focus groups, puis elles ont été analysées selon une approche descriptive et thématique. **Résultats** : Le traitement des matériaux qualitatifs fait ressortir que les répondants à cette enquête sont partagés entre les perceptions de la maladie comme naturelle, mystique, liée aux mauvaises conditions d'hygiène, des femmes utilisant les produits rétrécissant le sexe, ayant plusieurs partenaires sexuels, ou comme maladie des bantous. Ensuite, le refus vaccinal est basé que le terrain de l'infodémie, relayée par les réseaux sociaux et la peur de tomber malade ou de mourir. Enfin, les discours ethnographiques des fidèles de l'Eglise de Dieu mettent lumière l'acceptabilité vaccinale comme stratégie d'adhésion. **Conclusion** : Les déclarations des personnes enquêtées convergent sur l'acceptabilité vaccinale. Elle est une des stratégies les plus efficaces pour prévenir cette maladie.

Mots clés : Acceptabilité vaccinale, analyse socio-anthropologique, HPV, ménages, leaders communautaires

Abstract
Introduction: Cervical cancer is currently a major public health concern, particularly in the Republic of the Congo, where it is one of the leading causes of mortality among women. In the Republic of the Congo, the burden of cervical cancer remains a matter of serious concern. This article aims to provide an overview of the determinants of vaccine acceptability among the study population. **Methods:** A cross-sectional study using a mixed-methods approach (quantitative and qualitative) was conducted across 7 of the country's 15 departments. The survey was carried out in November 2025. Population sampling was based on quota sampling and purposive sampling methods. The sample consisted of 162 statistical units, including households, healthcare professionals, community leaders, traditional healers, and religious leaders. Data were collected using structured interview guides, semi-structured interviews, and focus group discussions. The data were then analyzed using descriptive and thematic analysis approaches. **Results:** The analysis of qualitative data revealed that respondents held diverse perceptions of cervical cancer. Some viewed it as a natural or mystical disease, while others associated it with poor hygiene, the use of vaginal tightening products by women, having multiple sexual partners, or considered it a disease affecting the Bantu population. Furthermore, vaccine refusal was largely fueled by an environment of infodemic, amplified through social media, as well as by the fear of becoming ill or dying following vaccination. Finally,

Ceci est un article en accès libre sous la licence CC BY-NC-ND.

ethnographic accounts from members of the Church of God highlighted vaccine acceptability as a strategy for promoting vaccine uptake. **Conclusion:** The statements made by the study participants generally converged towards vaccine acceptability. Vaccination is one of the most effective strategies for preventing this disease.
Keywords: Vaccine acceptability, socio-anthropological analysis, HPV, households, community leaders.

Digital Object Identifier (DOI): https://doi.org/10.5281/zenodo.**24623134**

1. Introduction

Le cancer du col de l'utérus constitue un problème majeur de santé publique en Afrique subsaharienne, où son poids demeure particulièrement important en raison des inégalités d'accès aux services de prévention, de dépistage précoce et de prise en charge thérapeutique. Pourtant, cette maladie est en grande partie évitable grâce à des interventions de prévention efficaces, notamment la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), principal agent étiologique du cancer du col de l'utérus. Les données scientifiques démontrent que cette vaccination contribue significativement à réduire le risque de lésions précancéreuses et de cancer invasif du col utérin (Lei et al., 2020). Néanmoins, malgré son efficacité reconnue, l'introduction et la mise en œuvre des programmes de vaccination contre le HPV dans les pays à ressources limitées restent confrontées à de nombreux défis, notamment financiers, logistiques, organisationnels et socioculturels (OMS, 2024 ; *Human papilloma virus vaccination in the resource-limited settings of sub-Saharan Africa*, 2024).

En République du Congo, l'introduction du vaccin contre le HPV dans le Programme élargi de vaccination (PEV) constitue un enjeu stratégique pour le renforcement de la prévention des cancers gynécologiques et l'amélioration de la santé des adolescentes. Selon les données conjointes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'UNICEF, le pays ne disposait pas encore d'un programme national de vaccination contre le HPV au 31 décembre 2023 (OMS et UNICEF, 2024). Des travaux récents menés dans plusieurs pays francophones d'Afrique subsaharienne, dont la République du Congo, mettent également en évidence les difficultés rencontrées au cours de la phase préparatoire à l'introduction de ce vaccin, notamment les contraintes de financement, les capacités du système de santé et les défis liés à la mobilisation des acteurs concernés (Biey et al., 2025). Cette perspective s'inscrit dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS visant à éliminer le cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique d'ici 2030, à travers l'atteinte des objectifs dits « 90-70-90 » : vacciner complètement 90 % des filles avant l'âge de 15 ans, dépister 70 % des femmes à l'aide d'un test performant à 35 et 45 ans, et assurer le traitement de 90 % des femmes présentant une maladie cervicale (OMS, 2020).

Cependant, la réussite de cette stratégie ne dépend pas uniquement de la disponibilité du vaccin et de son efficacité biologique. Elle repose également sur le niveau de connaissances des populations, leurs attitudes, leurs perceptions, leurs croyances et les facteurs socioculturels susceptibles d'influencer leur décision d'accepter ou de refuser la vaccination. En effet, l'hésitation vaccinale constitue un phénomène complexe, influencé notamment par la confiance envers les vaccins, la perception des risques et la facilité d'accès aux services de vaccination (MacDonald et al., 2015). Dans ce contexte, la réalisation d'une enquête portant sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) apparaît indispensable pour mieux comprendre les représentations sociales de la vaccination contre le HPV, identifier les facteurs favorisant ou limitant son acceptabilité et mettre en évidence les éventuelles barrières à l'adhésion vaccinale. Les résultats d'une telle étude pourraient ainsi contribuer à l'élaboration de stratégies de communication, de sensibilisation et de mobilisation communautaire adaptées aux réalités socioculturelles de la République du Congo.

2. Méthodologie

Cet article s'appuie sur l'exploitation des diverses sources des données : le rapport sur le HPV, volet qualitatif, la base de données issues de l'exploitation du rapport qualitatif et la revue documentaire. Pour les besoins de cette étude, les guides d'entretien individuels et de groupe destinés aux personnes affectées par le HPV, aux autorités politico-administratives, leaders communautaires, aux populations autochtones ont été utilisés, à cela s'ajoute la matrice des ressources médiatiques au niveau de chaque localité. Les techniques de collecte de données déployées lors de cette enquête sont les entretiens structurés, les entretiens semi-directifs et les discussions de groupe dirigés. L'enquête a été réalisée respectivement dans les capitales et villes départementales de Brazzaville, de Pointe-Noire, Kouilou, de Dolisie, de Sibiti, de Djambala et d'Impfondo, pendant le mois de novembre 2025. Pour échantillonner les populations, l'enquête a procédé à la méthode de quotas et de choix raisonné.

Cette enquête a couvert les acteurs sociaux suivants : leaders communautaires, personnels des soins, chefs de famille, jeunes et personnes âgées. Les axes d'analyse couvrent les symptômes, la transmission, les causes, les thérapies, la prévention et l'acceptabilité du vaccin. L'analyse distingue systématiquement les perceptions sociales (observations et interprétations rationnelles) des croyances sociales (convictions culturelles ou spirituelles). Cette approche permet de mettre en évidence les logiques qui orientent les comportements et les pratiques socioculturelles. Les limites de l'étude incluent le biais de désirabilité sociale et l'influence du contexte local sur les réponses.
Dans la même veine, les observations ethnographiques ont consisté à observer et à transformer les données en mots pour en faire une interprétation. Les entretiens de group (FGD) et individuels ont été respectivement enregistrés à l'aide des androïdes et dictaphones, puis ont été transcrits et saisis sous Word. Les données des verbatim transcrites sous Word l'ont été pour un traitement informatique. Les données collectées ont été soumises à l'analyse thématique, de contenu et de discours.
Pour les besoins de cette étude, les guides d'entretien de groupe destinés aux personnes affectées par le HPV, les guides d'entretien destinés aux autorités locales et autochtones, et la matrice des ressources médiatiques au niveau de chaque localité ont été utilisés. Sur le plan éthique, l'identité des répondants à cette enquête a été gardée sous anonymat. La participation des enquêtés y a été volontaire.

2.1. Population de l'étude

Elle est constituée de partenaires locaux, à savoir les autorités politico-administratives (préfets, sous-préfets, maires, DDS ; chefs de village et chefs de quartier) ; les chefs religieux (catholiques, protestants, salutistes, musulmans, pasteurs des églises de pentecôte, pasteurs des églises de réveil) ; les responsables des organisations de la société civile ; les tradithérapeutes (praticiens de la médecine traditionnelle) ; et les leaders communautaires (relais communautaires et présidents de COSA). L'enquête qualitative a privilégié les observations. A quoi se sont ajoutés les entretiens individuels conduits auprès des autochtones.

2.2. Traitement et analyse des données

Les données qualitatives produites par les entretiens individuels et les focus group dirigés ont fait l'objet de transcription/retranscription et de saisie sous l'application Microsoft Word.

3. Résultats de l'étude

3.1. Profil sociologique des enquêtés

Le profil sociodémographique des cent soixante-deux (162) personnes enquêtées se présentent de la manière suivante : les âges vont de 22 à 76 ans, avec une moyenne de 43,98 ans. En ce qui concerne le sexe, on y a dénombré 89 hommes qui ont été enquêtés, contre 73 femmes. Sur ce qui est du niveau d'étude, ce sont 45 individus enquêtés, qui ont déclaré avoir atteint un niveau supérieur d'études, alors que 69 autres, ont dit s'être arrêtés avec les études au niveau secondaire et enfin 48 personnes enquêtées ont reconnu avoir quitté les études au niveau primaire.
Concernant la religion pratiquée par les populations de l'enquête, elles reconnaissent se rassembler pour la majorité dans les églises de réveil (47 personnes), catholiques (39 personnes), traditionnelles, islamiques et sans religion (45 personnes et évangéliques (31 personnes).
Lorsqu'on analyse les résultats liés à la répartition des catégories des personnes enquêtées, les leaders communautaires ont été les plus représentés (80 individus), suivis des professionnels de santé (50 individus), des leaders religieux (20 individus) et des populations autochtones (12 individus). Quant à la profession exercée par les communautés enquêtées, il ressort que les acteurs du secteur informel (103 personnes) est plus fourni que ceux du secteur formel (59 personnes).

3.2. Discours ethnographiques des populations sur le HPV

Du point de vue des personnes enquêtées, il ressort que les populations n'ont pas assez entendu parler de cette maladie, encore moins de son vaccin. Les quelque rares personnes qui ont été exposées aux informations liées à cette maladie les ont apprises à travers le voisinage, par les médias ou dans les formations de santé. Ce niveau de connaissance de la maladie est repris dans les verbatim ci-après des personnes qui ont requis l'anonymat :

« Cette maladie, on n'en a pas encore entendu parler ici. Si on me demande ce que c'est, je dirai que c'est peut-être seulement une des maladies de la femme, comme le mal du bas-ventre » (femme, 34 ans).

« *Ça doit être une maladie uniquement des femmes, qu'on ne connait pas, mais qu'on soigne en donnant les mêmes tisanes qu'on donne pour toutes les maladies du bas-ventre de la femme* » (homme, 55 ans).

Les populations enquêtées présentent un niveau de connaissances peu satisfaisant sur le cancer du col de l'utérus et son vaccin. D'où l'importance d'organiser des campagnes de sensibilisation de masse et de proximité en faveur des populations dans les communautés. En effet, l'Organisation mondiale de la Santé souligne que l'information, la sensibilisation et l'implication communautaire constituent des éléments essentiels pour améliorer l'acceptabilité des interventions vaccinales (OMS, 2017 ; OMS, 2020). Par ailleurs, les connaissances insuffisantes, les croyances erronées et les préoccupations relatives à la sécurité des vaccins peuvent contribuer à l'hésitation vaccinale (MacDonald, 2015).
Les perceptions et les attitudes à l'égard du papillomavirus humain (HPV) et du cancer du col de l'utérus constituent des phénomènes complexes, qui se construisent au sein des environnements sociaux et culturels dans lesquels évoluent les individus. Elles sont influencées par l'éducation, les processus de socialisation, les croyances, les normes communautaires ainsi que les expériences individuelles et collectives (Berger et Luckmann, 1966 ; Ajzen, 1991). Ainsi, la compréhension de ces maladies ne repose pas exclusivement sur les connaissances biomédicales, mais également sur les représentations sociales, les valeurs culturelles et les systèmes de croyances qui orientent les comportements des individus face à la maladie et aux interventions préventives (Herzlich, 1969 ; Laplantine, 1992).
Dans le contexte de la République du Congo, les représentations du cancer du col de l'utérus peuvent s'inscrire dans une pluralité de systèmes explicatifs de la maladie. Celle-ci peut notamment être interprétée comme une affection d'origine naturelle, mystique ou spirituelle, ou être associée à certaines pratiques corporelles et intimes, telles que l'utilisation de produits destinés au rétrécissement vaginal ou à l'entretien de l'hygiène intime. Certaines représentations communautaires peuvent également attribuer cette maladie à des appartenances ethniques ou culturelles particulières, notamment lorsqu'elle est considérée, dans certains discours rapportés, comme une maladie des Bantous par des communautés autochtones. Ces différentes interprétations illustrent la coexistence de plusieurs modèles explicatifs de la maladie, dans lesquels interagissent les dimensions biologiques, sociales, culturelles, morales et spirituelles (Foster, 1976 ; Kleinman, 1980 ; Helman, 2007).
Ces représentations peuvent avoir des conséquences importantes sur les attitudes et les comportements des populations. En effet, lorsque le cancer du col de l'utérus est associé à des jugements moraux, à des croyances stigmatisantes ou à des interprétations culpabilisantes, il peut susciter des sentiments de peur, de honte et de culpabilité, favoriser la discrimination et contribuer à l'isolement social des personnes atteintes. Ces facteurs sont susceptibles de limiter la communication autour de la maladie, de retarder le recours aux services de santé et de réduire la participation aux activités de dépistage et de prévention (WHO, 2017 ; Maree et al., 2011). Par conséquent, la prise en compte des représentations socioculturelles apparaît essentielle pour comprendre l'acceptabilité de la vaccination contre le HPV et concevoir des interventions de sensibilisation adaptées aux réalités des différentes communautés.

3.2.1. Le cancer du col de l'utérus comme une maladie naturelle

Certains enquêtés perçoivent le cancer du col de l'utérus comme une maladie naturelle. Dans leur imaginaire, c'est une maladie causée par le HPV et qui se transmet par des rapports sexuels non-protégés. Ces interprétations sont du ressort des connaissances biomédicales et reflètent la signification correcte de la maladie telle que définie par la science moderne. A titre d'exemple, les affirmations suivantes en certifient :

« *Je connais la maladie du cancer du col de l'utérus. C'est une maladie qui atteint la plupart des jeunes filles. Apparemment, il y a aussi un vaccin qui est en cours. Ce n'est pas une maladie de la sorcellerie, c'est comme tout autre cancer* » (Homme, 25 ans).
« *Ah ça, donner des réponses, ça me pousse à aller un peu dans le monde de l'imagination. Mais ce qui est vrai, c'est que cette maladie est médicale, donc c'est un problème de santé publique* » (Pasteur, 49 ans).

A la lecture de ces propos, on peut comprendre que, pour certaines personnes enquêtées, les perceptions sur la maladie du cancer du col de l'utérus, en l'occurrence sont en phase avec les logiques positivistes qui voudraient que les choses soient appréhendées selon les prescriptions scientifiques.

3.2.2. Le cancer du col de l'utérus comme une maladie mystique

Dans plusieurs sociétés d'Afrique subsaharienne, les événements affectant la santé, provoquant des accidents ou entraînant la mort peuvent être interprétés à travers des systèmes de croyances faisant intervenir la sorcellerie, les forces occultes et les interventions surnaturelles (Evans-Pritchard, 1937 ; Okoko, 2016, p. 174). Ces interprétations

s'inscrivent dans des systèmes explicatifs de la maladie au sein desquels les causes biomédicales ne suffisent pas toujours à rendre compte de l'origine de l'affection, de sa survenue chez un individu particulier ou de la gravité de son évolution. Autrement dit, au-delà de la question de savoir comment une maladie se développe, les individus cherchent également à comprendre pourquoi elle touche une personne plutôt qu'une autre et quelle signification sociale ou symbolique lui attribuer (Evans-Pritchard, 1937 ; Kleinman, 1980).
Dans cette perspective, les résultats de la présente enquête mettent en évidence l'existence de représentations sorcellaires du cancer du col de l'utérus au sein des communautés étudiées en République du Congo. En effet, certaines personnes interrogées associent cette affection à des manifestations cliniques jugées particulièrement inquiétantes, notamment les saignements vaginaux anormaux ainsi que les saignements urinaires ou rectaux. Ces manifestations peuvent être interprétées comme des signes dépassant le cadre d'une maladie naturelle et être attribuées à l'action de forces occultes ou à un mauvais sort supposément dirigé contre la personne atteinte dans une intention mortifère.
Cette interprétation peut être rapprochée des travaux de Kleinman (1980), qui montrent que les individus construisent leurs propres modèles explicatifs de la maladie en fonction de leurs expériences, de leurs croyances et de leur environnement socioculturel. De même, Laplantine (1986) souligne que les représentations étiologiques de la maladie peuvent mobiliser simultanément des explications biologiques, sociales, religieuses et surnaturelles.
Ainsi, dans le contexte de la présente étude, l'interprétation sorcellaire du cancer du col de l'utérus apparaît comme une construction socioculturelle permettant de donner un sens à une affection grave, dont les manifestations physiques et l'évolution peuvent provoquer la peur, l'incompréhension et l'angoisse face à la mort. Cette évidence est corroborée par les discours des enquêtés lorsqu'ils soutiennent que :
« Le sorcier cherche toujours ce genre de situation pour en profiter, il te jette un mauvais sort, qui te fait couler de l'eau blanchâtre au niveau du sexe. Beaucoup de jeunes filles autochtones ont déjà perdu leur vie à cause de ça » (femme, 36 ans).

« Les sorciers peuvent aussi provoquer cette maladie. Ils peuvent profiter de la vie à plusieurs partenaires que mène une femme pour la provoquer cette maladie » (homme, 42 ans).

En Afrique noire, d'une manière générale, tout ce qui altère la santé, tout ce qui peut occasionner la mort, les accidents, etc., est toujours attribué à la sorcellerie (Okoko, A. M. C., 2016, op., cit.).En lien avec cette constatation, il s'avère que le cancer du col de l'utérus fait l'objet des acceptions sorcellaires. Car, selon les représentations sociales du milieu congolais, cette maladie, au regard de ses symptômes (saignement, urines et selles avec le sang, etc.), est loin d'être un fait naturel. Il est interprété comme la manifestation du mauvais sort à visée mortelle.

3.2.3. Le cancer du col de l'utérus comme une maladie liée aux mauvaises conditions d'hygiène

Les croyances magico-religieuses constituent l'un des systèmes explicatifs susceptibles d'influencer les perceptions et les attitudes des populations à l'égard du cancer du col de l'utérus. Toutefois, ces croyances ne forment pas un ensemble homogène et ne déterminent pas de manière systématique les représentations de tous les individus. En effet, les manières de concevoir et d'interpréter la maladie varient en fonction des expériences personnelles, des trajectoires sociales, du niveau d'instruction et des appartenances socioculturelles (Herzlich, 1969 ; Kleinman, 1980).
Parallèlement aux interprétations magico-religieuses, les résultats de la présente enquête révèlent que certaines personnes interrogées associent l'apparition du cancer du col de l'utérus à un défaut d'hygiène corporelle, allant jusqu'à le désigner comme « la maladie des filles sales ». Cette appellation traduit une représentation de la maladie fondée sur les normes sociales de propreté et les conceptions culturelles du corps féminin. Elle témoigne également d'une tendance à établir un lien entre certaines affections gynécologiques et des comportements considérés comme contraires aux normes sociales et morales relatives à l'entretien du corps et à l'intimité féminine.
Cette perception peut être analysée à la lumière des travaux de Douglas (1966), qui montrent que les notions de pureté, de souillure et de saleté sont des constructions sociales et culturelles participant à l'organisation des représentations du corps, des normes collectives et des comportements individuels. Dans une perspective complémentaire, Laplantine (1986) souligne que les conceptions populaires de la maladie s'inscrivent dans des systèmes explicatifs pluriels, qui peuvent différer des connaissances et des interprétations biomédicales.
Ainsi, l'assimilation du cancer du col de l'utérus à un manque d'hygiène corporelle ne relève pas simplement d'une méconnaissance de la maladie ; elle révèle également l'existence de jugements sociaux et moraux associés au corps féminin. Une telle représentation est susceptible de renforcer la culpabilisation des femmes atteintes, de favoriser leur stigmatisation et de compromettre la libération de la parole autour des problèmes de santé gynécologique. Elle peut également constituer un obstacle à la prévention, au dépistage précoce et au recours aux services de santé.

Précision biomédicale importante : le cancer du col de l'utérus est principalement causé par une infection persistante par des types oncogènes du HPV. Il n'est pas causé par un défaut d'hygiène corporelle. Cette distinction mérite d'être clairement rappelée dans votre discussion afin de ne pas confondre les représentations populaires avec les connaissances médicales
Cette réalité est illustrée par les témoignages ci-dessous :

« C'est souvent lié par l'utilisation des mauvaises toilettes. Lorsque les toilettes sont déjà remplies, les femmes vont seulement se soulager comme ça » (femme, 27 ans).

Cette interprétation assigne au cancer du col de l'utérus des origines hygiéniques. Car, il en découle que c'est le fait de ne pas se conformer aux règles d'hygiène qui explique la propagation de cette maladie. Ce registre interprétatif renseigne que les femmes sont vulnérables et exposées à contracter ce cancer à cause des toilettes traditionnelles qu'elles font souvent usage. A ce titre, le cancer du col de l'utérus est assimilé à la mal propreté intime.

3.2.4. Le cancer du col de l'utérus comme maladie des femmes utilisant les produits rétrécissant le sexe

Certaines représentations sociales de la sexualité féminine véhiculent l'idée selon laquelle les hommes préfèrent les vagins étroits, peu larges et relativement secs, considérés comme davantage favorables à leur satisfaction sexuelle. Cette conception contribue à construire un idéal de féminité sexuelle dans lequel l'étroitesse et la sécheresse vaginales sont associées au plaisir masculin et à la désirabilité féminine. Des études menées en Afrique subsaharienne mettent en évidence l'existence de ces préférences et leur influence sur les pratiques sexuelles féminines (Scorgie et al., 2009 ; Martin Hilber et al., 2012).
Dans cette perspective, certaines femmes aspirent à avoir un vagin plus étroit et plus sec, estimant que leur capacité à satisfaire sexuellement leur partenaire constitue un facteur important de stabilité conjugale et relationnelle. Cette réalité ressort notamment de l'étude de Scorgie et al. (2009), réalisée en Afrique du Sud, qui montre que certaines pratiques vaginales sont motivées par la recherche du plaisir masculin et la volonté de préserver la fidélité du partenaire. De même, les travaux de Duby et al. (2017) mettent en évidence que certaines jeunes femmes utilisent des produits vaginaux dans le but d'améliorer leur attractivité sexuelle, de conserver leur partenaire et de se distinguer des autres femmes.
Dans cette logique, certaines femmes recourent à des plantes, des feuilles, des écorces et diverses préparations traditionnelles pour provoquer un assèchement ou un resserrement vaginal, dans l'espoir de mieux répondre aux attentes de leurs partenaires. Ces pratiques ont notamment été documentées en Afrique centrale par Brown, Ayowa et Brown (1993), dans une étude réalisée dans l'ancien Zaïre. Les auteurs ont rapporté l'utilisation de nombreuses substances végétales et de poudres introduites dans le vagin afin d'obtenir une sensation de sécheresse et de resserrement, considérée comme favorable au plaisir sexuel. Ils ont également relevé que certaines de ces substances pouvaient provoquer des réactions inflammatoires au niveau du vagin et du col utérin.
Dans le contexte de la présente enquête, il ressort que certaines personnes interrogées établissent un lien entre ces pratiques, notamment l'utilisation de feuilles, de plantes et de préparations traditionnelles, et la survenue du cancer du col de l'utérus. Cette perception traduit une interprétation populaire des risques liés aux pratiques intravaginales, qui mérite d'être analysée au regard des connaissances biomédicales disponibles. C'est ce qui justifie la raison pour laquelle cette maladie est perçue comme l'affaire « des femmes qui utilisent les produis pour rétrécir le sexe », ainsi qu'il est repris dans les propos des enquêtés qui suivent :

« C'est une maladie causée souvent par les tiges traditionnelles que certaines femmes mettent dans leurs sexes. Parfois, lorsqu'on introduit ça dans le corps, ça ne rentre pas bien, et ça se coupe dans le corps. Ça peut te compliquer au niveau des trompes et engendrer le cancer. D'autres filles introduisent le sel de Chine dans le sexe, pour avoir un bon sexe, or ce sel va engendrer l'eau dans le corps » (femme, 35 ans)
« Pour le cancer du col de l'utérus, c'est une maladie causée par les produits que les femmes introduisent dans leur sexe, les filles mettent les feuilles qu'elles prennent chez les autochtones » (homme, 28 ans).

Dans certains milieux familiaux congolais, la pratique du resserrement vaginal fait l'objet d'une transmission intergénérationnelle, notamment dans le cadre de la préparation des jeunes filles à la vie sexuelle et conjugale. L'apprentissage de ces pratiques, fondées sur des savoirs et des connaissances socioculturels locaux, participe ainsi au processus de socialisation sexuelle des jeunes femmes. En effet, la sexualité ne se limite pas à sa dimension biologique, mais constitue également une réalité sociale et culturelle, façonnée par des normes, des valeurs, des représentations et des pratiques transmises d'une génération à une autre (Bozon, 2009). À cet égard, les travaux de Brown, Brown et Ayowa (1993), réalisés à Kananga, dans l'ancien Zaïre, mettent en évidence l'utilisation de

substances intravaginales destinées au resserrement et à l'assèchement vaginal, pratiques connues et valorisées dans certains milieux sociaux.
Au-delà de leur dimension physiologique, ces pratiques traduisent l'intériorisation de normes culturelles qui définissent les caractéristiques d'une sexualité féminine considérée comme socialement valorisée. Dans cette perspective, la sexualité apparaît comme une construction sociale entretenue par les attentes et les exigences des individus et de leur environnement socioculturel (Bozon, 2009). Les pratiques d'entretien vaginal auxquelles certaines jeunes filles recourent, notamment l'utilisation de tisanes et de produits localement désignés sous l'appellation de « sel de Chine », témoignent de cette adaptation du corps féminin aux normes sociales relatives au plaisir sexuel et à la satisfaction masculine. Toutefois, l'utilisation de certaines substances intravaginales peut entraîner des effets néfastes sur la santé génitale, notamment des irritations, des inflammations et des lésions des muqueuses vaginales et cervicales (Brown et al., 1993).
Dans le contexte de la présente enquête, le cancer du col de l'utérus apparaît, dans les discours de certains enquêtés, comme une conséquence possible de ces pratiques traditionnelles. Cette association révèle la manière dont les populations construisent leurs propres interprétations des risques liés à la sexualité et aux soins intimes. Il convient néanmoins de distinguer ces représentations populaires des connaissances biomédicales, selon lesquelles le principal facteur causal du cancer du col de l'utérus est une infection persistante par certains types oncogènes de papillomavirus humains (HPV), et non l'utilisation des tisanes ou des produits de resserrement vaginal en elle-même (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2024). Ainsi, le cancer du col de l'utérus peut également être appréhendé comme un objet de construction sociale, à travers lequel les populations interprètent les pratiques intimes, attribuent des significations aux risques sanitaires et élaborent leurs propres systèmes explicatifs de la maladie.
.

3.2.5. Le cancer du col de l'utérus comme maladie des femmes ayant plusieurs partenaires sexuels

La conduite des femmes ayant plusieurs partenaires sexuels est contradictoire avec les normes sanitaires qui la considèrent comme une exposition au danger, suivant le raisonnement des populations enquêtées. La multiplicité des partenaires sexuels s'observe comme une ignorance aux inconvénients dont l'atteinte au cancer du col de l'utérus constitue une preuve tangible. Selon les personnes interrogées, les jeunes filles se livrent dans les rapports sexuels avec les hommes dont elles n'ont aucune maitrise du statut sérologique. C'est la raison pour laquelle on attribue aux femmes souffrantes du cancer du col de l'utérus, l'étiquette « des filles infidèles » comme le démontrent les propos suivants :

« Peut-être en faisant les rapports sexuels avec beaucoup de gens, ou pour les gens qui ne respectent pas les conditions d'hygiène peuvent l'attraper » (homme, 34 ans).
« Une autre cause, c'est le divorce des parents, et lorsque les filles commencent à vivre avec une autre maman, papa ne fait pas bien son suivi, face aux maltraitances, la fille peut aller se prostituer, pour avoir quelque chose, et la conséquence, c'est le cancer. C'est ça la porte de toutes maladies sexuellement transmissibles » (homme, 40 ans).

On comprend à travers ces affirmations que le cancer du col de l'utérus est la conséquence de la transgression de normes sociales en matière de sexualité. En effet, il est établi, à la lumière des données collectées auprès des populations de cette enquête, qu'au Congo comme dans d'autres sociétés africaines, les femmes n'ont pas le droit d'avoir plus d'un partenaire sexuel en même temps. Dans ce sillage, il est connu que l'activité prostitutionnelle par exemple est considérée comme l'un des phénomènes propagateurs du cancer du col de l'utérus. Cela étant, la société attribue aux souffrantes de cette maladie, l'image des femmes infidèles ou prostituées.

3.2.6. Le cancer du col de l'utérus comme une maladie des bantous

S'agissant des peuples des forêts, les autochtones ont historiquement un mode de vie qui les différencie des autres catégories sociales. Leur spécificité se traduit par leur façon d'interpréter le réel qui s'appuie sur leur vécu historique et leurs croyances. En ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, les populations autochtones interrogées estiment qu'il s'agit d'une nouveauté à leurs yeux. D'autant plus que depuis la nuit des temps, elles n'ont jamais connu une telle maladie. A ce sujet, une femme autochtone témoigne :

« Moi, je peux parler que nous les autochtones, on ne connaissait pas ce genre de maladies. Nous sommes habitués avec nos feuilles de forêt, on boit ça, on a aussi les fils traditionnels qu'on attache à nos enfants, et aujourd'hui lorsque nous voyons ce genre de maladies tuer les jeunes filles. Nous, on ne connait pas l'origine de ces maladies, donc, comme vous êtes venus, je souhaite que vous nous aidiez pour ça » (femme, 31 ans).

Ces propos montrent que le cancer du col de l'utérus apparait comme une nouveauté en milieu autochtone. De ce fait, dans leur imaginaire, ce sont les bantous qui ont introduit cette maladie dans leur société. Ils estiment que c'est le fait d'échanger les partenaires sexuels avec les bantous qui expliquerait la propagation du cancer du col de l'utérus chez les filles autochtones. Ce fait se traduit par l'extrait d'entretien suivant :

« Nos jeunes filles autochtones aiment maintenant trop les hommes bantous, les hommes bantous ont détruit le moral de nos enfants. Tu peux dire à ta fille de prendre seulement un mari autochtone, parce que lorsque nous avons nos propres hommes autochtones avant, on ne connaissait pas ce genre de maladies. Mais actuellement, les matrices de nos enfants sont détruites, ils ont maintenant des difficultés à mettre au monde, à cause de suivre les hommes bantous, et nos hommes passent encore les rapports sexuels avec les mêmes filles aussi qui, couchent avec les bantous pour nous transmettre cette maladie » (femme, 29 ans).

De cette manière d'interpréter le cancer du col de l'utérus transparait une tension qui caractérise les relations entre les bantous et les autochtones. Ces accusations appellent à déconstruire ces perceptions qui, au fond, ne sont pas en phase avec les perspectives d'introduction vaccinale, ce qui nécessite d'intenses activités de communication du risque et d'engagement communautaire.

3.3. Déterminants d'accès aux services de prévention et de prise en charge

Selon les répondants à cette étude, la bonne connaissance des maladies et de leurs vaccins est ce qui pousse principalement les communautés à accepter la vaccination. De même que la certitude d'être protégé face à ce fléau médical est également une des raisons évoquées par les enquêtés. Cette réflexion est matérialisée par les paroles citées des populations de l'étude ci-dessous.

« C'est la peur d'attraper une maladie grave, surtout que les gens n'ont pas assez d'argent pour se faire soigner, et que nos hôpitaux n'ont peut-être pas les moyens de traiter la population. Et à la fin, la peur de mourir » (femme, 39 ans).
« Les raisons sont nombreuses parce que si le vaccin arrive et que je ne donne pas l'autorisation de faire vacciner l'enfant, quand viendra la maladie la personne qui va le plus dépenser, c'est moi » (homme, 47 ans).

Les facteurs qui poussent les enquêtés de faire vacciner leurs filles sont la bonne connaissance des maladies et de leurs vaccins, la certitude de la protection assurée des filles par la vaccination et la crainte des coûts de la morbi-mortalité à la suite de la non-vaccination.

3.3.1. Discours ethnographique des fidèles de l'Eglise de Dieu sur l'acceptabilité vaccinale HPV

A la question de savoir s'ils accepteraient volontiers de faire vacciner leurs jeunes filles, les données recueillies sur l'acceptabilité parentale du vaccin contre le HPV en faveur de leurs enfants met en exergue des éléments qui nous semblent importants en termes d'acceptation du vaccin. A ce premier stade d'analyse, il s'agit d'appréhender les opinions des leaders religieux et fidèles sur l'acceptabilité du vaccin du cancer du col de l'utérus. Ces verbatims recueillis dans les sites d'enquête, sont illustratifs. Les données issues des focus group dirigés auprès cinq (5) mamans de l'hôpital de Dieu illustrent l'acceptation parentale du vaccin HPV au bénéfice des filles âgés de 9 à 14 ans.

« J'accepterai que ma fille se fasse vacciner, parce que je reconnais les ravages causés par cette maladie. De plus, pendant notre jeunesse, les équipes vaccinales passaient nous vacciner à l'école contre la tuberculose, etc. C'est une bonne prévention » (homme, 94 ans).

« Je suis d'accord parce que moi-même, je ne ressens aucun effet secondaire après une vaccination. Mais cela dépend d'un organisme à un autre » (femme, 39 ans).

3.4. Analyse critiques des sources médiatiques et pratiques locales en matière de prévention et de prise en charge du HPV

Les données qualitatives collectées auprès des communautés locales et populations autochtones font remarquer que le HPV apparait avec une grande étrangeté chez certaines personnes qui affirment n'avoir jamais été informées de cette maladie. Cela fait transparaitre une sorte de considération exogène de cette pathologie dans le répertoire

culturel et historique des maladies les plus connues dans l'univers congolais. Ce fait se traduit par les extraits d'entretiens suivants :
« Avoir une idée, c'est les causes exactes de cette maladie, ce n'est pas facile, parce que nous ne sommes pas de la santé » (homme, 37 ans).

« C'est la première fois que j'attends parler de cette maladie » (femme, 39 ans).

Ces propos mettent en relief le fait que le HPV échappe encore à la compréhension de certains enquêtés. Voilà pourquoi les causes, les manifestations, les conséquences et les modes de prévention de cette maladie semblent être moins connus. Par ailleurs, d'autres enquêtés vivant en zones rurale et urbaine ont déjà entendu parler du HPV. Les principales sources d'informations évoquées sont la radio, la télévision, les relais communautaires, les centres de santé intégrés (CSI) et les amis. C'est ce qui ressort des témoignages des enquêtés lorsqu'ils affirment :

« Moi, je peux parler que nous avons entendu parler de cette maladie, dans les radios, les télévisions » (femme, 31 ans).
« Ce que j'ai entendu, c'est ce que cette maladie fait sortir le col de l'utérus. J'ai entendu parler de ça à travers les gens du quartier » (homme, 41 ans).

En tout état de cause, a l'instar d'autres maladies, les informations sur le HPV ne sont pas diffusées uniquement par les sources officielles (radio, télévision etc.). Dans ce contexte, les confusions sont fort probables au point de remettre parfois en cause les informations biomédicales véhiculées par les agents de santé.

3.4.1. Connaissances sur les modes de prévention du cancer du col de l'utérus

Sur la base de leurs connaissances, quoique limitées, sur les causes et les modes de transmission du HPV, y compris ses symptômes, la compréhension des populations sur ses moyens de prévention mettent en relief les pratiques cliniques incluant l'utilisation du préservatif, l'observation des règles d'hygiène, le bilan de santé sexuelle et le vaccin. Ces réflexes viennent du fait que dans les représentations collectives des enquêtés, ces modes de prévention sont à implémenter pour toute sorte de maladie qui concerne la santé sexuelle et reproductive. Ils témoignent en filigrane une bonne connaissance des pratiques préventives qui s'illustrent par les déclarations suivantes :

« Il faut utiliser les préservatifs pour se protéger contre la maladie. Il faut éviter de se faire trop avorter. Il faut éviter trop de rapports sexuels. C'est ce que je pense, mais je dis aussi que je ne connais pas beaucoup sur cette maladie, sinon j'allais donner beaucoup de réponses » (homme, 29 ans).
« Pour éviter cette maladie, je suggère que l'Etat puisse mettre en place un vaccin, finalité, c'est le vaccin, comme, on a fait avec la poliomyélite » (homme, 51 ans).

Par ailleurs, outre l'utilisation du préservatif, le respect des règles d'hygiène, le bilan de santé sexuelle et le vaccin, d'autres pratiques sont considérées comme moyens de prévenir le cancer du col de l'utérus. Des faits observés aux données collectées, il ressort que certains modes employés par les enquêtés pour éviter cette maladie sont influencés par leurs croyances. Voilà pourquoi la prière, par exemple, est aussi perçue comme protectrice. Cela s'illustre à travers les propos ci-dessous :

« Pour les sorciers, on doit prier pour qu'ils ne nous donnent pas cette maladie » (femme, 29 ans).
« Pour faire que les sorciers ne nous transmettent pas cette maladie, il faut bien se comporter, en plus de la prière et de la propreté de son corps, en diminuant les rapports sexuels » (homme, 36 ans).

En définitive, ces croyances témoignent d'une confiance relativement faible envers les approches biomédicales de prévention, dans un contexte où les représentations socioculturelles occupent une place prépondérante dans l'interprétation et la compréhension de la maladie. L'ancrage de certaines perceptions magico-religieuses est ainsi susceptible de constituer un frein à l'adhésion des populations aux interventions et aux campagnes de santé publique.
Par ailleurs, l'analyse approfondie des données recueillies met en évidence un niveau de connaissance encore insuffisant des enquêtés concernant le papillomavirus humain (HPV). En effet, les connaissances relatives à ses causes, à ses manifestations cliniques ainsi qu'aux moyens de prévention demeurent limitées. Ces lacunes, auxquelles s'ajoutent les croyances et représentations associées à cette infection, sont susceptibles d'influencer négativement l'acceptabilité de la vaccination. Dès lors, la mise en œuvre d'une stratégie de sensibilisation adaptée, visant à renforcer les connaissances, à déconstruire les idées préconçues et à favoriser une meilleure

compréhension des enjeux de la vaccination, apparaît comme une étape préalable essentielle à la réussite de l'introduction du vaccin contre le HPV.

3.4.2. Prise en charge thérapeutique du cancer du col de l'utérus

Eu égard aux différentes réponses données par les répondants à cette étude, personne parmi les professionnels de santé ont déclaré avoir reçu des cas de cancer du col de l'utérus. Cette information est corroborée par le verbatim ci-après :

« Non, je n'ai pas encore reçu un tel cas » (femme, 41 ans).

Dans le même registre d'idées, certains professionnels de santé n'ont pas une connaissance pointue du cancer du col de l'utérus et de son vaccin. Ce qui requiert une mise à jour des connaissances des professionnels de santé au fil de la survenue des maladies (ré)émergentes.

3.5. Barrières, obstacles et freins d'accès aux services de lutte contre le HPV

La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV), considérée comme une intervention majeure dans la prévention du cancer du col de l'utérus, ne peut produire pleinement ses bénéfices sanitaires sans une adhésion effective des populations concernées. En effet, l'acceptabilité vaccinale ne dépend pas uniquement de la disponibilité du vaccin et de son accessibilité, mais également du niveau de connaissance des populations, de leurs perceptions, de leurs croyances et de la confiance qu'elles accordent aux institutions sanitaires (Kessels et al., 2012 ; Omayo et al., 2023). Les entretiens réalisés dans le cadre de la présente enquête révèlent une certaine ambivalence à l'égard de la vaccination contre le HPV dans les différentes localités étudiées. Cette ambivalence se manifeste par la coexistence d'opinions favorables à la vaccination et de réticences alimentées par les craintes relatives aux effets secondaires, aux éventuelles conséquences sur la fertilité, aux convictions religieuses et à l'insuffisance d'informations fiables. Des préoccupations similaires ont été rapportées dans plusieurs contextes d'Afrique subsaharienne (Omayo et al., 2023 ; *Barriers and facilitators of HPV vaccination in sub-Saharan Africa*, 2023).
L'analyse des discours recueillis permet de distinguer plusieurs dimensions susceptibles d'influencer l'acceptabilité vaccinale, notamment la responsabilité de la décision de vaccination, les motifs de refus, les conditions d'accessibilité du vaccin, la circulation des rumeurs, les motivations favorables à la vaccination, les lieux d'administration ainsi que le rôle des acteurs sociaux et institutionnels dans sa promotion. Ces éléments montrent que la décision vaccinale ne relève pas exclusivement d'un choix individuel, mais s'inscrit dans un processus de construction et de négociation sociale impliquant les parents, les adolescentes, les professionnels de santé, les responsables communautaires et les autorités religieuses. Dans cette perspective, Omayo et al. (2023) soulignent que les influences familiales, communautaires et institutionnelles, auxquelles s'ajoutent les contraintes géographiques et économiques d'accès aux services de santé, contribuent à façonner les attitudes envers la vaccination contre le HPV. De même, les difficultés logistiques, le déficit d'information et les obstacles liés à l'accessibilité des services constituent des enjeux importants pour le déploiement de cette vaccination en République démocratique du Congo (Banque mondiale, 2025).
Par ailleurs, les résultats de la présente étude mettent en évidence différentes attitudes à l'égard du cancer du col de l'utérus, caractérisées notamment par le déni de la maladie, la peur, la banalisation de sa gravité et le recours à des interprétations socioculturelles pour expliquer son origine et ses manifestations. La peur, la honte et la discrimination apparaissent également comme des dimensions importantes des expériences et des représentations associées à cette affection. Ces réactions peuvent être comprises à partir de l'approche anthropologique des modèles explicatifs de la maladie développée par Kleinman (1980), selon laquelle les individus et les groupes sociaux élaborent des systèmes de représentations propres pour interpréter les causes, les manifestations et les conséquences des problèmes de santé. Ainsi, les attitudes observées ne traduisent pas uniquement un déficit de connaissances biomédicales, mais reflètent également des normes sociales, des croyances et des mécanismes de stigmatisation susceptibles d'influencer les comportements préventifs, le recours aux soins et l'adhésion aux interventions sanitaires. La peur du jugement social et la honte associée à une maladie touchant l'intimité féminine peuvent notamment limiter la communication autour du cancer du col de l'utérus et constituer des obstacles à la prévention et au dépistage.

3.5.1. Raisons de refus vaccinal du cancer du col de l'utérus

Les expériences antérieures des populations en matière de vaccination constituent un déterminant important de l'hésitation et du refus vaccinal observés dans la présente enquête. En effet, certains répondants expriment une diminution de leur confiance envers les vaccins, particulièrement depuis la campagne de vaccination contre la

COVID-19. La circulation massive d'informations contradictoires, de rumeurs et de fausses informations durant cette pandémie, phénomène désigné sous le terme d'« infodémie », semble avoir contribué à fragiliser la confiance accordée aux interventions vaccinales. Cette situation peut être rapprochée du phénomène de transfert de la méfiance vaccinale (*vaccine spillover effect*), selon lequel les perceptions négatives associées à un vaccin peuvent influencer l'acceptabilité d'autres vaccins (Lockman et al., 2025).
Cette dynamique est également observée en République démocratique du Congo. L'étude de Boisson-Walsh et al. (2025), réalisée à Kinshasa, rapporte une diminution de la confiance dans les vaccins de routine entre les périodes prépandémique et postpandémique. Dans leur échantillon, la proportion de personnes considérant les vaccins comme sûrs est passée de 80,5 % à 46,3 %. Les auteurs mettent notamment en évidence le rôle de la méfiance envers les fabricants et les autorités gouvernementales, des craintes relatives aux effets secondaires ainsi que des incertitudes concernant l'efficacité des vaccins dans les décisions vaccinales.
Ainsi, les expériences et les perceptions développées pendant la pandémie de COVID-19 peuvent désormais servir de référence dans l'évaluation des nouvelles interventions vaccinales, notamment celle contre le papillomavirus humain (HPV). La méfiance initialement dirigée contre le vaccin contre la COVID-19 est donc susceptible de se répercuter sur l'acceptabilité d'autres vaccins, y compris ceux proposés dans le cadre du Programme élargi de vaccination. Toutefois, ce phénomène ne doit pas être considéré comme systématique ni uniforme : son ampleur dépend des expériences individuelles, des sources d'information, du niveau de confiance envers les institutions sanitaires et des contextes socioculturels des populations concernées. Ces raisons sont présentées dans les verbatim ci-dessous :

« Depuis la COVID-19, les gens ont perdu la confiance aux vaccins » (femme, 43 ans).

« Certaines personnes ont honte d'aller prendre le vaccin, surtout si ce n'est pas tout le monde qui va. Elles disent aussi que les vaccins donnent d'autres maladies, comme la fièvre. Elles ajoutent que le vaccin, c'est pour sacrifier les gens, pour diminuer le nombre de congolais, une manœuvre des francs-maçons » (homme, 49 ans).

Les fausses informations et les rumeurs qui gravitent autour des vaccins, exacerbées par la crise sanitaire due à la maladie à coronavirus de 2019 ont entamé la confiance des populations sur les vaccins, y compris celui du HPV à venir. Il devient dont important d'intensifier la sensibilisation sur la maladie et son vaccin, pour mieux envisager l'introduction vaccinale.

3.5.2. Obstacles d'accès à la vaccination du cancer du col de l'utérus

Au registre des freins à l'acceptabilité vaccinale, les répondants à cette étude ont mentionné la prégnance des coutumes rétrogrades à la vaccination, telles que les pratiques ancestrales et les pratiques cultuelles de certaines religions liées à la prévention et au traitement des épidémies, dans certaines localités. En outre, la distance entre les domiciles et les centres de vaccination a également été épinglée comme facteur démotivant les personnes à vacciner, comme le témoignent les paroles des populations enquêtées qui suivent :

« Les interdits, coutumes, convictions religieuses…Ce sont des obstacles » (femme, 36 ans).

« Pour l'accessibilité de notre localité, ici, les gens viennent prendre le vaccin, mais si c'est au coin là-bas, c'est un peu aussi éloigné, là-bas, c'est trop loin. Il faut prendre les motos pour aller là-bas pour vacciner les peuples et les bantous là-bas. Là-bas, c'est trop loin pour venir ici, vraiment, c'est trop difficile. C'est la distance parce que ces localités sont loin » (homme, 48 ans).

En somme, la distance entre les domiciles et les sites de vaccination dans certaines localités peut constituer un obstacle pour les communautés excentrées de ces centres. De même que le refus du vaccin est corollaire à la conception erronée, bien ancrée dans l'imaginaire collectif de certaines communautés de l'étude, sur la peur de la morbi-mortalité du vaccin. Enfin, le manque d'information sur les vaccins est un aussi un frein à la mobilisation des personnes à vacciner. Pour ce faire, il sied de privilégier la stratégie de vaccination mobile pour atteindre les zones enclavées et d'intensifier les campagnes de sensibilisation de la maladie et son vaccin, avant celles de la vaccination.

Discours ethnographique sur les déterminants du refus de vaccin HPV chez les leaders communautaires

A la question de savoir quelles seraient, selon eux, les causes du refus de vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

« Manque d'explications des mesures préventives pour supporter les effets secondaires après la vaccination » (femme, 38 ans)

« Peur liée à l'allergie c'est-à-dire les effets secondaires du vaccin (homme, 51 ans)

3.5.3. Rumeurs ou fausses informations sur le vaccin du cancer du col de l'utérus

Des données qualitatives collectées lors de cette étude, il ressort que les rumeurs ou fausses informations sont un terreau sur lequel s'est développée une hésitation, une résistance, voire un refus vaccinal. Ces informations erronées ont été exacerbées par la crise sanitaire de Covid-19. Depuis lors, à travers tous les médias, et en plus de bouche-à-oreille, des messages sans fondement ont été relayés contre tout type de vaccins. Ce sont des verbatim de ces enquêtés que disposent les passages qui suivent :

« Les gens disent que le vaccin va rendre les filles stériles, ce sont des piqures qui font mal et ça donnent des maladies. Ce sont juste des fausses informations, pour eux les MAPI sont des maladies alors que les vaccins ne donnent pas des maladies » (homme, 39 ans).

« Les gens disent que si on vaccine les enfants après 3 ou 4 mois, l'enfant peut être malade, parfois l'enfant fera la fièvre voilà pourquoi ils évitent » (femme, 24 ans).

Somme toute, les enquêtés croient aux conceptions mystico-religieuses sur l'origine des vaccins et les populations cibles de l'étude croient à la morbi-mortalité du vaccin du cancer du col de l'utérus.

Peur du cancer du col de l'utérus et son vaccin

Le cancer du col de l'utérus est une maladie mortelle. Les saignements au niveau du sexe fait penser à sa gravité pour les populations qui y attribuent même le caractère mystique. Il engendre chez les individus la peur qui influe négativement le registre interprétatif de son vaccin. C'est ce qui ressort des extraits du discours ci-après :

« Nous les autochtones on a peur de ça, si on rentre dans la forêt, c'est pour le bon. Ça fait vraiment peur à l'enfant seulement comme ça. On fuit la piqure, et le vaccin. On a peur de faire les tests, j'ai peur parce que, je ne veux pas que les gens puissent savoir ce que je souffre, c'est comme si, on va engendrer la colère à nos maris » (femme, 27 ans).

« Les gens ont peur du vaccin à cause des rumeurs. On a vu ça pour le vaccin du corona virus, on a dit que c'est un vaccin qui tue, et les gens ont refusé aussi de se faire vacciner » (homme, 22 ans).

Une précision s'impose à ce niveau : il y a à la fois la peur de la maladie et son vaccin. A cause de ses effets secondaires, des rumeurs qui l'entourent et de sa diabolisation, les populations ont développé des attitudes négatives face au vaccin qui s'impose pourtant comme un moyen privilégié pour lutter contre la propagation du cancer du col de l'utérus.

3.5.4. Honte pour se faire dépister du cancer du col de l'utérus

Se faire dépister permet de détecter la maladie à son stade précoce et maximiser les chances de réussir la prise en charge. Cependant, cette prescription biomédicale se heurte à la prégnance des normes sociales qui président les réactions de certaines filles congolaises. Elles ont souvent honte de se faire dépister pour préserver leur sexe, organe du corps qui leur semble très intime. Les personnes enquêtées mettent cette réalité en relief en déclarant :

« C'est seulement la honte de filles, sinon, l'initiative est bonne, ça va les sauver de cette maladie » (femme, 29 ans).
« C'est la honte de s'exposer le corps devant les médecins qui fait que les filles n'aiment pas aller à l'hôpital. Elles préfèrent utiliser les tisanes qui sont moins chères » (femme, 26 ans).

De ce qui précède, il se dégage l'idée que la réticence de jeunes filles à se faire dépister relève du caractère sacré du sexe. Car, selon la culture congolaise, il s'agit d'un tabou. Dans toutes les sociétés congolaises, il est interdit de parler du sexe en public. L'exposer aux personnels de santé devient une sorte de transgression des normes culturelles. Ces logiques persistent encore en dépit de l'ouverture du Congo à la mondialisation. Au regard de

l'importance que revêt le dépistage dans la lutte contre la propagation du cancer du col de l'utérus, une sensibilisation sexo-spécifique sur cette maladie et son vaccin serait un atout indéniable.

6. Recommandations

Cette étude, consacrée à l'analyse des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des populations à l'égard de la vaccination contre le HPV, met en évidence le poids des normes sociales, des représentations socioculturelles et des insuffisances institutionnelles comme principaux obstacles potentiels à l'introduction du vaccin contre le cancer du col de l'utérus en République du Congo.

Pour favoriser la réussite de cette intervention, plusieurs recommandations sont formulées :

- au Gouvernement, adapter la stratégie vaccinale aux réalités socioculturelles, renforcer la sensibilisation, former les professionnels de santé et développer une communication efficace ;
- au GTCV et aux organisations de jeunesse et de la société civile, renforcer la mobilisation communautaire ; enfin,
- à l'OMS et aux partenaires techniques et financiers, apporter un appui financier, logistique et technique à la vaccination, soutenir un plan intégré de lutte contre le cancer du col de l'utérus et encourager la réalisation d'études approfondies sur les connaissances, attitudes et pratiques des populations.

7. Conclusion

La présente étude est menée en prélude à l'introduction du vaccin du cancer du col de l'utérus. L'évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations relatives à cette maladie est l'objectif visé. En effet, sur la base des données qualitatives colletées, à travers les focus groupes, les entretiens individuels et les observations directes, il s'est avéré que les personnes interrogées ont des connaissances limitées sur la maladie ; c'est-à-dire ses causes, ses manifestations et ses modes de prévention. C'est ainsi que les normes sociales et logiques culturelles prennent le dessus sur les connaissances scientifiques du cancer du col de l'utérus. Dans cette situation, les attitudes et pratiques des populations face à cette maladie sont gouvernées par les représentations sociales. Par conséquent, elles s'orientent de plus en plus vers les églises et les tradithérapies, au détriment des centres de santé.

En ce qui concerne le vaccin contre le cancer du col de l'utérus, l'étude révèle qu'il peut être accepté par certaines communautés qui en considèrent comme l'ultime moyen de prévenir cette maladie. Cependant, cette tendance se heurte aux rumeurs et aux croyances qui assignent au vaccin les significations maçonniques et sorcellaires. A cela s'ajoutent les expériences dans vaccins antérieurs qui ont développé des souvenirs négatifs du vaccin, partant de ses effets secondaires.

En vertu des faits constatés, une stratégie pour le changement social et comportemental s'impose comme un préalable pour le projet d'introduction vaccinale envisagé. Comme tel, les recommandations formulées à l'endroit du Gouvernement et ses partenaires se positionnent comme des solutions idoines aux obstacles observés.

8. Références bibliographiques

1. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179–211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T
2. Banque mondiale (2025). Référence du rapport à préciser : titre exact du document et lien de publication nécessaires pour identifier la source utilisée sur la vaccination contre le HPV en République démocratique du Congo.
3. Barriers and facilitators of HPV vaccination in sub-Saharan Africa (2023). Référence à compléter : il s'agit pour le moment d'un titre descriptif et non d'une référence bibliographique suffisamment identifiée.
4. Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Anchor Books.
5. Boisson-Walsh et al. (2025). Référence complète à préciser : titre de l'étude menée à Kinshasa, revue ou organisme de publication et DOI éventuel.
6. Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité* (2e éd.). Paris : Armand Colin.
7. Brown, J. E., Ayowa, O. B., & Brown, R. C. (1993). Dry and tight: Sexual practices and potential AIDS risk in Zaire. *Social Science & Medicine, 37*(8), 989–994. https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90433-5
8. Brown, R. C., Brown, J. E., & Ayowa, O. B. (1993). The use and physical effects of intravaginal substances in Zairian women. *Sexually Transmitted Diseases, 20*(2), 96–99. https://doi.org/10.1097/00007435-199303000-00007
9. Douglas, M. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.

10. Evans-Pritchard, E. E. (1937). *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.
11. Foster, G. M. (1976). Disease etiologies in non-Western medical systems. *American Anthropologist, 78*(4), 773–782. https://doi.org/10.1525/aa.1976.78.4.02a00030
12. Helman, C. G. (2007). *Culture, health and illness* (5th ed.). Hodder Arnold.
13. Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Mouton.
14. Humphries, H., Mehou-Loko, C., Phakathi, S., Mdladla, M., Fynn, L., Knight, L., & Abdool Karim, Q. (2019). 'You'll always stay right': Understanding vaginal products and the motivations for use among adolescent and young women in rural KZN. *Culture, Health & Sexuality, 21*(1), 95–107. https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1453086
15. Kessels, S. J. M., Marshall, H. S., Watson, M., Braunack-Mayer, A. J., Reuzel, R., & Tooher, R. L. (2012). Factors associated with HPV vaccine uptake in teenage girls: A systematic review. *Vaccine, 30*(24), 3546–3556. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.03.063
16. Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
17. Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris : Payot.
18. Laplantine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie : Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Payot.
19. Lei, J., Ploner, A., Elfström, K. M., Wang, J., Roth, A., Fang, F., Sundström, K., Dillner, J., & Sparén, P. (2020). HPV vaccination and the risk of invasive cervical cancer. *The New England Journal of Medicine, 383*(14), 1340–1348. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1917338
20. Lockman et al. (2025). Référence complète à préciser : titre de l'article, revue, volume et DOI.
21. MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine, 33*(34), 4161–4164. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036
22. Maree, J. E., Wright, S. C. D., & Makua, T. P. (2011). Knowledge of cervical cancer and cervical cancer screening among women in South Africa.
23. Martin Hilber, A., Kenter, E., Redmond, S., Merten, S., Bagnol, B., Low, N., & Garside, R. (2012). Vaginal practices as women's agency in sub-Saharan Africa: A synthesis of meaning and motivation through meta-ethnography. *Social Science & Medicine, 74*(9), 1311–1323. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.032
24. Murewanhema, G., Moyo, E., Dzobo, M., Mandishora-Dube, R. S., & Dzinamarira, T. (2024). Human papilloma virus vaccination in the resource-limited settings of sub-Saharan Africa: Challenges and recommendations. *Vaccine: X, 20*, 100549. https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100549
25. Okoko, A. M. C., *Genre, VIH/sida et développement en République du Congo : contribution à la sociologie de la maladie et des rapports sociaux de sexe*, Thèse en vue de l'obtention du diplôme de doctorat unique en sociologie.
26. Omayo et al. (2023). Référence complète à vérifier : le nom des auteurs, le titre exact et la revue doivent être précisés avant son intégration définitive.
27. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem*. Genève : OMS. https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107
28. Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2024). *Human papillomavirus and cervical cancer*. Genève : OMS. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
29. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). (2024). *WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC): HPV vaccine introduction status, data as of 31 December 2023*. Genève : OMS et UNICEF.
30. Scorgie, F., Kunene, B., Smit, J. A., Manzini, N., Chersich, M. F., & Preston-Whyte, E. M. (2009). In search of sexual pleasure and fidelity: Vaginal practices in KwaZulu-Natal, South Africa. *Culture, Health & Sexuality, 11*(3), 267–283. https://doi.org/10.1080/13691050802395915
31. Waheed, D.-E.-N., Bolio, A., Burdier, R., Guillaume, D., Biey, J., Ndiaye, C., Karafillakis, E., Kouassi, K. S., Vorsters, A., & Morgan, C. (2026). Barriers to HPV vaccine introduction and revitalization in sub-Saharan francophone African countries: A qualitative descriptive study. *Vaccine, 70*, 128030. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.128030