



PISTES D' ACTIONS POUR ATTEINDRE LES POPULATIONS ELOIGNEES DU SYSTEME DE SANTE/VACCINATION COVID

PROPOSITION DE L'IREPS GRAND EST



COMMANDE INITIALE DE L'ARS

Le Dr Annick Dieterling, Directrice de la Santé publique et responsable de la cellule « vaccination Covid » au sein de l'ARS a sollicité l'Ireps pour identifier « des pistes d'actions pour atteindre les populations éloignées du système de santé dans le cadre de la vaccination Covid, plus précisément les populations qui relèvent de ces critères d'éligibilité : plus de 75 ans ou 50 à 64 ans avec comorbidités¹, vivant à domicile, qui n'auraient pas eu l'intégralité des informations leur permettant d'aller se faire vacciner : intérêt, organisation de la vaccination, lieux pour se faire vacciner, modalités d'inscription pour prendre RDV dans les centres de vaccination ou auprès d'un médecin traitant (50 à 64 ans) ; parfois n'ont pas de médecin traitant.

CARACTERISATION DES FREINS POTENTIELS EN FONCTION DES PUBLICS CIBLES

La demande de l'ARS cible des populations bien spécifiques et recouvrant des réalités sociales, économiques, territoriales, sanitaires, culturelles très différentes. La consultation de la littérature scientifique sur la Covid-19² a permis de relever des freins potentiels pour les publics retenus. Ces freins, s'ils peuvent être retrouvés en population générale, sont d'autant plus marqués chez les personnes éloignées du système de santé, telles que définies dans la partie « Commande initiale de l'ARS » :

Les données de la littérature semblent montrer que les déterminants de la motivation vaccinale peuvent varier en fonction du type de publics et du vaccin considéré. Les effets liés au statut socioéconomique semblent par exemple un peu plus prégnants dans le cas de certains vaccins (COVID-19) comparés à d'autres (vaccins pédiatriques). Autre exemple, la population de parents d'enfants en bas-âge a une propension plus importante à être hésitante car plus souvent confrontée à la décision vaccinale par rapport aux parents d'adolescents (Gilkey et al.) (toutefois une analyse plus fine de la littérature pourrait sûrement permettre de souligner des invariants ou des tendances communes à travers la diversité vaccinale).

I. Freins liés à l'offre de vaccination :

- a. Problèmes de visibilité de l'offre : pas connue ou partiellement connue par les personnes
- b. Problèmes de lisibilité de l'offre : les personnes ne savent pas comment prendre rdv, à qui s'adresser, etc.
- c. Problèmes d'accessibilité géographique : couverture territoriale de l'offre trop restreinte
- d. Problèmes d'accessibilité physique : liée à un handicap physique ou mental, liée à des comorbidités (obésité, insuffisance respiratoire ou cardiaque, etc.)
- e. Problèmes d'accessibilité matérielle : absence de matériel informatique, absence d'internet ou de téléphone, absence de transport pour rejoindre les centres de vaccination...
- f. Problèmes d'accessibilité socio-culturelle : une communication nationale qui n'intègre pas les différents niveaux de littératie des personnes ; qui n'intègre pas les contraintes liées à la précarité économique et/ou sociale des personnes

Exemple d'effet de l'ancrage territorial de l'offre :

¹ Comorbidités : obésité (IMC>30), BPCO et insuffisance respiratoire, HTA, diabète de type I et II, insuffisance rénale chronique, cancer récent de moins de 3 ans, trisomie 21.

² Plusieurs sources ont été utilisées : Nous nous sommes appuyés sur des sources spécifiques sur la vaccination Covid éditées ces derniers mois. Néanmoins, pour étayer notre propos et parce que la littérature spécifique sur la vaccination Covid n'est encore très conséquente, les références liées à la vaccination en général nous ont permis d'identifier d'autres freins transversaux, retrouvés dans la vaccination Covid. Les références des sources consultées sont disponibles en fin de document.

Dans le domaine de la vaccination pédiatrique, Thébaud et al. (2004) ont montré qu'il existe une différence significative entre les enfants vivant en milieu urbain et ceux vivant en milieu rural (95,7% versus 90,6%). Toutefois, les données de couverture vaccinale en fonction des communes (rurales ou urbaines) sont discordantes au niveau européen (Meredith, Sivry, 2018).

Exemple de lien entre les inégalités sociales et l'accès à l'offre de vaccination

L'étude EPICOV concernant la vaccination contre le COVID-19 montre que l'aptitude à manier facilement les prises de rendez-vous sur internet est un enjeu important dans le cadre de la vaccination contre le Covid-19. Or l'accès à internet et l'aisance à utiliser des outils numériques sont socialement répartis de façon inégale. Le fait d'avoir eu recours à l'aide d'une tierce personne pour obtenir un rendez-vous permet d'appréhender ces difficultés d'accès.

La proportion de personnes ayant bénéficié d'une aide augmente avec l'âge : de 29 % parmi les 25-34 ans à 74 % parmi les 85 ans ou plus.

La proportion de personnes aidées décroît régulièrement selon l'échelle des diplômes, passant de 57 % pour celles et ceux qui n'ont aucun diplôme à 29 % pour les titulaires d'un diplôme supérieur ou égal à bac+5. De la même façon, les cadres ont moins souvent eu recours à une aide extérieure (31 % contre 46 % chez les ouvriers). Ces différences sociales et de niveau d'éducation se maintiennent lorsqu'on prend aussi en compte les autres caractéristiques des individus telles que l'âge notamment. En revanche, le niveau de vie, qui mesure l'aisance économique, n'est pas corrélé au fait d'avoir bénéficié de l'aide une fois tenu compte des différences sociales et d'éducation

Si ces résultats montrent que certaines populations, en particulier les personnes les plus âgées et les moins diplômées, ont eu plus souvent besoin d'aide pour accéder à la vaccination, ils ne permettent cependant pas de déterminer si les personnes non vaccinées auraient rencontré des difficultés particulières dans l'accès à la vaccination (trouver un créneau libre près de chez soi, pouvoir se libérer pour aller se faire vacciner ou encore savoir prendre rendez-vous sur internet ou par téléphone), en dépit des dispositifs « aller vers » destinés aux populations les plus âgées et les plus précaires (Bajos et al., 2022).

II. Freins liés aux acteurs

- a. Manque de connaissances des professionnels de santé sur la vaccination, ses bénéfices, son organisation sur le territoire, la démarche à engager par les personnes pour se faire vacciner
- b. Manque de compétences des professionnels au contact des publics pour aborder le sujet avec les personnes
- c. Sentiment de non légitimité de professionnels hors champ sanitaire ou de personnes relais pour aborder le sujet de la vaccination
- d. Manque d'échanges entre vaccineurs et relais locaux (professionnels ou personnes relais)

Le médecin vaccineur pointé par certaines études comme ayant un rôle primordial dans la promotion de la vaccination auprès des patients (Meredith, Sivry, 2018) :

Selon le baromètre santé 2016, 81,3% des parents déclarent s'informer auprès d'un médecin pour obtenir des informations sur les vaccins et 95,3% déclarent faire « *tout à fait* » ou « *plutôt confiance* » aux informations sur la vaccination apportées par celui-ci. Les conseils des professionnels de la santé sont pointés par certaines études comme la source principale et la plus influente d'informations sur la vaccination (Yaqub et al., 2014).

Des études anglo-saxonnes montrent qu'une relation de confiance entre le médecin et le patient est nécessaire pour recommander les vaccins aux patients et que les représentations des professionnels de santé sur la vaccination influent sur la motivation vaccinale des patients (Martinez et al., 2016 ; Yaqub et al., 2014). En France par exemple, une enquête a montré que les MG qui considéraient l'infection par le virus de la grippe A/H1N1 comme peu sévère avaient moins recommandé aux patients de se faire vacciner durant l'épidémie de grippe A/H1N1 de 2009 que ceux qui l'avaient considérée comme grave (Flicoteaux, 2014).

L'étude DIVA sur l'engagement des médecins généralistes dans la vaccination montre que plusieurs thèmes participent à l'explication de l'engagement des MG dans la vaccination : « *Parmi ceux-ci,*

on retrouve les caractéristiques propres du vaccin et de la maladie prévenue, ainsi que les divers aspects organisationnels et les informations reçues et disponibles sur la vaccination. Le patient reste bien évidemment pris en compte dans la décision du MG de vacciner, que ce soit dans un but de protection au niveau de l'individu ou de la collectivité, ou dans la relation qui existe entre le médecin et son patient. Enfin, la propre expérience des MG de la maladie ou de la vaccination est un autre déterminant » (Martinez et al., 2014).

Une bonne acceptation de l'implication des pharmaciens dans la vaccination

Des études montrent un taux important de satisfaction des consommateurs des vaccinations administrées par les pharmaciens lors de l'épidémie de Covid 19 (Grzegorzczak-Karolak I et al., 2022), ce qui s'explique notamment par :

- la facilité d'accès concernant la localisation
- les horaires de vaccination proposés
- l'entretien préalable à la vaccination
- le niveau d'information avant la vaccination
- l'adaptation des locaux au service
- la prise en charge générale dans la pharmacie après la vaccination

Une étude française a montré que les publics apprécient particulièrement la facilité d'accès et la rapidité liée à la vaccination en officine, et témoignent de la confiance qu'ils accordent aux pharmaciens pour réaliser cet acte (Piroux, Faure, 2022).

Les effets des dysfonctionnements dans l'organisation du système de soins

L'étude DIVA pointe l'effet des dysfonctionnements dans l'organisation du système de soins sur la vaccination. La difficulté à connaître l'historique des vaccinations du patient, la mauvaise coordination entre MG et spécialistes pour l'indication ou la réalisation des vaccins, l'absence de centralisation de l'information par l'Assurance Maladie sont autant de points défavorables à l'engagement des MG dans la vaccination (Martinez et al., 2014).

III. Freins liés à l'environnement social

- a. Culture familiale opposée à la vaccination : normes et représentations sur la vaccination
- b. Réseau social restreint/isolément social
- c. Réseau social défavorable à la vaccination
- d. Manque de participation dans l'élaboration et la mise en œuvre de l'offre de vaccination
- e. Sentiment d'exclusion sociale

IV. Freins liés au comportement des personnes

- a. Manque de connaissances des personnes sur les bénéfices de la vaccination
- b. Représentations négatives sur la vaccination et croyances défavorables à la vaccination
- c. Manque d'estime de soi et de confiance en soi
- d. Attitude individualiste

Pour les points III. Et IV. :

La représentation négative des vaccins et le manque de connaissances :

Dans le domaine de la vaccination pédiatrique (notamment concernant les enfants entre 0 et 6 ans), **certaines études montrent que malgré une facilité d'accès à la vaccination, une part importante de parents interrogés sont des « hésitants vaccinaux » (i.e. ayant hésité ou refusé de faire vacciner son enfant).** Par exemple, 63% des parents interrogés dans le cadre d'une étude sur l'hésitation vaccinale des parents d'enfants en bas âge dans les Alpes Maritimes (Meredith, Sivry, 2018) sont des « hésitants vaccinaux », les freins à la vaccination s'expliquant peu par des facteurs liés à l'offre vaccinale disponible, mais plutôt par :

- La perception globale d'une balance bénéfices-risques en défaveur de la vaccination ;

- La diffusion d'information dites négatives dans les médias / ce qui renvoie à des études plus générales ayant montré l'importance du rôle joué par les nouveaux médias dans la motivation vaccinale (Larson, 2011) ; et notamment les sources non officielles d'information ;
- Le caractère obligatoire ou non du vaccin ;
- Le sentiment d'absence d'informations claires et fiables au sujet des vaccins

Un manque de confiance dans les institutions

Des études anglo-saxonnes montrent que le niveau d'éducation ou le niveau d'information sur la vaccination ne sont pas nécessairement déterminants de la motivation vaccinale, la littérature faisant plutôt état d'une « méfiance à l'égard des médecins, des sources gouvernementales et à l'égard des entreprises pharmaceutiques » : « *Ce ne sont pas les vaccins en soi qui suscitent la méfiance, mais plutôt les institutions (par lesquelles les informations sur les vaccins sont transmises). L'information ne parle pas toujours d'elle-même et le contexte social détermine la manière dont elle est interprétée et utilisée (Brown et Duguid, 2002). Ainsi, l'information en elle-même n'est pas aussi importante que les institutions impliquées dans sa conservation et sa diffusion (Johns, 1998)* » (Yaquib et al., 2014). Ainsi, la crédibilité des institutions semble compter davantage que le contenu de l'information lui-même.

Des réticences des MG à l'égard des institutions, quand elles font la promotion de la vaccination, ont été décrites par certains auteurs (Flicoteaux et al., 2014). Ces réticences peuvent résulter de la teneur des messages délivrés, parfois sur le mode injonctif, et sans accompagnement pédagogique en direction des MG.

Des études sur la vaccination contre le Covid-19 montrent que la défiance envers le gouvernement quant à sa capacité à limiter la propagation du virus est fortement corrélée aux réticences à la vaccination. L'étude EPISCOV montre à ce sujet que le niveau de confiance accordé au gouvernement augmente avec le niveau de vie (22 % des personnes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile déclarent ne pas avoir du tout confiance dans l'action du gouvernement pour limiter la propagation du virus contre 9 % des personnes dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile) (Bajos et al., 2022).

Des réticences et « attitudes individuelles » face au vaccin liées aux inégalités sociales

Des études réalisées sur la vaccination contre le Covid montrent que le fait d'être vacciné dépend fortement de la position sociale des personnes interrogées (niveau d'études, niveau de vie ou profession), ce qui révèle des inégalités sociales face à la protection que procure le vaccin.

L'étude EPISCOV indique par exemple que **le souhait de ne pas se faire vacciner diminue au fur et à mesure que le niveau de vie augmente**. En juillet 2021, 55 % des adultes dont le niveau de vie est inférieur au premier décile de niveau de vie (les 10 % de personnes dont le niveau de vie est le plus faible) ont eu recours à la vaccination, contre 88 % des adultes dont le niveau de vie est supérieur au dernier décile (les 10 % les plus aisés), soit plus de 30 points d'écart. Ces disparités sociales persistent si on tient compte des caractéristiques de ces groupes sociaux dont notamment l'âge des personnes, leur état de santé ou leur perception de l'épidémie (Bajos et al., 2022).

Ces différences sociales de pratique vaccinale rejoignent celles constatées lors des précédentes campagnes vaccinales, notamment contre la grippe H1N1 (Peretti-Watel, et al., 2014 ; Ward, Peretti-Watel, 2020). Elles traduisent également des disparités entre les groupes sociaux dans les façons d'intégrer les consignes préventives (Prislin, et al., 1998).

L'importance du réseau social

Des études montrent que les attentes des individus envers les autres membres de leur groupe social en matière de vaccination sont déterminantes de l'intention à se vacciner (Aziz et al., 2022).

C'est autour de ces 4 types de freins que nous proposons ci-après des pistes d'actions. Ces pistes d'actions seront à considérer selon l'ensemble des actions déjà engagées par les acteurs depuis quelques semaines.

De nombreuses personnes gravitent au quotidien autour du public ciblé³, et notamment :

- Les collectivités : communes/mairies/élus locaux, communautés de communes, CCAS
- Les services publics qui vont à domicile : la Poste/les facteurs
- Les professionnels de l'aide à la personne : aides à domicile, femmes de ménage...
- Equipes mobiles de soignants, infirmiers libéraux...
- Les réseaux de médiateurs (ambassadeurs Covid 19, médiateurs de lutte anti-Covid, médiateurs santé, médiateurs-pairs...)
- Les bénévoles d'associations type « Familles rurales » ; les ONG implantées localement
- Les délégués de village sur certains territoires de Meuse (CLS Portes de Meuse = personnes retraitées qui vont au domicile des personnes pour maintenir du lien social/identifier les besoins des personnes/offrir des services = courses alimentaires, aide à des démarches administratives, etc.) = un appel à candidature pourrait être lancé pour développer cette stratégie de délégués de villages ;
- La politique de la ville, les animateurs en QPV, les associations locales type ATD Quart Monde, les clubs seniors...
- Les structures sociales : centres sociaux ou centres socio-culturels locaux
- Les aidants/les familles/les voisins
- ...

Ces personnes/structures seront appelées personnes relais dans la suite du document.

STRATEGIES D' ACTIONS POUR RENFORCER LA VACCINATION DES PUBLICS CIBLES

POUR LEVER LES FREINS LIES A L'OFFRE DE VACCINATION, EVOQUES CI-DESSUS

a. Renforcer la visibilité et lisibilité de l'offre de vaccination Covid auprès de la population ciblée et des personnes relais⁴

- i. Elaborer une stratégie de communication locale :
 - 1. A destination des professionnels de santé
 - 2. A destination des personnes relais
 - 3. A destination du public ciblé

Précisions :

- *Cette campagne pourrait être élaborée en appui sur un groupe de travail pilote en Grand Est composé de représentants des relais⁵, de personnes représentant le public ciblé...*
- *Pour tous :*
 - *Cette campagne viserait très concrètement et localement à expliquer le fonctionnement de la vaccination, les lieux de vaccination, les modalités de vaccination, comment prendre rdv, etc.*
 - *Pour les personnes relais, cette campagne permettrait aussi d'expliquer : qui peut être personnes relais, quels peuvent être leurs rôles, comment aborder la vaccination avec une personne, quelles sont les ressources du territoire que la personne peut contacter pour plus d'informations...*
- *Si une trame commune peut être réfléchi à l'échelle régionale, les équipes CLS pourraient s'emparer localement de ces supports pour adapter les informations aux ressources locales et diffuser ces supports auprès du public cible et des relais.*

³ Il est entendu dans l'ensemble du document par population ciblée les personnes éloignées du système de santé de plus de 75 ans ou 50 à 64 ans avec comorbidités, vivant à domicile

⁴ Il est entendu derrière acteurs : personnes relais et professionnels de santé

⁵ Tels que définis ci-dessus

- Cette campagne devra évoquer les contraintes du public ciblé (cf. freins évoqués ci-dessus) et intégrer le niveau de littératie du public ciblé.
 - ii. Diffuser les supports de communication élaborés dans les lieux fréquentés par le public ciblé (commerces de proximité, pharmacies, coiffeurs, opticiens, audioprothésistes, banques, Poste, CARSAT, Trésor Public, transports...)

b. Renforcer l'accessibilité géographique et physique à l'offre de vaccination Covid auprès de la population ciblée

- i. Recueillir auprès des élus locaux, en particulier les maires, les difficultés rencontrées par leurs concitoyens dans leur parcours vaccinal et co-construire des solutions
- ii. Relayer localement un appel à candidatures à de nouveaux vacinateurs : infirmiers libéraux, pharmaciens, médecins retraités volontaires, équipes EFS, étudiants en service sanitaire, vétérinaires...

Précisions : un appel à candidature pourrait être lancé et relayé par les équipes CLS. Les échanges avec d'autres territoires nationaux ont fait émerger que certains professionnels ne se sentent pas légitimes à vacciner. L'idée ici est de relayer localement un appel à candidature indiquant quel type de professionnels peut vacciner, dans quelles conditions...

- iii. Mettre en place une campagne de vaccination mobile :

Précisions : cette campagne mobile pourrait être organisée par intercommunalité via une réflexion dans le cadre des CLS lorsqu'ils sont existants ou via la collectivité : qui peut se mobiliser, comment relayer cette campagne, quelle forme peut prendre cette campagne, à qui est-elle destinée en priorité, où et comment disposer des vaccins

- 1. Mettre en place une équipe mobile vaccination qui va au domicile des personnes ne pouvant pas se déplacer, en lien avec leurs comorbidités ou handicap
- 2. Mettre en place un bus mobile qui vaccine dans les villages
- 3. Mettre à disposition des professionnels volontaires à la vaccination ne disposant pas de véhicule des moyens de locomotion leur permettant de se rendre au domicile des personnes

Précisions : Des véhicules peuvent être mis à disposition par des associations locales, des Ehpad...

- 4. Mettre en place localement un accès à la vaccination sur les lieux de travail, notamment auprès des entreprises employant majoritairement les travailleurs des CSP les moins favorisées (ouvriers, techniciens, hôtesses de caisse, etc.), en concertation et en appui avec les élus locaux

c. Renforcer l'accessibilité matérielle à l'offre de vaccination Covid

- i. Mettre en place des accès à internet, avec respect des gestes barrières, dans chaque commune pour prendre rdv :

Précisions :

- Ces accès pourraient être : mairies, maison de services publics, centres sociaux, CCAS, clubs de loisirs/sportifs, MJC...ou tout autre acteurs local disposant d'un poste informatique accessible avec accès internet
- La prise de rendez-vous pourrait être effectuée par une seule et même personne pour les structures disposant des ressources humaines disponibles. Certaines structures pourraient lancer un appel à candidature à leurs bénévoles. Dans la plaquette de communication locale (cf. proposition a.i) pourrait figurer le numéro du bénévole/des bénévoles en charge de la prise de rendez-vous.
 - ii. Utiliser des plateformes de rendez-vous numériques pour planifier les flux de patients en fonction des approvisionnements en vaccins (Proposition CESE)

d. Renforcer l'accessibilité socioculturelle à la vaccination Covid

Pistes d'actions pour atteindre les populations éloignées du système de santé/vaccination Covid-

- i. Constituer une liste de personnes relais⁶ légitimes à aborder la vaccination du point de vue des personnes à vacciner sur le territoire

Précisions : L'idée est d'identifier les personnes de confiance qui pourront, au cours d'un échange, aborder la vaccination avec le public ciblé. Les lister est une première étape qui devra être suivie d'outillage (cf. pistes ci-dessous relatives à la formation, la réalisation de supports de communication à destination des relais)

- ii. Mettre en place une réunion d'échanges avec les relais volontaires

Précisions : cette réunion pourrait permettre de recueillir leurs attentes, présenter les supports de communication existants, ainsi que les formations à leur disposition (cf. proposition f.i).

- iii. **Elaborer une stratégie de communication locale :**

1. A destination des professionnels de santé
2. A destination des personnes relais
3. A destination du public ciblé

Précisions :

- *Cette campagne pourrait être élaborée en appui sur un groupe de travail pilote en Grand Est composé de représentants des relais⁷, de personnes représentant le public ciblé...*
- *Pour tous :*
 - o *Cette campagne viserait très concrètement et localement à expliquer le fonctionnement de la vaccination, les lieux de vaccination, les modalités de vaccination, comment prendre rdv, etc.*
 - o *Pour les personnes relais, cette campagne permettrait aussi d'expliquer : qui peut être personnes relais, quels peuvent être leurs rôles, comment aborder la vaccination avec une personne, quelles sont les ressources du territoire que la personne peut contacter pour plus d'informations...*
- *Si une trame commune peut être réfléchie à l'échelle régionale, les équipes CLS pourraient s'emparer localement de ces supports pour adapter les informations aux ressources locales et diffuser ces supports auprès du public cible et des relais.*
- ***Cette campagne devra évoquer les contraintes du public ciblé (cf. freins évoqués ci-dessus) et intégrer le niveau de littératie du public ciblé.***
- iv. Diffuser les supports de communication élaborés dans les lieux fréquentés par le public ciblé (commerces de proximité, pharmacies, coiffeurs, opticiens, audioprothésistes, banques, Poste, CARSAT, Trésor Public, transports...)
- v. Mettre en place une équipe de médiateurs santé⁸
 1. Identifier les médiateurs déjà existants sur le territoire (ambassadeurs Covid 19, médiateurs de lutte anti-Covid, médiateurs santé, médiateurs-pairs...)
 2. Lancer un appel à candidature auprès de la population du territoire permettant d'identifier les personnes qui souhaiteraient s'engager comme médiateurs
 3. Mettre en place un temps de formation à destination des médiateurs potentiels (cf. propositions e.i et f.i).

Précisions :

- *Les médiateurs n'auront pas le même rôle que les personnes-relais. Les médiateurs auront notamment pour mission d'« aller vers » le public ciblé pour aborder la question de la vaccination. Ils vont consacrer un temps spécifique et entièrement dédié à cette mission. Se pose la question de leur indemnisation du temps passé à cela.*
- *Le principe de médiateurs santé repose sur :*
 - o *« L'aller vers », qui comporte deux composantes⁸ :*

⁶ Cf. liste non exhaustive proposée ci-dessus

⁷ Tels que définis ci-dessus

⁸ NUTBEAM D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Éditions promotion de la santé ; 1998, 25 p.

- *Le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne : la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile, etc. (cf. Objectifs sur équipe mobile vaccination et influenceurs)*
- *L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.*
- *Le « faire avec » les personnes, qui reconnaît leurs savoirs et leurs capacités à faire des choix, à être autonomes... Le « faire avec » est émancipateur et valorisant, à l'inverse du « faire pour » qui peut s'avérer paternaliste et stigmatisant⁹ (cf. objectifs sur la formation des vaccinateurs et des influenceurs)*

Dans le cas du Covid, des auteurs ont montré que **les réticences face au vaccin sont socialement construites** (Bajol et al., 2022) ; cf. ci-dessus.

Un article intéressant de Peretti-Watel et Ward (2020) montre **l'importance de situer les déterminants de l'hésitation vaccinale par rapport à des dimensions sociales et culturelles**. Cet article critique l'approche du *Public Understanding of Science* (PUS), à laquelle les chercheurs et les experts en santé publique ont actuellement largement recours pour expliquer la défiance des populations vis-à-vis des vaccins. L'approche du PUS défend un modèle déficitaire quant aux attitudes profanes vis-à-vis des connaissances scientifiques, qui souligne l'absence d'éducation et les biais cognitifs comme explication de l'hésitation vaccinale. A l'inverse, l'analyse des auteurs défend l'idée que l'opposition à la vaccination ne doit pas être réduite à des réactions irrationnelles reflétant l'ignorance ou la désinformation ; il est nécessaire de prendre en compte la dimension culturelle de la cognition et d'articuler l'analyse des attitudes individuelles à celle des controverses et des structures sociales.

→ Ces éléments de littérature semblent intéressants à croiser avec les solutions évoquées en termes de renforcement de l'accessibilité socioculturelle à l'offre qui apparaissent pertinentes au regard de ces analyses.

POUR LEVER LES FREINS LIES AUX ACTEURS¹⁰ EVOQUES CI-DESSUS

e. Renforcer les connaissances des acteurs sur la vaccination Covid

- i. Mettre en place des formations courtes de 2 h en e-learning sur les bénéfices et les risques de la vaccination, son utilité, la sûreté du vaccin auprès des vaccinateurs et médiateurs.

Précisions :

- *Cette formation pourra être co-construite et co-animée par plusieurs représentants de vaccinateurs*
- *L'idée de cette formation est que les professionnels (MG/soignant « de confiance ») puissent prendre conscience de leur rôle prépondérant auprès des personnes en hésitation vaccinale*
- ii. *Elaborer une stratégie de communication locale :*
 1. *A destination des professionnels de santé*
 2. *A destination des personnes relais*
 3. *A destination du public ciblé*

Précisions :

- *Cette campagne pourrait être élaborée en appui sur un groupe de travail pilote en Grand Est composé de représentants des relais¹¹, de personnes représentant le public ciblé...*
- *Pour tous :*

⁹ Culture & santé asbl. L'Empowerment : dossier thématique. Education permanente. 2009 ; 4, 20 p.

¹¹ Tels que définis ci-dessus

- Cette campagne viserait très concrètement et localement à expliquer le fonctionnement de la vaccination, les lieux de vaccination, les modalités de vaccination, comment prendre rdv, etc.
 - Pour les personnes relais, cette campagne permettrait aussi d'expliquer : qui peut être personnes relais, quels peuvent être leurs rôles, comment aborder la vaccination avec une personne, quelles sont les ressources du territoire que la personne peut contacter pour plus d'informations...
 - Si une trame commune peut être réfléchi à l'échelle régionale, les équipes CLS pourraient s'emparer localement de ces supports pour adapter les informations aux ressources locales et diffuser ces supports auprès du public cible et des relais.
 - Cette campagne devra évoquer les contraintes du public ciblé (cf. freins évoqués ci-dessus) et intégrer le niveau de littératie du public ciblé.
- iii. Diffuser les supports de communication élaborés dans les lieux fréquentés par le public ciblé (commerces de proximité, pharmacies, coiffeurs, opticiens, audioprothésistes, banques, Poste, CARSAT, Trésor Public, transports...)

La formation des professionnels

Des revues de littérature montrent l'importance de la conception des programmes d'enseignement et de formation des professionnels de la santé pour améliorer la couverture vaccinale : « Les programmes d'enseignement et de formation peuvent supposer que les professionnels de santé (a) comprendront et soutiendront facilement la vaccination avec un minimum d'introduction et n'auront pas besoin de revenir sur le sujet dans le cadre de leur développement professionnel continu, et (b) auront les compétences nécessaires pour améliorer efficacement les attitudes envers la vaccination au sein de la population générale. Par exemple, les médecins qui ne s'affirment pas pourraient bénéficier de l'acquisition de compétences auprès de médecins qui s'affirment avant de tenter de persuader et de gagner la confiance de patients hésitants. Lorsque les professionnels de la santé se sentent inhibés en raison de leurs réserves personnelles, il peut être nécessaire de les sensibiliser aux mécanismes existants pour débattre des incertitudes concernant les vaccins et la politique de vaccination, en leur offrant un soutien pour accéder à des corpus plus larges de connaissances et d'expertise professionnelles » (Yaqub et al., 2014).

f. Renforcer les compétences des acteurs sur la vaccination Covid

- i. Mettre en place des séances interactives de 3h en e-learning sur les techniques d'entretien motivationnel à destination des acteurs

Précisions :

Cette séance aura pour objectif d'aider les participants à sortir de l'idée de vouloir convaincre ; adopter une posture « efficace » face aux personnes hésitantes, centrée sur l'écoute et le recueil des besoins de la personne, de ses doutes et ses peurs, dans une posture de non-jugement.

Des études anglo-saxonnes montrent que **les formes de communication sur la vaccination à destination des publics sont déterminantes de la motivation vaccinale**. En particulier, un style de communication favorable à l'autonomie, en comparaison d'un style de communication contrôlant, permet d'accroître l'intention de vaccination (Morbée, 2022).

Un effet favorable de l'entretien motivationnel

Plusieurs études soulignent l'efficacité de l'EM pour favoriser la motivation vaccinale dans différents domaines.

Quelques exemples :

- Des travaux ont montré un impact positif de la pratique de l'EM chez des pharmaciens communautaires sur l'intention vaccinale dans le cas de l'hépatite B chez les adultes diabétiques (Berenbrok et al., 2003) ;
- Des études soulignent l'effet favorable de la formation de praticiens de soins pédiatriques à l'EM sur la réduction de l'hésitation vaccinale des parents (Cole et al., 2022 ;)

g. Renforcer la coordination entre vaccinateurs et personnes relais

- i. Permettre aux vaccinateurs d'identifier les personnes relais et vice versa

Précisions : Les équipes CLS qui auront contribué à l'élaboration de la stratégie de communication (cf. a. i) et l'identification de la liste des personnes relais (cf. d.i) pourront réfléchir à comment faire le lien entre les vaccinateurs et personnes relais (échanges de mails ? Information dans bulletin communal ? Journal local ? ...)

- ii. Elaborer une stratégie de communication locale :
 - 1. A destination des professionnels de santé
 - 2. A destination des personnes relais
 - 3. A destination du public ciblé

Précisions :

- Cette campagne pourrait être élaborée en appui sur un groupe de travail pilote en Grand Est composé de représentants des relais¹², de personnes représentant le public ciblé...
- Pour tous :
 - o Cette campagne viserait très concrètement et localement à expliquer le fonctionnement de la vaccination, les lieux de vaccination, les modalités de vaccination, comment prendre rdv, etc.
 - o Pour les personnes relais, cette campagne permettrait aussi d'expliquer : qui peut être personnes relais, quels peuvent être leurs rôles, comment aborder la vaccination avec une personne, quelles sont les ressources du territoire que la personne peut contacter pour plus d'informations...
- Si une trame commune peut être réfléchie à l'échelle régionale, les équipes CLS pourraient s'emparer localement ces supports pour adapter les informations aux ressources locales et diffuser ces supports auprès du public cible et des relais.
- Cette campagne devra évoquer les contraintes du public ciblé (cf. freins évoqués ci-dessus) et intégrer le niveau de littératie du public ciblé.
- iii. Diffuser les supports de communication élaborés dans les lieux fréquentés par le public ciblé (commerces de proximité, pharmacies, coiffeurs, opticiens, audioprothésistes, banques, Poste, CARSAT, Trésor Public, transports...)

POUR LEVER LES FREINS LIES A L'ENVIRONNEMENT SOCIAL, EVOQUES CI-DESSUS

C'est l'ensemble du travail proposé auprès des personnes relais qui va permettre de lever les freins liés à l'environnement social : a.i, d.i, d.ii, d.iii, d.iv, e.ii, e.iii, f.i, g.i, g.ii

POUR LEVER LES FREINS LIES AUX COMPORTEMENTS DES PERSONNES, EVOQUES CI-DESSUS

h. Renforcer les connaissances, faire évoluer les représentations et les croyances du public ciblé sur l'intérêt de la vaccination :

- i. Elaborer une stratégie de communication locale :
 - 1. A destination des professionnels de santé
 - 2. A destination des personnes relais

¹² Tels que définis ci-dessus

3. A destination du public ciblé

Précisions :

- Cette campagne pourrait être élaborée en appui sur un groupe de travail pilote en Grand Est composé de représentants des relais¹³, de personnes représentant le public ciblé...
 - Pour tous :
 - o Cette campagne viserait très concrètement et localement à expliquer le fonctionnement de la vaccination, les lieux de vaccination, les modalités de vaccination, comment prendre rdv, etc.
 - o Pour les personnes relais, cette campagne permettrait aussi d'expliquer : qui peut être personnes relais, quels peuvent être leurs rôles, comment aborder la vaccination avec une personne, quelles sont les ressources du territoire que la personne peut contacter pour plus d'informations...
 - Si une trame commune peut être réfléchi à l'échelle régionale, les équipes CLS pourraient s'emparer localement de ces supports pour adapter les informations aux ressources locales et diffuser ces supports auprès du public cible et des relais.
 - Cette campagne devra évoquer les contraintes du public ciblé (cf. freins évoqués ci-dessus) et intégrer le niveau de littératie du public ciblé.
- ii. Diffuser les supports de communication élaborés dans les lieux fréquentés par le public ciblé (commerces de proximité, pharmacies, coiffeurs, opticiens, audioprothésistes, banques, Poste, CARSAT, Trésor Public, transports...)

Sur les stratégies visant à renforcer les connaissances des publics sur la vaccination :

Des études arguent pour augmenter la diffusion d'informations « positives » dans les médias et auprès des médecins vaccinateurs en y améliorant la clarté du message, la transparence des décisions et l'explication des controverses (Meredith, Sivry, 2018).

SELECTION BIBLIOGRAPHIQUE SUR LAQUELLE S'APPUIE CE DOCUMENT

[Faire le tour de la vaccination en promotion de la santé... en 180 minutes \(ou presque\)](#)

IREPS Bourgogne Franche Comté, 2018

[Communiqué « La vaccination contre la Covid-19 »](#) de la Fnes

[Vaccination des personnes âgées](#), HCSP,

2016 : www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160311_vaccinationpersonnesagees.pdf

[La stratégie vaccinale](#)

Ministère de la santé, décembre 2020

[Stratégie vaccinale contre la COVID 19 - Avis n°3/2020 du conseil pour l'engagement des usagers](#)

Haute autorité de santé (HAS), novembre 2020

[Coronavirus Covid-19](#)

HAS, février 2021

Promotion de la vaccination : agir pour maintenir la confiance, INSPQ, 2014 : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1870>

¹³ Tels que définis ci-dessus

Comment convaincre les Français de se faire vacciner contre la Covid-19, L. Cambon, F. Alla, M. Scharzinger, 2020 : <https://theconversation.com/comment-convaincre-les-francais-de-se-faire-vacciner-contre-la-covid-19-151736>

Collectif citoyen Vaccination *Conseil économique social et environnemental, janvier 2021*
<https://www.lecese.fr/content/collectif-citoyen-vaccination-programme-de-la-session-2>

Compléments biblio :

Aziz A. et al (2014), « Social expectations and government incentives in Malaysia's COVID 19 vaccine uptake », *Plos one*, 26.

Bajos N. et al. (2022), « Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales », *Etudes et résultats*, n°1222.

Berenbrok et al. (2003), « Impact of pharmacist motivational interviewing on hepatitis B vaccination in adults with diabetes », *Journal american pharmacist association*, n°19, pp.

Grzegorzczak-Karolak I et al., 2022, « Evaluation of patient experiences regarding pharmacist-administrated vaccination and attitude towards future additional pharmacy services in Poland », *Vaccines*, n°6.

Flicoteaux R. et al. (2014), « Correlates of general practitioners' recommendations to patients regarding vaccination for the 2009-2010 pandemic influenza (A/H1N1) in France : implications for future vaccination campaigns », *Vaccine*, n°32(20), pp. 2281-2287.

Gilkey M.-B. et al. (2016), « Vaccination confidence and parental refusal/delay of early childhood vaccines », *Plos One*, n°11.

Martinez L. et al. (2016), « L'engagement des médecins généralistes français dans la vaccination : l'étude DIVA (Déterminants des Intentions de Vaccination) », *Santé Publique*, Vol. 28, pp. 19-32.

Peretti-Watel P. et al (2014), « Attitudes toward vaccination and the H1N1 vaccine : poor people's unfounded fears or legitimate concerns of the elite ? », *Social Science and Medicine*, 109, pp. 10-18.

Peretti-Watem P., Ward J.-K. (2020), « Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : des biais de perception aux controverses », *Revue française de sociologie*, 61(2), pp. 243-273.

Piroux A., Faure S. (2022), « Evaluation de la satisfaction des français à l'égard de la vaccination Covid-19 en officine », *Actualités pharmaceutiques*, Vol. 61, n° 618, pp. 41-46.

Larson H.-J., Cooper L.-Z., Eskola J., Katz S.-L., Ratzan S. (2011), *Addressing the vaccine confidence gap*, *Lancet*, n°38, pp. 526-535.

Morbée S. et al. (2022), « The role of communication style and external motivators in predicting vaccination experiences and intentions : an experimental vignette study », *Health communication*, n°26, pp. 1-10.

Meredith D., Sivry P. (2011), « L'hésitation vaccinale et ses déterminants. Etude observationnelle auprès de 1173 parents des Alpes-Maritimes », *Exercer*, n°146.

Thébaud V. et al. (2004), « Couverture vaccinale des enfants de CM2 (10-11 ans) du Finistère, France, en 2004 – Comparaison avec les résultats nationaux », *Santé Publique*, n°21, pp. 55-64.

Yaqub O. et al. (2014), « Attitudes to vaccination : a critical review », *Social science and medicine*, n°112, pp. 1-11.