

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement

Le 12 novembre 2020

Par Jean du Breuillac

**LA VACCINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ
CONTRE LA GRIPPE**

**Les modèles psycho-sociaux peuvent-ils aider à comprendre la faible
couverture vaccinale contre la grippe des professionnels de santé ?**

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

Année universitaire 2019-2020

RÉSUMÉ

Contexte. La vaccination anti-grippale (VAG) est recommandée chaque année pour tous les professionnels de santé (PDS). Pourtant, la couverture vaccinale globale des PDS est d'environ 35%, bien loin du niveau attendu de 75%. Il existe bien des modèles généraux de l'hésitation vaccinale en population générale. Mais ils présentent trois limites : 1) il n'existe pas de version spécifique aux PDS, 2) ils sont peu performants pour prédire la vaccination effective d'un PDS, 3) ces modèles ne permettent pas de comprendre la dynamique psychologique entre les facteurs d'hésitation connus.

Objectif. L'objectif initial de ce mémoire était de présenter les résultats d'une enquête auprès des Médecins libéraux à propos de la vaccination contre les infections à SARS-CoV-2 (VCIS). Cette enquête, en cours, s'appuie sur des modèles différents que les modèles d'hésitation vaccinale. Les données de cette enquête n'étant pas encore toutes reçues à ce jour, ce mémoire présente les modèles utilisés dans ce travail et leurs possibilités d'application au sujet de la VAG.

L'objectif principal de ce mémoire est donc d'identifier des modèles psychosociaux pouvant expliquer les comportements des PDS envers la vaccination contre la grippe.

Méthode. J'ai réalisé une revue partielle des modèles psycho-sociaux et sélectionné ceux qui semblent pouvoir correspondre aux besoins de mon enquête.

Résultats. Trois modèles semblent intéressants pour comprendre les rapports des PDS à leur propre vaccination. La théorie des représentations sociales prévoit la possibilité d'une ambivalence des PDS au sujet de la vaccination, au travers d'un concept dérivé, la polyphasie cognitive. La théorie de l'implication professionnelle permet de mieux rendre compte du rapport entre vaccination effective d'un PDS et son implication professionnelle, et ainsi des couvertures vaccinales différentes entre les catégories de PDS. La théorie de la salutogenèse offre un cadre conceptuel d'action de promotion de la VAG.

Discussion. Différentes pistes d'action pour promouvoir la VAG sont exposées. La polyphasie cognitive pourrait refléter l'ambivalence des PDS à propos de la vaccination, mais aussi la cohésion de groupe entre PDS. L'enquête sur la VCIS est présentée rapidement.

Mots-clefs : hésitation vaccinale – vaccination anti-grippale – professionnels de santé – représentations sociales – implication professionnelle – salutogenèse – sentiment de cohérence

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ..... 1

TABLE DES MATIÈRES 2

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS..... 4

LISTE DES FIGURES..... 5

CONTEXTE..... 6

1) Le constat de l’hésitation vaccinale des PDS 6

 a) *Les PDS sont insuffisamment vaccinés contre la grippe* 6

 b) *Il existe de fortes disparités entre professionnels de santé* 7

2) Les facteurs influençant la vaccination contre la grippe des PDS 8

 a) *Le concept d’hésitation vaccinale* 8

 b) *Les études en population générale : le modèle général de l’OMS*..... 9

 c) *Les études concernant les professionnels de santé*..... 10

 d) *Les actions de promotion de la vaccination contre la grippe impliquant personnellement les PDS sont partiellement efficaces* 12

3) Objectif principal du mémoire 14

MÉTHODE 15

RÉSULTATS 16

1) La théorie des représentations sociales 16

 a) *Les RS : définition et structure de la pensée [9][10]* 16

 b) *Les RS : intégration d’expériences multiples et différences entre PDS* 17

 c) *Les RS : activation différentielle selon les contextes, la polyphasie cognitive*..... 19

2) La théorie de l’implication professionnelle 20

 a) *L’implication professionnelle : définition et composantes [12]*..... 20

 b) *L’implication professionnelle : des déterminants variables selon les PDS* 20

 c) *La dimension émotionnelle de l’implication professionnelle détermine-t-elle la couverture vaccinale contre la grippe ?* 21

3) La théorie de la salutogenèse [14] 22

 a) *Salutogenèse : définition et structure du modèle*..... 22

 b) *Le sentiment de cohérence peut guider la promotion de la VAG auprès des PDS ...* 24

 c) *Salutogenèse et VAG*..... 26

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

4)	Synthèse sur les modèles	27
a)	<i>Dimensions communes et niveaux d'application</i>	27
b)	<i>Le lien entre compétences vaccinales et vaccination personnelle contre la grippe..</i>	27
DISCUSSION.....		29
1)	La polyphasie cognitive des PDS	30
a)	<i>Au niveau individuel, la polyphasie reflète l'ambivalence des PDS</i>	30
b)	<i>Au niveau collectif, la polyphasie pourrait refléter la cohésion d'équipe</i>	30
2)	La promotion de la VAC auprès des PDS	31
a)	<i>Une approche par l'implication professionnelle</i>	31
b)	<i>Une approche salutogène</i>	33
c)	<i>Le travail sur les représentations sociales / socio-professionnelles</i>	34
d)	<i>Conclusions sur la promotion de la VAG au prisme des modèles</i>	35
3)	Le défi de la vaccination contre les infections à SARS-CoV-2 (ou VCIS).....	35
a)	<i>La VCIS : une question socialement vive</i>	36
b)	<i>La mise en place d'une enquête auprès des Médecins libéraux, opérationnalisation de la polyphasie cognitive</i>	36
CONCLUSION.....		37
RÉFÉRENCES COMMENTÉES.....		38
TABLE DES ANNEXES.....		41

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

3C	modèle 3C de l’OMS
CHD	classification hiérarchique descendante
EHPAD	établissement d’hébergement pour personnes âgées dépendantes
GRR	<i>global resistance resources</i> ou « ressources de résistance globale »
OMS	organisation mondiale de la santé
PDS	professionnel(s) de santé
QSV	question socialement vive
RS	représentations sociales
RSP	représentations socio-professionnelles
SARS-CoV-2	virus du syndrome respiratoire aigu sévère de type 2
SNDS	système national des données de santé
SOC	<i>sense of coherence</i> ou « sentiment de cohérence »
SPF	Santé Publique France
SRC	modèle Sens – Repères – Contrôle
SRR	<i>specific resistance resources</i> ou « ressources de résistance spécifique »
VAC	vaccination anti-grippale
VAERS	<i>Vaccine Adverse Event Reporting System</i> ou « système de rapport d’effet indésirable de la vaccination »
VCIS	vaccination contre les infections à SARS-CoV-2

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Couverture vaccinale par professions de santé en 2019, hors libéral, selon [2] 7

Figure 2. Schématisation des résultats des données sur l’hésitation vaccinale des PDS. 12

Figure 3. Interprétation possible des résultats des études citées évaluant l’efficacité potentielle des actions de promotion de la VAG 13

Figure 4. Structure des représentations sociales. Schématisation de la théorie des facettes : des contextes différents activent des facettes variables des représentations..... 17

Figure 5. Relation entre représentations sociales et représentations socio-professionnelles. . 18

Figure 6. Liens possibles entre Implication professionnelle, couverture vaccinale et polyphasie cognitive. 19

Figure 7. Modèle tricomponentiel de l’implication professionnelle selon C. Mias [12]. 21

Figure 8. Schématisation de l’implication professionnelle et de sa dimension émotionnelle selon H.J. Klein..... 22

Figure 9. Phrase maquette définissant les GRR.. 23

Figure 10. Structure du Sentiment de cohérence dans l’approche salutogène. 25

Figure 11. Construction du Sentiment de cohérence, son effet salutogène..... 26

Figure 12. Niveaux globaux d’application des 3 modèles. 27

Figure 13. Intrication possible des modèles : représentations, implication, salutogène. 29

CONTEXTE

En France, l'hésitation vaccinale est un problème connu de longue date. Cette hésitation se traduit par des couvertures vaccinales incomplètes dans la population générale, mais aussi chez les professionnels de santé (PDS dans la suite du texte). Le problème est particulièrement aigu concernant la vaccination contre la grippe : il s'agit d'une maladie à prévention vaccinale touchant 2 à 6 millions de personnes en France année (soit 5% de l'ensemble de la population) et d'une vaccination devant être répétée chaque année. Environ 50% de la population cible se fait vacciner contre la grippe en population générale [1] (données du Système National des Données de Santé 2018-2019). Mais, seulement 35% des PDS se font vacciner [2] (données d'enquête de Santé Publique France de 2019), alors qu'il leur est recommandé de se faire tous vacciner pour se protéger eux-mêmes et protéger leurs patients ainsi que leur entourage. La couverture vaccinale attendue est de 75% au moins dans chaque groupe ciblé par les recommandations.

Le contexte social et politique de 2020 est propice à réactiver les polémiques et débats sur l'utilisation des vaccins. À l'arrivée de l'hiver 2020-2021, la crainte d'une possible circulation conjointe du SARS-CoV-2 et du virus de la grippe rend plus aiguë cette question de la vaccination, qui devient une question socialement vive (QSV) comme en témoigne l'activité médiatique traitant de ce sujet en septembre et octobre 2020¹. Le communiqué de septembre 2020 de l'Académie de Médecine [3] recommandant de rendre obligatoire la vaccination des soignants contre la grippe a encore accru l'attention à cette question.

L'objectif général du présent travail est de réfléchir aux raisons d'un si faible taux de vaccination contre la grippe parmi les PDS et de proposer des pistes d'action.

1) Le constat de l'hésitation vaccinale des PDS

a) Les PDS sont insuffisamment vaccinés contre la grippe

En 2019, Santé Publique France (SPF) a mené une enquête de couverture vaccinale contre la grippe dans 167 établissements de santé et 589 EHPAD équitablement répartis en France (8 594

¹ ¹ Lacamp I. Top départ pour la vaccination anti-grippale, les sujets fragiles et les soignants prioritaires. *Le Généraliste* 13 octobre 2020

PDS) [2]. La couverture vaccinale de tous les PDS confondus était de 35% en établissements de santé et de 32% en EHPAD. En 2009, ces chiffres étaient respectivement de 26% et 37%. Les différentes campagnes de promotion de la vaccination auprès des PDS ne semblent donc pas avoir eu un effet majeur en l'espace de 10 ans.

b) Il existe de fortes disparités entre professionnels de santé

La même enquête de SPF en 2009 montrait que des disparités importantes existaient entre les professions de santé (résumées dans la [Figure 1](#)). Ce gradient de couverture vaccinale avec la profession avait déjà été retrouvé en 2009. Il est constamment retrouvé dans d'autres enquêtes à l'échelle régionale en France, mais aussi à l'étranger comme au Royaume-Uni. La question est donc de savoir quel sens donner à ces résultats. À ma connaissance, il n'y a pas d'étude ayant spécifiquement tenté de comprendre les raisons de ces disparités. La constance de ce phénomène suggère fortement que des phénomènes liés au statut professionnel se jouent dans la réalisation de la vaccination contre la grippe.

	Etablissements de santé		EHPAD
	Couverture vaccinale	Variation	Couverture vaccinale
	2019	2009 - 2019	2019
Médecins	67%	13%	76%
Sages-femmes	48%	27%	-
Infirmiers	36%	12%	43%
Aides soignants	21%	7%	27%
Autres paramédicaux	-	-	34%
TOTAL	35%	-	32%

Figure 1. Couverture vaccinale par professions de santé en 2019, hors libéral, selon [2]

Le classement des professions de santé par taux de couverture vaccinale reproduit la hiérarchie dans les services de soin : par ordre décroissant de couverture vaccinale, se succèdent les Médecins, les Sages-femmes, les Infirmiers, les Aide-soignants. Les Médecins et Sages-femmes sont prescripteurs et réalisateurs de vaccination. Les Infirmiers sont réalisateurs de vaccination, mais pas prescripteurs. Les Aide-soignants ne sont ni prescriptrices ni réalisatrices. Au-delà de considérations de hiérarchie, est-il possible que le comportement de se faire vacciner soi-même soit lié à la capacité d'action perçue (et à la capacité d'action réelle) sur la vaccination

dans le contexte professionnel ? Pour le dire plus simplement, pourrait-on affirmer la chose suivante : « j'accepte le vaccin contre la grippe d'autant mieux que les vaccins font partie de mon identité professionnelle, de mes compétences, de ma culture ». Ou simplement, un PDS ressentirait-il une dissonance cognitive, c'est-à-dire un inconfort psychologique, liée à la contradiction entre le fait de recommander et réaliser la vaccination pour les autres, mais de la refuser pour lui-même ? Autrement dit, se faire vacciner permet-il aux PDS prescripteurs et réalisateurs de réduire la dissonance cognitive à propos des vaccinations ?

Cette question étant posée, notons que les couvertures vaccinales des PDS libéraux sont moins bien connues que celles des salariés en EHPAD et en établissements de soin. Cependant, les Médecins intervenant en EHPAD sont généralement libéraux. Les couvertures vaccinales en libéral sont possiblement du même ordre que celles observées en EHPAD.

Il est remarquable que les PDS les plus en promiscuité avec les patients, à savoir les Aide-soignants, sont les moins vaccinés, puis les Infirmiers. Cela accroît encore la nécessité de comprendre les raisons de l'hésitation vaccinale des PDS. En même temps, cela suggère que la simple logique rationnelle objective -qui suggérerait que plus un PDS est en contact avec des personnes potentiellement grippées, plus il se vaccine- ne peut expliquer ces chiffres. D'autres facteurs entrent probablement en jeu.

2) Les facteurs influençant la vaccination contre la grippe des PDS

a) Le concept d'hésitation vaccinale

L'absence de vaccination de certains individus renvoie au concept d'hésitation vaccinale. Si le comportement est binaire (vaccination / non vaccination), les pensées, émotions et opinions, qui déterminent ce comportement, sont considérées comme formant un continuum de l'acceptation totale au refus total. Ce positionnement, tant cognitif qu'émotionnel, est appelé « hésitation vaccinale ». La majorité des travaux sur l'hésitation vaccinale recherche les facteurs de l'hésitation ou tente de mesurer leur impact sur le comportement de vaccination déclaré à partir de recueils de données transversales. En revanche, des travaux prospectifs, longitudinaux, sont inexistantes.

Selon l'OMS, « *par hésitation à l'égard des vaccins, on entend le retard dans l'acceptation ou le refus des vaccins malgré la disponibilité de services de vaccination. C'est un phénomène*

complexe, spécifique au contexte et variant selon le moment, le lieu et les vaccins » [4]. Or, les travaux sur l'hésitation vaccinale font peu appel à des modèles psychologiques ou psychosociaux de comportement ou d'attitude. Dès lors, il semble difficile de comprendre à travers ces données l'interaction complexe de ces facteurs, impliquée dans l'hésitation vaccinale.

b) Les études en population générale : le modèle général de l'OMS

L'OMS a adopté en 2012 un modèle global de l'hésitation vaccinale en population générale [4]. Ce modèle appelé « modèle 3C » résulte de la synthèse des données empiriques sur l'hésitation vaccinale recueillies dans plus de 30 pays dans le monde. Ce modèle est majoritairement utilisé aujourd'hui pour construire des enquêtes sur l'hésitation vaccinale, mais aussi programmer des actions de promotion de la vaccination. Il énonce que l'hésitation vaccinale, et donc l'acceptation de la vaccination, résulte de 3 dimensions autonomes :

- la Confiance dans les autorités de santé, les experts : un individu a-t-il confiance dans ces gens qui promeuvent la vaccination ?
- la Complaisance aux risques : un individu accepte-t-il le risque de la vaccination ou le risque de la maladie à prévention vaccinale ciblée par le vaccin ?
- la Convenance du produit : un individu perçoit-il que le produit-vaccin lui convient en termes de composition, de toxicité, *etc.* ?

Différentes données confirment l'existence de ces trois composantes dans l'attitude des PDS envers la vaccination [5].

Pourtant, ce modèle est incomplet, car il repose sur des données primaires elles-mêmes issues de recherches dont la méthodologie consistait à rechercher les freins à la vaccination. En d'autres termes, dans sa construction même, ce modèle se focalise sur les déterminants du refus, mais pas sur les déterminants de l'acceptation de la vaccination. Or, il s'agit aussi et avant tout de comprendre pourquoi le vaccin est accepté par les PDS. De ce fait, dans un travail précédent, nous avons analysé par lexicométrie automatisée de type Alceste les 6 471 contributions de la Concertation Citoyenne de 2016 à la question : « Exprimez-vous sur la vaccination au sens large » [5]. Cette campagne avait pour but de demander au grand public français ce qu'il pensait de la vaccination, en prévoyance des modifications de politique vaccinale envisagées pour 2017, sans évoquer une vaccination plus qu'une autre. La formulation même de la question

permettait de ne pas enfermer le recueil de données uniquement sur les déterminants du refus. L'analyse objectivait de façon très nette la structuration du discours recueilli en 4 dimensions, d'égale importance dans les données (voir [Annexe 2, p.44](#)). Trois de ces dimensions correspondaient remarquablement aux 3C de l'OMS.

Le quatrième composant identifié dans les données contenait l'idée que les vaccins constituent un moyen crédible pour lutter contre les maladies transmissibles, et que la lutte contre les maladies transmissibles est elle-même légitime. Prendre en compte ce quatrième composant est plus important qu'il n'y paraît à première vue. Si ce composant, que nous avons appelé « L » (pour *Legitimacy* ou Légitimité) pourrait sembler relever de l'évidence, ce composant est absolument essentiel pour que la population accepte la vaccination, entre autres les PDS. Les verbatims recueillis montrent que ce composant L est lui-même sujet à polémique, remis en cause. Pour certains, indépendamment de toute considération sur la Complaisance aux risques, la Confiance dans le système expert, la Convenance du produit, la vaccination peut donner lieu à hésitation simplement par manque de légitimité perçue de la démarche de vaccination. Ce composant L renvoie aussi assez fortement à la discordance des informations circulant sur les vaccinations et à la crédibilité de cette information.

Pour autant, les travaux quantitatifs qui ont tenté d'évaluer la performance du modèle 3C à prédire les comportements déclarés envers la vaccination ont tous montré, en population générale, que cette capacité de prédiction était faible. Au mieux, le coefficient de détermination de l'intention déclarée de vaccination à partir des éléments des 3C -traités dans ces travaux comme régresseurs d'une régression multiple- est de l'ordre de 0,58 pour le vaccin contre la grippe [6]. Ce coefficient est plus bas pour les autres vaccins. Ces travaux ont été répétés dans différents pays, avec des modèles plus ou moins complexes, avec toujours des résultats similaires. Se faire vacciner ou non, quel que soit le vaccin, renvoie à l'évidence à d'autres logiques qu'une simple logique basée sur des arguments rationnels objectifs liés à la maladie et aux caractéristiques du vaccin.

c) Les études concernant les professionnels de santé

Il existe à ce jour peu d'études concernant l'hésitation vaccinale des PDS eux-mêmes. En revanche, la relation des Médecins aux vaccins qu'ils prescrivent (ou des Infirmiers aux vaccins qu'ils administrent) est un peu mieux connue. Il n'est pas inintéressant de s'intéresser à

quelques éléments ressortant de ces études, car ils donnent à comprendre le positionnement des Médecins face aux vaccins.

En 2020, une étude qualitative auprès de 19 Médecins généralistes français [7] a montré, entre autres, qu'en ce qui concerne les vaccins obligatoires pour les enfants, les Médecins généralistes se sentaient pris en tenaille entre leur fonction de relais de la norme (obligation vaccinale) et choix du patient (ou des parents). Cette tension leur impose de pouvoir comprendre précisément les raisons de cette obligation et d'intérioriser le rationnel de cette obligation. L'obligation de vaccination pour certains vaccins fait ressortir pour plusieurs Médecins interrogés, l'existence pour eux d'un contrat moral implicite avec le système expert : si la mission impérative de convaincre leur est confiée, alors les outils pour emporter la conviction de leurs patients doivent leur être fournis. L'information sur les vaccins devient un enjeu prioritaire.

Une étude de 2019 auprès de 1 539 Infirmiers français libéraux et salariés [8] a montré qu'environ 34% d'entre eux se faisaient vacciner contre la grippe saisonnière. Toutefois, la croyance que la vaccination anti-grippale relevait d'une responsabilité professionnelle augmentait nettement la tendance des Infirmiers à se faire vacciner, avec un *odds-ratio* ajusté à 4,0 [2,6 – 6,0]. De façon très intéressante, la croyance que les PDS peuvent transmettre la grippe à leurs patients (partagée par 97% des personnes interrogées) n'influçait pas la tendance à se faire vacciner, avec un *odds-ratio* ajusté à 1,0 [0,8 – 1,2]. Ces résultats sont conformes à d'autres, déjà décrits. La responsabilité professionnelle perçue à se faire vacciner relève donc très probablement d'une autre logique que la simple volonté de ne pas contaminer les patients. Autre résultat significatif, la perception d'une responsabilité professionnelle à se faire vacciner était rapportée par 45% de l'échantillon interrogé, mais avec une forte disparité entre le monde libéral (64%) et le monde hospitalier (35%) ($p < 10^{-4}$). Se peut-il que cette perception d'une responsabilité professionnelle, indépendante de la perception des considérations de contagement potentiel par les PDS, relève plutôt de la conception par les Infirmiers de la profession elle-même ? De la perception de normes sociales concernant la profession ? Il n'existe pas à ce jour de réponse évidente à cette question dans la littérature.

Dans ce travail, la perception d'un risque d'effets secondaires lié à la vaccination, que le vaccin est efficace, que les PDS sont à risque accru de grippe, de même qu'une expérience personnelle passée d'avoir eu un patient avec une grippe grave, sont corrélés à la réalisation de la vaccination contre la grippe, mais de façon faible ($R^2 < 5\%$ pour chacun de ces facteurs). L'impact de la croyance que la vaccination relève de la responsabilité professionnelle est nettement plus fort ($R^2 = 15\%$). La [Figure 2](#) schématise les relations entre ces variables.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

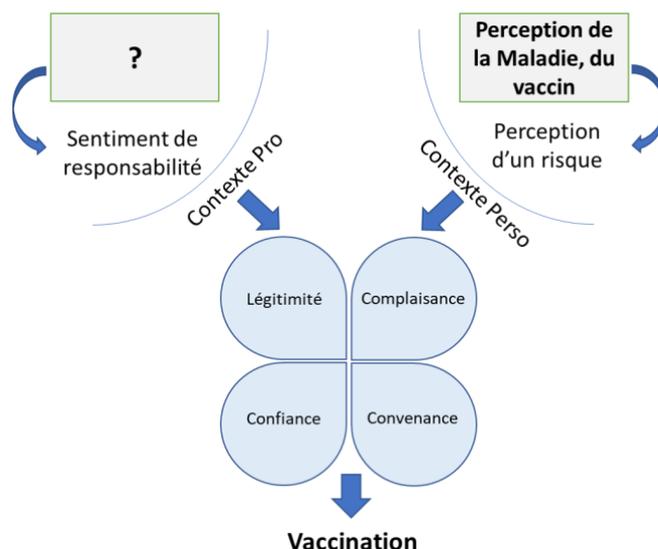


Figure 2. Schématisation des résultats des données sur l'hésitation vaccinale des PDS. Les mécanismes amenant au sentiment de responsabilité ne sont pas clairs au vu de ces données.

- d) Les actions de promotion de la vaccination contre la grippe impliquant personnellement les PDS sont partiellement efficaces

L'étude de SPF en 2019 [2] avait tenté d'évaluer l'impact des actions de promotion de la vaccination contre la grippe au sein des 756 établissements participant à l'étude.

Il ressort principalement qu'une campagne d'information sur la vaccination a peu d'effet sur la vaccination effective des PDS. La promotion de la vaccination par des séances individuelles ou par vidéo/jeux augmente potentiellement de 55% et 40% (en valeur relative) la couverture vaccinale des PDS, respectivement, en EHPAD. La facilitation de l'accès à la vaccination (vaccination gratuite au sein des services, réflexion sur les freins organisationnels à la vaccination) pourrait avoir un impact significatif potentiel d'environ 40% (toujours en valeur relative), en EHPAD comme en hôpital. La nomination d'un référent-vaccination contre la grippe pourrait avoir un impact majeur en EHPAD (+69%), mais pas en hôpital (+19%). L'engagement affirmé du cadre de santé et du directeur aurait un impact variable (+42% en EHPAD contre +25% en hôpital). Il n'est pas certain que la mise en œuvre de ces mesures puisse permettre d'atteindre les 75% de couverture vaccinale anti-grippale recommandée parmi les PDS, car la plus efficace de ces mesures (nomination d'un référent-vaccination en EHPAD) permettrait à peine d'atteindre 50% de couverture vaccinale en valeur absolue. La mise en œuvre simultanée de ces mesures aurait toutefois possiblement un effet synergique sur la couverture vaccinale des PDS.

La création de groupes pluridisciplinaires sur la vaccination semblait particulièrement efficace pour augmenter la couverture vaccinale au sein des équipes, mais cette augmentation n'avait pas été quantifiée.

En synthèse, il semblerait que l'engagement des PDS soit favorisé lorsqu'existe une démarche d'équipe, que la direction est impliquée personnellement dans cette démarche (avec la nomination d'un référent et l'implication personnelle de la hiérarchie dans la VAG) et que cette démarche est organisée pour faciliter l'accès des PDS à la VAG. Il s'agit bien s'instaurer une démarche globale, et non seulement une promotion globale de la VAG, impersonnelle, sans implication des personnes.

Toutefois, d'autres données de la même enquête (non publiées) avaient montré une forte disparité de la couverture vaccinale selon les services. En particulier, les PDS travaillant dans les services concentrant les cas de maladies infectieuses les plus sévères (réanimation en particulier) avaient la plus forte couverture vaccinale. Aussi, si l'existence d'une démarche d'équipe cohérente (implication de la hiérarchie, cohérence de l'organisation) est nécessaire, c'est bien la motivation personnelle des PDS qui pourrait poser problème pour obtenir des couvertures vaccinales élevées. Cette motivation préalable semble nécessaire elle-aussi. Pour un PDS, avoir vécu lui-même une grippe grave ou avoir côtoyé des patients ou des proches présentant une grippe grave pourrait être à l'origine de cette motivation première. L'existence d'un sentiment général de responsabilité professionnelle pourrait aussi faire apparaître cette motivation première.

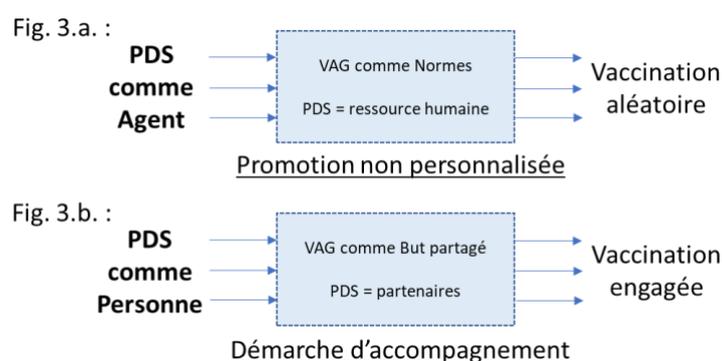


Figure 3. *Interprétation possible des résultats des études citées évaluant l'efficacité potentielle des actions de promotion de la VAG. Figure 3.a : Promotion globale de la VAG. Figure 3.b : PDS impliqués comme partenaires d'une démarche d'équipe.*

La promotion de la VAG a un impact limité sur la couverture vaccinale des PDS si les PDS ne se sentent pas impliqués personnellement dans un objectif partagé avec la structure qui fait la promotion de la VAG ([Figure 3.a.](#)). Si la VAG est perçue comme élément d'un but collectif, l'adhésion à la VAG serait meilleure ([Figure 3.b.](#)).

3) Objectif principal du mémoire

Le constat qui est fait ici sur l'hésitation vaccinale des soignants soulève deux types de questions :

- d'une part, comment sont intégrées mentalement les différentes données à disposition des PDS pour faire leur choix de se vacciner ou non ? Il ne s'agit pas seulement de lister les déterminants du choix, mais aussi de comprendre comment ces données sont intégrées, confrontées les unes aux autres dans l'esprit des PDS.

- d'autre part, quel est le plan d'action le plus cohérent à mettre en place pour engager les PDS à se faire vacciner ? Il ne s'agit pas seulement de proposer des actions pour améliorer la couverture vaccinale, mais aussi de créer de l'engagement personnel, voire à faire évoluer la culture professionnelle des PDS envers la vaccination.

L'objectif principal de ce mémoire est d'identifier des modèles psychosociaux pouvant expliquer les comportements des PDS envers la vaccination contre la grippe².

² L'objectif initialement prévu de ce mémoire était de présenter les résultats d'une enquête auprès des PDS concernant la perception du vaccin contre la COVID. Cette étude est l'occasion d'opérationnaliser le concept de polyphasie cognitive présenté ci-après. Du fait du retard pris au recueil de ces données, qui est en cours, ce mémoire présente les considérations théoriques et les données connues concernant l'hésitation vaccinale des PDS à l'origine de cette enquête.

MÉTHODE

Pour repérer les modèles psycho-sociaux pouvant rendre compte des couvertures vaccinales des professionnels de santé contre la grippe saisonnière, j'ai fait une revue narrative non exhaustive de la littérature psycho-sociale concernant les modèles de comportement. La recherche ne s'est pas limitée aux modèles spécifiquement développés en santé, mais de façon générale à tous les champs de la psychologie sociale.

Plus précisément, j'ai recherché dans la littérature psycho-sociale les modèles développés sur des données empiriques, clairement présentés, applicables à différents objets sociaux. Pour retenir ces modèles, il importait qu'ils fussent repris, développés et mis en œuvre expérimentalement par différentes équipes de recherche après leur première proposition dans la littérature. Il s'agissait donc de vérifier la reproductibilité de ces modèles.

Après repérage des modèles, je les ai synthétisés. Puis, j'ai cherché à relire les données connues d'acceptation du VAG par les PDS au prisme de ces modèles. Enfin, j'ai cherché à voir dans quelle mesure ils peuvent rendre compte de l'hésitation vaccinale et des différences entre professionnels de santé : différences entre mode d'exercice et différences entre professions.

RÉSULTATS

Trois modèles explicatifs remplissent-les critères de sélection :

- une approche centrée sur la perception de la VAG par les PDS : la théorie des représentations sociales (RS dans la suite du texte) ;
- une approche centrée sur le contexte professionnel des PDS : la théorie de l'implication professionnelle ;
- une approche centrée sur la cohérence ressentie par les PDS face aux stimuli relatifs à la grippe dans leur vie professionnelle : la théorie de la salutogenèse.

1) La théorie des représentations sociales

a) Les RS : définition et structure de la pensée [\[9\]\[10\]](#)

En 1961, Serge Moscovici cherchait à comprendre l'image de la psychanalyse dans le grand public. Il élabore alors un modèle général à partir de ses résultats de terrain. Cette première théorie des RS a ensuite été développée progressivement à partir d'autres enquêtes de terrain par différents auteurs, et à propos d'objet très variés : le travail, le chômage, l'entreprise, le SIDA, le cancer, la santé, la maladie, le cannabis, la drogue, la chasse, les OGM, la mondialisation, la démocratie, *etc.*

Les RS ont montré des propriétés constantes d'un objet à l'autre. Les RS contiennent les connaissances des individus à propos de l'objet - souvent appelées « éléments » de la représentation-, mais ces connaissances n'ont pas toutes le même statut, la même fonction dans les RS. Certains éléments sont prioritaires, cruciaux dans l'esprit des individus, systématiquement associés à l'objet : ils sont appelés « éléments centraux » et forment le « noyau matrice » de la RS. Alors que d'autres éléments sont de moindre importance, et ne sont donc pas nécessairement associés à l'objet en toute circonstance : ils sont qualifiés de « périphériques ». Les éléments périphériques peuvent être nombreux pour une RS donnée,

mais seulement certains d'entre eux vont venir à l'esprit d'un individu donné dans un contexte donné. Autrement dit, si les individus se partagent bien une matrice commune pour se représenter l'objet, selon le contexte dans lequel un individu est amené à penser à l'objet certains éléments périphériques vont s'activer préférentiellement dans son esprit. Cette activation préférentielle d'éléments, selon le contexte, est une propriété majeure des RS. Les éléments activés par les mêmes contextes forment les « facettes » de la RS (voir [Figure 4](#)).

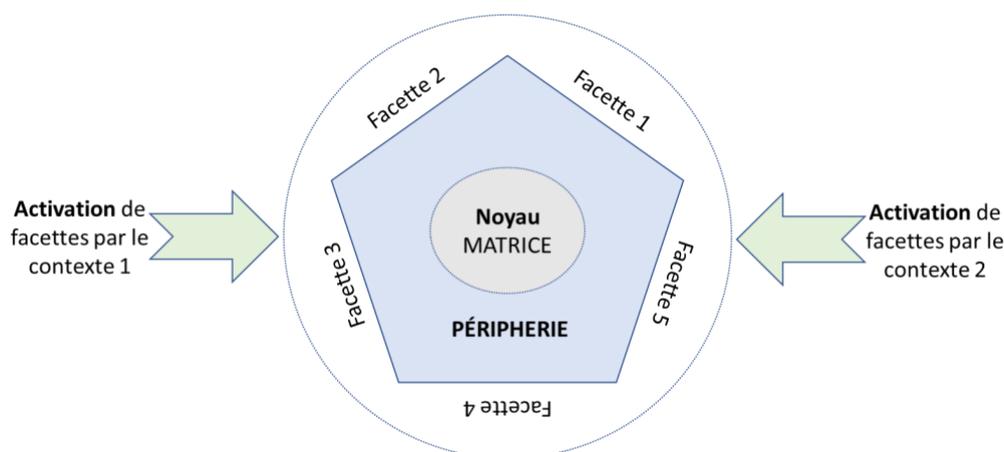


Figure 4. Structure des représentations sociales. Schématisation de la théorie des facettes : des contextes différents activent des facettes variables des représentations.

b) Les RS : intégration d'expériences multiples et différences entre PDS

Moscovici nomme « représentation » la façon dont un objet donné est pensé par les individus d'un groupe donné. La qualification de « sociale » exprime le fait que les RS sont construites socialement, c'est-à-dire par les échanges entre individus du groupe. Du fait qu'elles résultent d'interactions de groupe, les RS dépendent de l'insertion sociale des individus. Elles dépendent de la culture du groupe. La culture du groupe conditionne d'emblée la perception des objets qui font partie de la vie quotidienne du groupe. Les objets en lien direct avec l'activité professionnelle d'un groupe d'individus sont associés à des représentations plus construites : par la formation professionnelle, les interactions permanentes des professionnels entre eux se transmettent des savoirs sur l'objet de nature plus normative. Le noyau matrice de la représentation des membres du groupe s'en trouve renforcée, la périphérie elle-même a tendance à être plus construite et plus convergente entre individus. Ces représentations sont dites « représentations socio-professionnelles » ou RSP.

Selon l'insertion sociale des individus, leurs représentations varient entre RS et RSP. Les représentations des PDS, concernant la vaccination par exemple, sont formées à la fois à partir

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

du discours expert (celui des professionnels d'un domaine, scientifiques, autorités) et du discours profane (celui du grand public, des media non professionnels). Il existe une controverse entre spécialistes à propos de l'existence de représentations professionnelles (RP), c'est-à-dire purement d'origine experte, professionnelle. Si les RP existent, elles ne pourraient être présentes que parmi les experts très pointus et impliqués de longue date dans leur domaine : elles ne concerneraient en toute hypothèse que peu de personnes.

Du fait d'une exposition moindre au discours expert, par limitation de la formation par exemple ou du fait d'une culture professionnelle peu développée dans le domaine des vaccins, certains PDS seront plutôt porteurs de RS, que de RSP (voir [Figure 5](#)). Pour le dire autrement, plus un PDS est éloigné du système expert (faible formation scientifique, faible accès aux données expertes, faible intégration à la culture des soignants, etc.), plus sa pensée sera proche de la pensée du public non professionnel. Le savoir profane domine alors le savoir expert et la diversité des opinions grandit entre PDS de ce groupe. Par suite, l'attitude de ces PDS envers la VAG s'éloignera de celles des autres PDS.



Figure 5. Relation entre représentations sociales et représentations socio-professionnelles.

Lorsque l'imprégnation des PDS par le discours expert est moindre, l'expérience personnelle d'origine « profane » déterminera alors plus fortement le comportement vaccinal. L'implication personnelle devient alors déterminante : expérience personnelle de la maladie et des vaccins, partage de l'expérience de vie d'autres personnes qui ont eu la grippe ou qui ont été vaccinées.

c) Les RS : activation différentielle selon les contextes, la polyphasie cognitive

En fin de compte, les PDS sont susceptibles de porter une double pensée : l'objectivité professionnelle et la subjectivité issue de l'expérience personnelle, du discours médiatique et social. En parallèle, l'expérience en tant que professionnel du vaccin, de la grippe, de la maladie, se superpose à l'expérience en tant qu'individu sujet du soin et sujet soi-même aux maladies. Cette confrontation au vaccin dans des contextes différents (professionnel vs personnel) est susceptible d'activer des facettes différentes de la représentation de la VAG, et donc de déterminer des comportements de vaccination variables. Cette activation d'éléments différents de représentation selon les contextes est appelée « polyphasie cognitive » [11]. En d'autres termes, plus un PDS est impliqué dans ses missions professionnelles, en termes de responsabilités (donc de pouvoir) et en termes émotionnels, plus certaines facettes de la RSP de la VAG³ seront activées.

Si les PDS sont impliqués dans leur métier au point d'intérioriser une identité professionnelle forte, alors s'activeront préférentiellement les normes professionnelles. Si l'insertion professionnelle des PDS est plus faible, alors l'activation préférentielle sera celle des éléments de représentation d'origine profane. En d'autres termes, la VAG risque d'être moins perçue comme une norme associée à la profession, si l'insertion professionnelle baisse et donc l'implication professionnelle baisse. Il se pourrait qu'une hésitation vaccinale plus grande traduise pour un PDS une insertion professionnelle moindre et une implication professionnelle plus faible. Des facettes de la RSP s'activeraient différemment et la polyphasie cognitive pourrait alors être un marqueur de l'implication professionnelle (voir [Figure 6](#)).

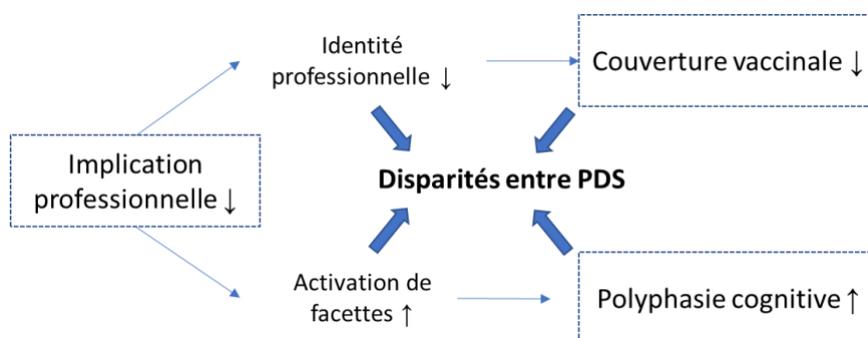


Figure 6. Liens possibles entre Implication professionnelle, couverture vaccinale et polyphasie cognitive.

³ RSP de la VAG = représentation socio-professionnelle de la vaccination anti-grippale

2) La théorie de l'implication professionnelle

a) L'implication professionnelle : définition et composantes [\[12\]](#)

Un autre approche s'est développée à partir des années 1960. La finalité initiale était de comprendre ce qui motivait les individus à s'impliquer dans leur métier. En d'autres termes, il s'agissait de comprendre pourquoi certains individus assument mieux que d'autres les tâches professionnelles qui leur sont attribuées, comment il se fait que certains se sentent plus à l'aise que d'autres pour accomplir leurs missions et s'impliquent plus à la réalisation de leur tâche. Différents auteurs ont tenté de comprendre les déterminants d'une telle implication professionnelle, de sorte qu'il existe différentes approches du sujet [\[13\]](#).

Issu des Sciences de l'Éducation, le modèle de l'implication professionnelle de Mias ou modèle SRC, est composé de trois composantes : le Sens de la tâche, l'existence de Repères pour l'action, le sentiment de Contrôle. Le sens de la tâche est défini comme la compréhension de la finalité de la tâche : « est-ce que l'individu a le sentiment que ce qu'il fait sert à quelque chose ? ». Les repères pour l'action sont les savoirs, les informations, tous les éléments à disposition de l'individu, lui permettant de comprendre comment procéder dans sa tâche, comment interagir avec son environnement professionnel : « est-ce que l'individu comprend comment procéder ? ». Le sentiment de contrôle est le sentiment d'avoir une possibilité d'action réelle pour accomplir les missions confiées. Le sentiment de contrôle nécessite de disposer formellement des moyens d'agir et de pouvoir les mettre en œuvre facilement : « est-ce que l'individu croit avoir réellement la possibilité d'agir pour atteindre un but, et que l'utilisation de ces moyens nécessite une énergie raisonnable ? ».

b) L'implication professionnelle : des déterminants variables selon les PDS

L'implication est maximale lorsque coexistent un sentiment fort que la tâche professionnelle a un sens, la perception de repères clairs pour la pratique et le sentiment de pouvoir facilement agir pour accomplir la tâche (voir [Figure 7](#)).

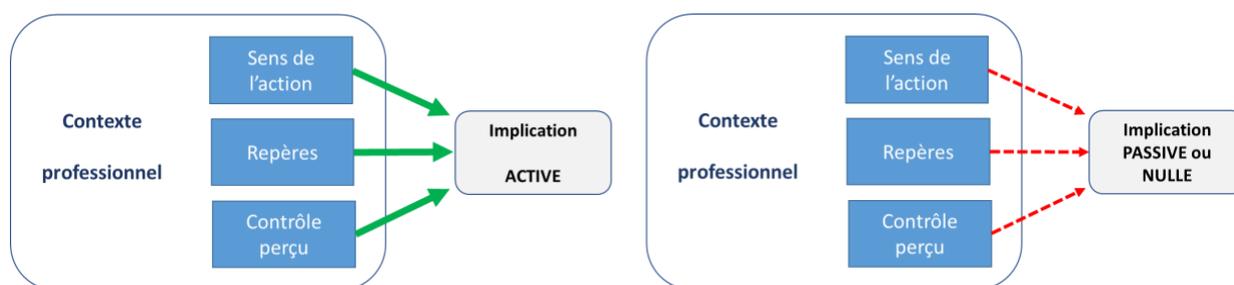


Figure 7. Modèle tricomponentiel de l'implication professionnelle selon C. Mias [12].

La perception faible d'une ou plusieurs des 3 composantes de l'implication professionnelle résulte en une implication professionnelle faible. Cette implication est impossible lorsqu'aucune composante n'est perceptible par le professionnel.

Dès lors, la question centrale est de comprendre comment les PDS perçoivent les repères pour se positionner face à la VAG et perçoivent le sens de la stratégie de vaccination. Il reste d'autre part à savoir sur quoi ils pensent avoir du contrôle : sur la grippe elle-même ? sur la VAG ? Dans ces cas, les actions de promotion de la VAG citées *supra* (voir [Contexte 2.d. p.12](#)) sont de nature à renforcer les 3 composantes de l'implication professionnelle. De la même façon, par leurs connaissances, les PDS prescripteurs et/ou administrateurs du vaccin (Médecins et Infirmiers) perçoivent logiquement plus fortement ces 3 composantes que les Aide-soignants.

Dans un contexte professionnel, un PDS invité à se faire vacciner peut ne pas se sentir impliqué dans la problématique de la grippe. Dès lors, le contrôle peut être recherché sur l'injonction qui est faite : ce n'est pas la diffusion potentielle de l'épidémie qui devient l'objet du contrôle, mais leur rapport à l'autorité en cas de contexte professionnel stressant, il n'est pas exclu alors que certaines actions de promotion de la VAG puissent même avoir un effet délétère sur l'adhésion des PDS à la VAG.

- c) La dimension émotionnelle de l'implication professionnelle détermine-t-elle la couverture vaccinale contre la grippe ?

Pour Klein [13], l'implication professionnelle va de pair avec un investissement psychologique dans le travail (voir [Figure 8](#) et [Annexe 3, p.45](#)). Prendre en compte la dimension émotionnelle est nécessaire pour saisir le phénomène. Le consentement, que Klein considère comme l'implication minimale, relève du respect de normes, d'injonctions : il n'y a pas d'intériorisation des valeurs ou des finalités d'une mission professionnelle. À l'opposé, l'internalisation élevée

de ces valeurs et finalités aboutit à une identification du PDS à la cible proposée, en l'occurrence à la lutte contre la grippe, et donc une moindre hésitation pour la VAG. On peut attendre qu'en renforçant la reconnaissance des professionnels et de leurs rôles professionnels dans les EHPAD et hôpitaux, et en renforçant les Repères, le Sens et le Sentiment de Contrôle des professionnels, leur implication émotionnelle va se renforcer. Il y aura alors un investissement en termes émotionnels et en termes de valeurs de la VAG. Par suite, la couverture vaccinale des PDS pourrait alors refléter l'intégration professionnelle de ces personnes dans leurs organisations respectives. La meilleure couverture vaccinale des PDS libéraux que des établissements/EHPAD pourrait refléter un plus fort sentiment de responsabilité professionnelle à se faire vacciner.

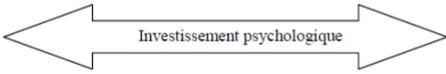
Types de liens	Consentement	Instrumental	Implication	Identification
Caractéristique	Perception d'absence d'alternatives	Enjeu en termes de coût ou de perte	Volonté, dévouement, et responsabilité	Fusion de soi-même avec la cible
Expérimentation du lien	Résignation à la réalité du lien	Acceptation calculée du lien	Adoption du lien	Définition de soi dans les termes du lien
Corollaires	Faible internalisation Indifférence Retrait psychologique Faible signification de la tâche Intérêt pour la prévention Motivation de contrôle Effort minimal			Internalisation élevée Préoccupation importante Investissement psychologique Importante signification de la tâche Intérêt pour la promotion Motivation autonome Effort important

Figure 8. Schématisation de l'implication professionnelle et de sa dimension émotionnelle selon H.J. Klein (l'[Annexe 3, p.45](#) présente cette figure agrandie)⁴.

3) [La théorie de la salutogenèse \[14\]](#)

a) Salutogenèse : définition et structure du modèle

Disons d'emblée que la salutogenèse n'est pas à proprement parler un modèle, mais plutôt une approche globale pour aborder les questions de bien-être et de tolérance aux facteurs stressants. Le terme de « Salutogenèse » est un néologisme forgé par Aaron Antonovsky en 1979. Il la définit comme une « orientation globale ». La genèse de la salutogenèse mérite d'être exposée, car elle permet de comprendre très vite l'utilité de cette approche et sa pertinence majeure pour aborder la santé des PDS.

À partir de travaux sur la gestion du stress et des événements traumatiques, en particulier auprès de patients porteurs de sclérose en plaques, cancers, maladies cardio-vasculaires, mais aussi en

⁴ Extrait de [\[13\]](#)

étudiant l'adaptation de migrants dans un nouveau contexte culturel, souvent en situation de pauvreté, Antonovsky (psychologue américain) s'intéresse dans la seconde moitié du XX^e siècle à l'impact des facteurs psycho-sociaux dans le « *coping* » avec le stress. Il en vient à proposer une nouvelle approche à partir de la question « *What makes people healthy ? - Qu'est-ce qui fait que les personnes se sentent en bonne santé ?* » (voir [Annexe 4, p.46](#)). Les développements de son approche depuis sa publication initiale ont amené différents concepts, dont les deux suivants, particulièrement utiles pour une approche salutogène de la santé :

- les *Generalized Resistance Resources* ou GRR (en français : les Ressources de Résistance Globale) et les *Specific Resistance Resources* ou SRR (en français : les Ressources de Résistance Spécifique), développées dans cette partie,
- le *Sense of coherence* ou SOC (en français : le Sentiment de Cohérence), développé dans la partie suivante.

Pour un individu, les GRR réfèrent globalement au « *phénomène qui fournit à un individu un ensemble d'expériences de vie caractérisées par la consistance, la participation à la résolution du stress, à la balance surcharge-décharge* »⁵. Un GRR est une caractéristique de tout ordre possible (du niveau biologique au niveau socio-culturel) d'un individu ou d'un groupe, efficace pour contrer une large variété de stressseurs. Un SRR est défini de la même manière qu'un GRR, mais est efficace contre un stressseur spécifique ou un petit nombre de stressseurs (voir [Figure 9](#)). C'est la présence de différents GRR/SRR qui fournit à l'individu une résistance globale aux difficultés de la vie. Il est important de noter qu'un GRR/SRR est une caractéristique propre de l'individu ou du groupe d'individus.

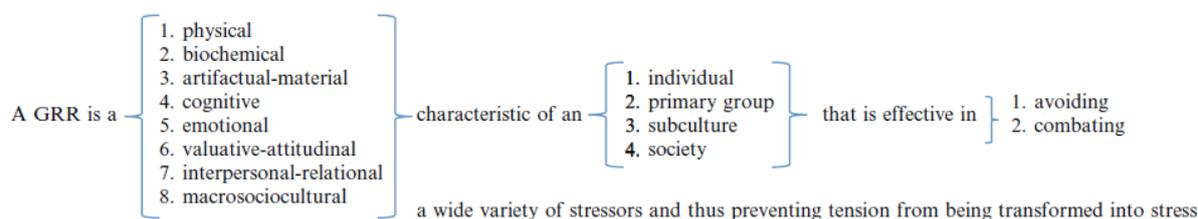


Figure 9. Phrase maquette définissant les GRR⁶.

Les SRR se définissent identiquement aux GRR, mais en remplaçant « une large gamme de stressseurs » (« *a wide variety* ») par « un stressseur spécifique » (« *a specific stressor* »).

⁵ Ib. p.57

⁶ Extrait de Ib. p.94

Le concept de GRR/SRR est central, car il met en lumière l'impact global des expériences de vie, de la culture, en somme d'éléments très divers, sur les possibilités de gestion mentale et émotionnelle (le « *coping* ») d'événements stressants qui peuvent paraître relever d'un domaine fort éloigné en apparence de ces ressources. Différents travaux depuis les années 1990 ont montré que les GRR relevaient de 4 types d'expériences personnelles :

- la consistance (« *consistency* ») désigne le fait que durant l'enfance ou plus tard, l'environnement renvoie de l'ordre, de la structure, que la clarté prime le sentiment de chaos, autrement dit que les situations personnelles semblent compréhensibles, avoir du sens ;

- la balance entre surcharge et sous-charge (« *load balance* ») renvoie à la balance entre besoins de ressources de résistance face à une situation et les ressources mobilisables (les ressources au sens extensif : pas seulement les ressources matérielles, organisationnelles, mais aussi les ressources émotionnelles, culturelles, etc.), autrement dit que les situations personnelles sont gérables raisonnablement ;

- la participation à la réussite de gestion des situations (« *participation in shaping outcomes* ») renvoie au niveau perçu par l'individu a eu une part significative pour infléchir son devenir et n'a pas été l'objet du pouvoir ou des caprices d'autrui ;

- la proximité émotionnelle (« *emotional closeness* ») renvoie au sentiment d'être lié par des liens émotionnels et un sentiment d'appartenance à ses groupes sociaux de référence. Antonovsky rapproche la proximité émotionnelle du « *meaningfulness* » (voir *infra*). Dans une approche salutogène, la « proximité émotionnelle » dans le cas de la VAG ne désigne pas le rapport émotionnel entre le PDS et la grippe, ou les malades de la grippe, mais bien une dimension du rapport du PDS à son métier et à un collectif, le sentiment de faire corps humainement avec les autres membres du groupe.

b) Le Sentiment de Cohérence peut guider la promotion de la VAG auprès des PDS

Le SOC⁷ (ou Sentiment de Cohérence) renvoie au sentiment d'un individu que les situations qu'il vit ont un sens, une logique qu'il peut saisir, et donc qu'il perçoit comment réagir

⁷ Ib. p.99

adéquatement à la situation. Les analyses factorielles des échelles de SOC montrent généralement une solution à 3 composantes (voir [Figure 10](#)). La « compréhensibilité » de la situation, dimension cognitive du SOC, renvoie à l'idée que les stimuli internes et externes sont réellement compréhensibles. Ces stimuli forment un ensemble cohérent, logique, clair, structuré au lieu d'un chaos, un bruit désordonné, inexplicable. La « manageabilité » dimension instrumentale, est définie comme le sentiment de l'individu de disposer de ressources mobilisables pour réagir adéquatement aux stimuli. « L'élan combattif⁸ », dimension motivationnelle, renvoie à l'idée que la vie a une dimension émotionnelle, qu'au moins certains problèmes méritent un investissement, un engagement, et constituent des défis motivants. Cela suppose une vraie volonté à relever des défis, une volonté à investir de l'énergie pour dépasser les moments stressants, c'est-à-dire une combattivité.

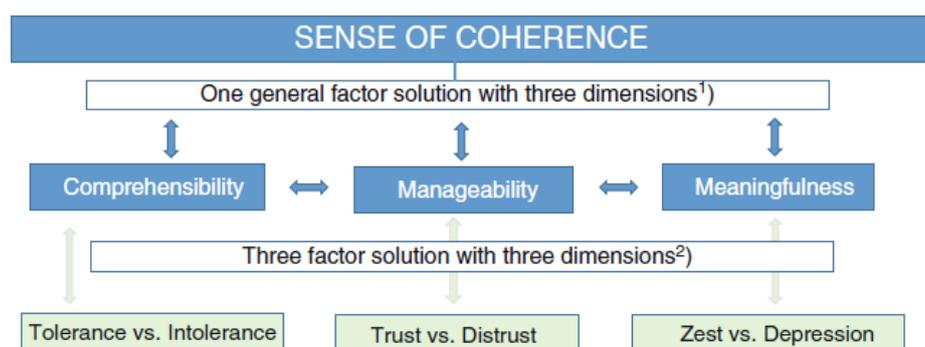


Figure 10. Structure du Sentiment de cohérence dans l'approche salutogène⁹.

La compréhensibilité de la situation varie de la tolérance aux stimuli à une impossibilité de les intégrer (intolérance). La manageabilité varie de la confiance en la possibilité de gérer sereinement la situation à l'inquiétude (ou à l'impossibilité) perçue de la gérer. L'élan pour la vie varie du dynamisme/combattivité à l'adynamie/non-combattivité.

Un fort sentiment de cohérence oriente les individus vers la mobilisation des GRR/SRR. Le SOC les oriente vers les décisions et actions adéquates, en évitant que les stimuli ne deviennent perçus comme des stressseurs. Un fort sentiment de cohérence permet d'interpréter les stimuli, comme les changements d'environnement par exemple, de façon positive, voire pour l'individu

⁸ Le terme originel en anglais est « *meaningfulness* ». Il n'existe pas d'équivalent exact en langue française, j'ai donc proposé le terme « élan combattif » qui semble au mieux restituer l'idée d'Antonovsky.

⁹ Extrait de Ib. p.92

de les utiliser à son avantage. À défaut, l'action devient impossible, le stresser paralyse l'individu (voir [Figure 11](#)).

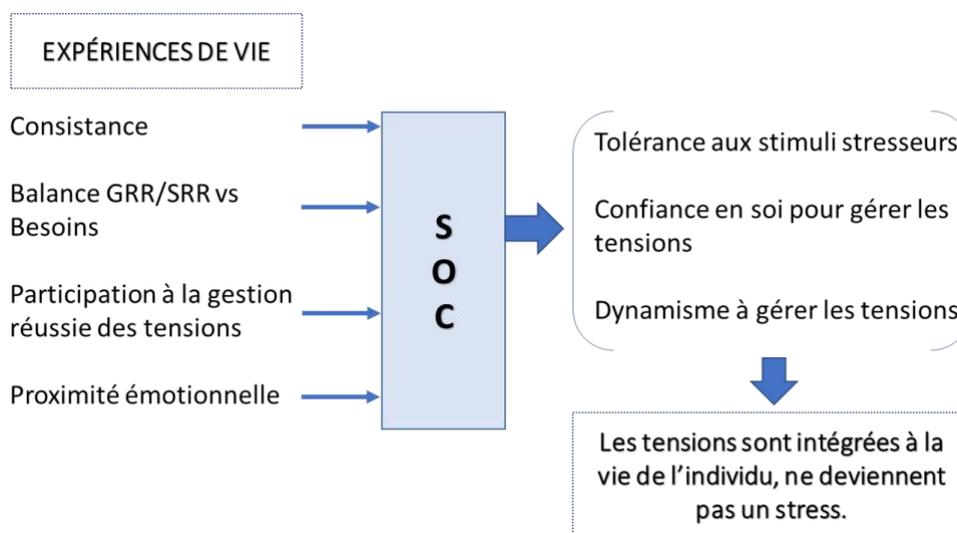


Figure 11. Construction du Sentiment de cohérence, son effet salutogène.

c) Salutogenèse et VAG

La vaccination contre la grippe est présentée principalement comme un moyen de limiter le risque d'épidémie au sein d'établissements, EHPAD ou plus largement au sein d'un territoire pour les PDS libéraux. La VAG est aussi présentée comme pouvant diminuer l'absentéisme au travail et comme un moyen de protection individuel, en informant les PDS que leur profession les expose davantage à la grippe. La pression sur les PDS à se faire vacciner, par exemple par la réception de leur bon de vaccination ou encore par les campagnes de promotion de la VAG au sein des établissements, pourrait être perçue non comme un outil rassurant, mais comme un stresser potentiel. Les PDS pourraient potentiellement avoir des stratégies d'évitement de la VAG, en cas de SOC faible, par exemple en recourant à l'homéopathie prophylactique contre la grippe (56% des Infirmiers considéraient l'homéopathie comme une alternative raisonnable à la VAG dans l'étude de Wilson de 2019 [\[7\]](#)). La grippe ne semble pas susciter une inquiétude majeure pour nombre de PDS. La grippe ou la crainte de transmettre la grippe n'agit pas comme un stresser suffisant pour déclencher la réaction de se faire vacciner.

Une approche salutogène de l'hésitation vaccinale pour la grippe tendrait à ne pas présenter le vaccin comme une ressource, dans un premier temps, mais les PDS eux-mêmes comme des

ressources pour un autre problème, par exemple celui de la lutte globale contre les maladies transmissibles, ou celui encore plus englobant de la lutte pour le bien-être des patients ou de leurs collègues.

4) L'hésitation vaccinale au regard des 3 modèles

a) Dimensions communes et niveaux d'application

Les trois modèles – Représentations, Implication professionnelle, Salutogenèse - présentent des recoupements évidents (voir [Figure 12](#)). Si chacun se place à un niveau différent, ils renvoient tous à une dimension de perception, une dimension motivationnelle et une dimension de contrôle.

En synthèse, le concept de VAG doit être perçu comme banal, c'est-à-dire saisissable aisément dans toutes ses dimensions pour éviter les réticences. Dans ce sens, le collectif, que ce soit le système de santé globalement, la communauté nationale, l'établissement employeur pour les salariés, *etc.*, doit non seulement rappeler l'utilité de la VAG (c'est-à-dire le but fixé par le collectif), mais créer les conditions pour que les PDS saisissent la VAG comme faisant partie de la routine professionnelle.

Niveaux	Modèles	Effet psychologique observable	Composantes	Auteur principal
Macro Collectif	Salutogenèse	Sentiment de cohérence	Compréhensibilité - Manageabilité - Combattivité	Antonovsky
Méso Collectif - Individuel	Représentations	Polyphasie	Noyau matrice + périphérie	Moscovici
Micro Individuel	Implication professionnelle	Intériorisation	Sens - Repères - Contrôle	Mias

Figure 12. Niveaux globaux d'application des 3 modèles.

b) Le lien entre compétences vaccinales et vaccination personnelle contre la grippe

L'augmentation de couverture vaccinale entre 2009 et 2019 (voir [Figure 1](#), page 8) est nette pour les Sages-femmes (+ 27%), avec une augmentation faible de 1% par an en moyenne pour les autres PDS (+13% pour les Médecins, +12% pour les Infirmiers, +7% pour les Aide-

soignants). Or, en 2011 et 2015, les compétences des Sages-femmes à vacciner ont été étendues par deux décrets [\[15\]](#). Les autres catégories de PDS n'ont pas vu modifier leurs compétences vaccinales. Au vu des modèles, le lien entre extension des compétences et vaccination personnelle ne surprend pas. Du point de vue des représentations, les Sages-femmes se sont certainement professionnalisées, avec une réduction de la polyphasie. Ainsi, l'implication professionnelle s'est accrue autant par la reconnaissance officielle de cette compétence à vacciner que par la pratique de la vaccination sur les nouveau-nés et jeunes parents. En termes de salutogenèse, la compréhensibilité de la recommandation d'être vacciné pour une Sage-femme s'est accrue, la manageabilité aussi, ainsi que l'élan à agir. Le rôle des Médecins et Infirmiers a été conforté par les campagnes de promotion successives de la vaccination. En revanche, aucun renforcement du rôle vaccinal des Aide-soignants ne s'est produit : c'est leur couverture vaccinale qui a le moins bien progressé.

Pour espérer obtenir une remontée significative de la couverture vaccinale contre la grippe, en dehors de la mise en place d'une éventuelle obligation vaccinale, l'action de chaque PDS doit être valorisée, par la reconnaissance de sa valeur et son importance dans le collectif.

DISCUSSION

La couverture vaccinale contre la grippe varie fortement avec la catégorie de PDS. Paradoxalement, plus les PDS sont exposés à une promiscuité avec les patients, plus la couverture vaccinale baisse. Expliquer l’hésitation vaccinale des PDS par une logique d’action raisonnée semble difficile. Des déterminants propres au contexte professionnel sont très probablement impliqués.

Les trois modèles retenus rendent compte d’aspects différents du problème de la vaccination sous-optimale des PDS (voir [Figure 13](#)). L’approche des représentations rend compte d’une ambivalence à propos de la VAG dans la pensée des PDS. Elle prédit un phénomène de polyphasie cognitive : l’activation de pensées différentes sur la VAG, selon les contextes. Or, les PDS expérimentent des contextes différents : identités professionnelles différentes, insertions professionnelles différentes, oscillation entre vie privée et vie professionnelle. Le concept d’implication professionnelle (modèle SRC) rend compte des difficultés différentes d’un PDS à l’autre pour comprendre comment se positionner face à la VAG. Le sentiment individuel de contrôle, en particulier, pourrait rendre compte de réticences à se faire vacciner. L’approche salutogène est plutôt de nature à offrir des pistes d’intervention visant la promotion de la VAG.

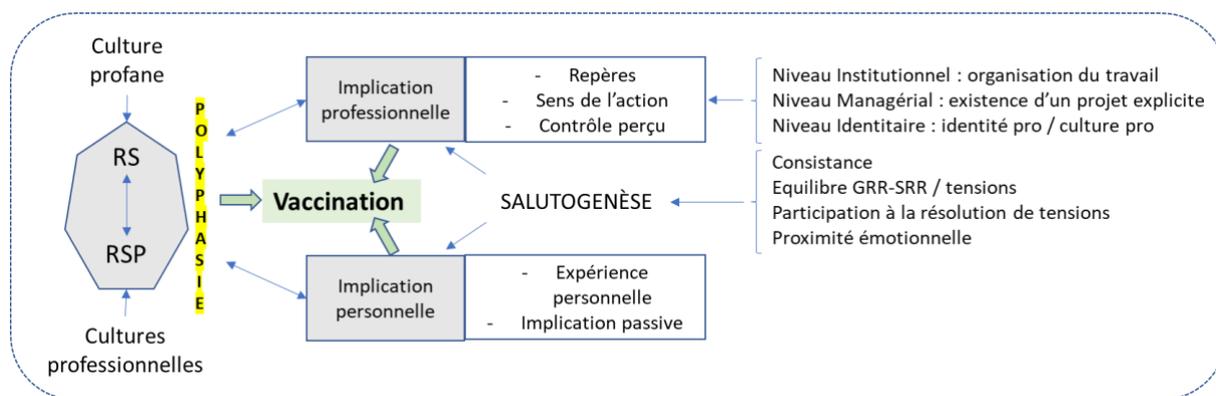


Figure 13. Intrication possible des modèles : représentations, implication, salutogène.

1) La polyphasie cognitive des PDS

Dans cette partie, j'évoque les deux apports, au moins théoriques, du concept de polyphasie cognitive concernant la VAG parmi les PDS.

a) Au niveau individuel, la polyphasie reflète l'ambivalence des PDS

Les facteurs d'hésitation vaccinale connus en population générale se retrouvent chez les PDS. Il est impossible de rendre compte de la réalité des couvertures vaccinales sans prise en compte de facteurs spécifiquement professionnels. Les comportements des PDS renvoient à la dualité des PDS : acteurs du soin (professionnels vaccinant) et sujets du soin (personnes à vacciner). Cette pluralité des contextes dans lesquels évoluent les PDS est de nature à générer une pensée ambivalente, composée d'éléments potentiellement contradictoires. Ce phénomène de polyphasie cognitive peut rendre compte du fait que, pour un PDS, connaître l'argumentaire des recommandations vaccinales contre la grippe, n'induit pas nécessairement la réalisation de la VAG.

b) Au niveau collectif, la polyphasie pourrait refléter la cohésion d'équipe

J'appelle « équipe » un ensemble cohérent de professionnels concourant à une finalité commune, chacun participant selon ses compétences à cet objectif. Une cohésion de l'équipe manifestée par la reconnaissance professionnelle de chaque PDS a tendance à créer un SOC et une implication professionnelle forts. Une gestion d'équipe visant la cohésion est de nature à faire percevoir la VA, non comme un stresser potentiel, mais comme l'occasion de participer à l'esprit collectif, donc à (re)donner du sens à la VAG. Rappelons que, quel que soit le niveau de cohésion de l'équipe, la polyphasie cognitive est possible (puisqu'elle résulte de la confrontation des vécus personnels et des vécus professionnels, lesquels coexistent toujours). En revanche, en cas de perte de cohésion de l'équipe, dans un établissement par exemple, les Repères, le Sens, le Contrôle perçu sur les missions professionnelles vont diminuer, comme le Sentiment de Cohérence. Par suite, les tâches professionnelles peuvent perdre du sens, la polyphasie cognitive sur le soin et sur la VAG va croître.

Je fais l'hypothèse que la polyphasie cognitive sur la VAG reflète les difficultés ressenties au travail, une mauvaise reconnaissance des PDS comme professionnels, en résumé le mal-être au

travail. Il pourrait être utile de prendre en compte la polyphasie cognitive dans les études de l'hésitation vaccinale parmi les PDS.

2) La promotion de la VAG auprès des PDS

Dans cette partie, j'aborde des pistes pour promouvoir la VAG au vu des modèles présentés. Il ne s'agit toutefois pas de l'objectif principal de ce travail : je propose des pistes comme illustrations de la démarche intellectuelle au principe de ces modèles.

a) Une approche par l'implication professionnelle

L'implication professionnelle est un phénomène purement individuel. Une promotion de la VAG crée une distance avec le PDS si le promoteur n'est pas identifiable par le PDS ou si le message délivré n'est pas personnalisé. On pourrait s'attendre à ce que ces campagnes jouent sur l'implication des PDS, en réaffirmant la finalité de la VAG. Pourtant, ces campagnes jouent avant tout sur les représentations en réaffirmant la légitimité de la stratégie vaccinale proposée. Les messages en faveur de la VAG sont plus susceptibles d'entraîner une vaccination effective des PDS, s'ils incluent la dimension de cohésion avec le collectif (l'équipe, les patients, la Nation, *etc.*).

Les PDS sont plus susceptibles de se vacciner si la vaccination est rapprochée d'un projet global d'équipe, engageant toute l'équipe (d'où une certaine efficacité de l'engagement des cadres de santé et chef de service dans les EHPAD).

De l'instrumentalisation à l'implication réelle

La reconnaissance des PDS dans leur rôle et dans ce qu'ils apportent spécifiquement favoriserait probablement la VAG chez les PDS. Une meilleure reconnaissance des Aidesoignants - les PDS les plus proches des patients et en même temps les moins vaccinés et au pouvoir décisionnel le plus faible (hôpitaux, SSIAD, EHPAD) -, pourrait déjà favoriser leur implication. Par exemple, affirmer en réunion d'équipe la confiance accordée dans leur capacité à alerter les autres PDS de signes d'infection respiratoire, y compris en leur permettant de s'adresser facilement aux Médecins, manifesterait l'implication qui leur est reconnue dans la gestion des épidémies.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Favoriser explicitement une culture d'équipe autour de la grippe, en incluant tous les PDS et en s'appuyant sur leurs compétences propres offrirait à tous les PDS :

- du Sens en montrant la cohérence des actions,
- des Repères en créant une compréhension commune des actions à engager,
- du Contrôle en affirmant l'importance de chaque professionnel.

D'un autre côté, le référent VAG qui existe dans certains établissements pourrait avoir un rôle plus large que de seulement promouvoir la VAG et informer sur le vaccin. Il tiendrait par exemple l'équipe informée de la progression des épidémies au long de l'année (de différentes épidémies, non seulement des viroses respiratoires, pour élargir la perception par les PDS du sens de leur métier).

Les PDS doivent percevoir que les autorités de santé leur recommandent d'être vaccinés pour protéger les autres et eux-mêmes par bienveillance envers eux : le sens de la VAG est de leur offrir de la quiétude d'esprit. Ainsi, la promotion globale de la santé des PDS sur les lieux de travail pourrait renforcer ce sentiment de bienveillance : accès privilégié et gratuit au sevrage tabagique avec gratuité totale des mesures d'accompagnement, en dehors du circuit patient, par exemple.

La facilitation de l'accès au vaccin sans réfléchir autrement à l'implication des PDS n'est logiquement susceptible que d'amener à la vaccination les PDS qui ont déjà un engagement minimal pour être vaccinés, mais pas de déclencher cette implication pour les PDS sans une implication minimale. Les résultats potentiels obtenus avec une politique de facilitation d'accès au vaccin sont intéressants, mais permettront difficilement d'atteindre les niveaux souhaités de couverture vaccinale.

De l'implication à l'identification

Le renforcement de la culture d'équipe autour des valeurs du soin, de l'engagement des PDS dans leur métier de façon générale, au-delà de la VAG, est susceptible de faire entrer la lutte contre les épidémies dans la culture des PDS.

La formation initiale devrait mettre l'accent sur ces missions pour tous les PDS. Il pourrait être demandé un travail de réflexivité aux PDS en formation, par exemple sous forme de groupes de discussion, de retours de pratique sur la vaccination et plus généralement les épidémies.

Le partage d'informations sur la prise en charge des patients grippés et des PDS grippés serait l'occasion d'élargir la compréhension des PDS au-delà du seul aspect préventif contre la grippe. De la sorte, c'est une identification globale des PDS au problème des infections respiratoires

que l'on peut viser. Par exemple : les décisions thérapeutiques sont explicitées en réunion d'équipe, les devenir des patients grippés pris en charge par l'équipe (libérale ou en structure) durant la saison épidémique sont rendus visibles sous forme de diagrammes de flux. Il s'agirait de susciter l'envie de réagir des PDS. En combinaison avec d'autres mesures comme celles proposées, la lutte contre la grippe pourrait être mieux intériorisée, susciter plus d'engagement.

Les revues de morbi-mortalité régulières sur les infections nosocomiales, celles transmises aux patients et celles transmises aux PDS dans leur exercice, faciliteraient l'identification des PDS à la lutte contre les viroses respiratoires.

La synergie des actions de ce type serait de nature à faire ressentir à chaque PDS qu'il est « concerné » par le sujet, donc concerné. On se rapprocherait ici d'une approche motivationnelle.

b) Une approche salutogène

Orienter les GRR/SRR vers la résolution du stress lié à la VAG

La salutogenèse est une orientation globale des organisations, des individus, pour passer au-delà d'un changement déstabilisant en donnant sens à ce qui est vécu. Peut-être que la grippe est trop banalisée pour stimuler le besoin de réagir¹⁰. C'est alors la VAG qui pourrait être perçue comme une modification des habitudes pour ceux qui n'y sont pas habitués. L'objectif des actions engagées serait de rendre compréhensible la stratégie vaccinale, manageable la pression à se faire vacciner, de renforcer l'envie de participer à la stratégie vaccinale.

L'accès facilité à la vaccination semble avoir un impact modéré sur la couverture vaccinale. Offrir un accès facile au système de pharmacovigilance concernant les vaccins, comme aux États-Unis d'Amérique (système VAERS ou *Vaccine Adverse Event Reporting System*), pourrait compléter le sentiment de contrôle. Le signalement d'événement indésirable directement par les personnes concernées est possible en France, mais ce système est peu connu et pas nécessairement simple d'utilisation actuellement.

Un bilan en fin de saison hivernale pourrait renforcer les GRR/SRR. Une « stratégie partagée d'hivernage » pour les équipes de soin pourrait fournir une matrice d'action salutogène, incluant

¹⁰ Les mots ont un effet psychologique : le mot « COVID » est suffisamment nouveau et effrayant, comme suffisamment surprenant, pour susciter crainte et vigilance. Le mot « grippe » est banal, probablement compris dans un sens trop vague pour concentrer sur lui des connotations négatives.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

la gestion des maladies infectieuses. Les PDS auraient alors un sentiment de contrôle renforcé sur leur vécu et sur le fonctionnement du service.

Renforcer le SOC par une action cohérente envers les PDS

C'est le ressenti d'une efficacité personnelle dans des expériences passées de résolution de situations problématiques qui développe le sentiment de cohérence.

Prendre des nouvelles de façon confidentielle, bienveillante, des PDS malades, quelle que soit la maladie, par une personne extérieure au service, permettrait de renforcer le sentiment de cohérence du projet de l'institution contre les maladies, tout en créant la proximité émotionnelle de l'équipe. Il s'agit de réduire réellement la dissonance cognitive entre le message 1 : « vous devez vous vacciner par bienveillance pour votre entourage » et le message 2 : « la structure n'a pas de bienveillance pour vous quand vous êtes malade ».

Offrir un *feedback* sur la situation vaccinale des établissements, du bassin de vie, du département, etc., un *feedback* sur la morbidité des PDS dans un établissement donné ou au niveau régional ou national, aurait autant un effet sur l'implication professionnelle que sur le SOC.

Pour stimuler l'élan des PDS à s'engager pour la VAG, et renverser pour certains la perception de la VAG comme un stressor, tous les PDS pourraient être enrôlés pour promouvoir la VAG auprès des patients ou de leurs collègues.

c) Le travail sur les représentations sociales / socio-professionnelles

Les représentations sont les produits de l'éducation, de la culture, des media, des expériences des personnes. Les représentations ne sont pas tant un levier d'action qu'un résultat observable de transformations de la culture d'un groupe. En revanche, un objectif de travail serait de professionnaliser les représentations : favoriser les facettes d'ordre professionnel.

La question de la vaccination pour éviter de transmettre un agent infectieux est en lien direct avec la perception du corps : du corps des patients, du corps des PDS. La connaissance par les PDS qu'ils peuvent transmettre la grippe ne suscite pas nécessairement la réalisation de la vaccination. Les résultats des études citées précédemment pourraient éventuellement signifier que les PDS ne conçoivent pas véritablement leur corps comme vecteur de maladies.

Une stratégie salutogène de promotion de la VAG pourrait viser à donner sens aux fragilités du corps des PDS. Faire réfléchir les PDS sur leurs fragilités physiques peut être un pied-dans-la-porte¹¹ de nature à changer les représentations de la maladie et de la fragilité du corps des PDS.

Ainsi, ce ne sont pas tant les représentations du vaccin contre la grippe qu'il faut travailler ici, mais les représentations qu'a le PDS de la grippe et de ses fragilités physiques.

d) Conclusions sur la promotion de la VAG au prisme des modèles

Les modèles suggèrent de développer la promotion de la VAG autour de trois axes :

- une dimension d'identité professionnelle : chaque PDS devrait intérioriser qu'il a un rôle contre les maladies infectieuses (pas seulement la grippe) et que ce rôle fait partie de leur profession ;
- une dimension institutionnelle : chaque PDS devrait ressentir que les institutions sont cohérentes entre leurs demandes normatives (les PDS doivent se faire vacciner pour protéger les autres et eux-mêmes) et leur soutien envers les PDS (les institutions soutiennent les PDS dans la maladie) ;
- une dimension de reconnaissance : chaque PDS doit ressentir qu'il est reconnu comme utile et important dans le collectif (le système de santé et les usagers).

3) Le défi de la vaccination contre les infections à SARS-CoV-2 (ou VCIS)

Dans cette partie, je présente les difficultés spécifiques de la promotion de la VCIS. Cette vaccination est en cours de mise en place au niveau national. Étant personnellement impliqué comme co-pilote au sein de la HAS du groupe de travail chargé de la rédaction des premières recommandations de VCIS (nommées « recommandations intermédiaires »), l'exemple de la VAG offre un cadre de référence dans cette situation inédite. Je mets l'accent sur 2 concepts issus des modèles présentés précédemment utilisés pour guider la mise en place de cette vaccination : la polyphasie cognitive, la salutogenèse.

¹¹ Le « pied-dans-la-porte » est un terme consacré en psychologie sociale de la communication. Il désigne une première étape impliquant le sujet, visant à amener à terme celui-ci à un changement de posture dans un domaine donné.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

a) La VCIS : une question socialement vive

La frénésie inouïe de communication médiatique, politique et interindividuelle, concernant l'épidémie de maladies à SARS-CoV-2 depuis janvier 2020 montre (et détermine) le caractère socialement vif de ce sujet en France, et dans le monde. Se construire une RS pour le public et une RSP pour les PDS autour de ce sujet est particulièrement ardu du fait de la profusion d'informations discordantes à disposition. Les polémiques¹², parfois vives, ajoutent une forte charge émotionnelle au sujet et ne peuvent qu'aggraver l'ambivalence envers ce sujet, si ce n'est polariser les attitudes entre individus.

Les recommandations à venir de VCIS considèrent que les PDS doivent être vaccinés en premier dans tous les scénarii envisagés, avant même les personnes non PDS à risque de forme grave et les personnels critiques au fonctionnement de l'État (forces de l'ordre, principalement).

Dans une situation d'incertitude sur les caractéristiques de vaccins, d'épuisement psychologique à propos de ce sujet, mais aussi de circulation très diminuée de SARS-CoV-2, les PDS vont avoir à prendre position personnellement envers la VCIS, avant la fin de l'année 2020 (premières livraisons de 8,5 millions de doses de vaccin prévues en décembre 2020). Certains de ces vaccins font, de plus appel, à des plateformes virales inédites : vaccins à ARN, vaccins à baculovirus, adénovirus, *etc.*

Pour les PDS, la jonction acteur de vaccination– sujet de vaccination devient critique. De nombreux enjeux se concentrent sur la VCIS, en particulier politiques. Les RSP et la polyphasie cognitive, l'implication professionnelle et le SOC vont fortement être questionnés lorsqu'il leur faudra choisir la vaccination ou non.

b) La mise en place d'une enquête auprès des Médecins libéraux, opérationnalisation de la polyphasie cognitive

J'ai donc commencé une enquête quantitative auprès des PDS afin d'observer ces phénomènes. Les résultats permettront peut-être de faire des propositions pour affiner la stratégie de vaccination retenue dans le but d'améliorer le vécu de cette campagne exceptionnelle de vaccination par les PDS.

¹² Les polémiques relatives au SARS-CoV-2 concernent différents sujets, comme : le port du masque de protection respiratoire, la distanciation physique, l'utilisation de gel alcoolique, les mesures de confinement, le couvre-feu, *etc.*

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Le même questionnaire est présenté en ligne aux Médecins généralistes, *via* différents Conseils de l'Ordre. Il ne contient pas de clause anti-déontologique, il est anonyme, la méthode de recueil ne permet pas de colliger les adresses courriel des répondants.

Deux versions du questionnaire sont présentées, chacune à la moitié de l'échantillon contacté :

- la version VACOS1 s'adresse aux répondants à titre professionnel ;
- la version VACOS2 s'adresse aux répondants à titre personnel.

Ce n'est pas seulement le texte introductif du questionnaire qui est différent, mais la formulation des questions dans les deux versions. Une large place est laissée à l'expression libre, en demandant les souhaits de chacun pour la mise en place de la vaccination.

L'analyse des données prévue comporte 2 temps après les tris à plat :

- une analyse quantitative à la recherche d'un effet Guttman, méthode spécifique à l'analyse de représentations sociales ;
- une analyse qualitative des verbatims avec une interprétation orientée salutogène.

Rapidement, je souhaite mettre en place de recueil de données chez d'autres PDS, éventuellement en modifiant le formulaire de recueil au vu des résultats observés chez les Médecins. D'abord, il s'agit de prendre en compte la diversité des points de vue, ce qui est nécessaire (la divergence de positionnement des PDS envers la VAG est nette). D'autre part, plus techniquement, l'analyse de l'effet Guttman sera plus puissante et permettra mieux d'observer la polyphasie cognitive censément présente dans le corps de santé français.

CONCLUSION

Les modèles présentés ici constituent un outil de compréhension intéressant du rapport des PDS à leur propre santé. Ils permettent de transférer la compréhension des phénomènes observés sur d'autres thèmes de santé à un autre objet, en l'occurrence la VAG. Prendre en compte ces modèles permet de se référer à l'expérience acquise par les nombreux travaux opérationnalisant ces modèles sur d'autres objets, partout dans le monde. Ils peuvent constituer un cadre conceptuel pour mieux saisir les particularités du soin aux soignants.

RÉFÉRENCES COMMENTÉES

1. Santé Publique France. Données de couverture vaccinale grippe par groupe d'âge 2020. (En ligne) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-de-couverture-vaccinale-grippe-par-groupe-d-age> Consulté le 15 octobre 2020
2. Santé Publique France. Couverture vaccinale antigrippale chez les professionnels de santé. *Bulletin de santé publique* Octobre 2019. (En ligne) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-octobre-2019> Consulté le 15 octobre 2020
3. Académie de Médecine. Vacciner tous les soignants contre la grippe : une évidente obligation. Communiqué de l'Académie nationale de Médecine 2020. (En ligne) <http://www.academie-medecine.fr/communiquede-lacademie-vacciner-tous-les-soignants-contre-la-grippe-une-evidente-obligation/> Consulté le 15 octobre 2020
4. MacDonald NE, The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy : definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015 ; 33(34) : 4161-4164. DOI : 10.1016/j.vaccine.2015.04.036 **Cet article est une référence majeure concernant la description du modèle de l'OMS de l'hésitation vaccinale.**
5. Du Breuillac J. Que nous apprend la Concertation Citoyenne de 2016 sur la Vaccination ? Analyse des 6471 contributions libres. *19^e CMGF 4-6 avril 2019*, Paris. (En ligne) http://presentations.congresmg.fr/presentations-2019/PPT/RoomS242A/SessionS55-Vaccination/InterventionS55_2/Pr%C3%A9sentation%20finale%20-%20-%20-%20Copie%20PDF.pdf Consulté le 15 octobre 2020. **Cette communication est basée sur une analyse lexicométrique, de type Alceste, des verbatims obtenus au cours de la Concertation Vaccinale de 2016.**

6. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE* 2018 ; 13(12): e0208601. DOI : 10.1371/journal.pone.0208601 **Cet article compare différents modèles d'hésitation vaccinale, dérivant tous du modèle de l'OMS. Il donne une estimation de la performance de prédiction de ces modèles.**
7. Wilson RJI, Vergély C, Ward J, Peretti-Watel P, Verger P. Vaccine hesitancy among general practitioners in Southern France and their reluctant trust in the health authorities. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2020 ; 15 (1) : 1757336. DOI : 10.1080/17482631.2020.1757336
8. Wilson R et al. Seasonal influenza self-vaccination behaviours and attitudes among nurses in Southeastern France. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2019 ; 15 (10) : 2423-2433. DOI : 10.1080/21645515.2019.1587274
9. Moliner P. De la théorie du Noyau Central à la théorie du Noyau Matrice. *Papers on Social Representations* 2016 ; 26 (2) : 3.1-3.13 **Cet article explique l'évolution de la théorie du noyau. Il présente rapidement la dynamique interne des représentations sociales.**
10. Rateau P, Lo Monaco G. La théorie des représentations sociales : orientations conceptuelles, champs d'applications et méthodes. *Revista CES Psicologia* 2013 ; 6 (1) : 1-21 **Cet article en français forme une excellente introduction à la théorie des représentations sociales. Il présente de façon didactique la conception psycho-sociale des représentations sociales.**
11. Kalampalikis N. Affronter la complexité : représentations et croyances. In : Haas V. *Les savoirs du quotidien. Transmissions, Appropriations, Représentations.* Rennes : Presses Universitaires de Rennes ; 2006, 229-237. (halshs-00532846) **Ce texte expose clairement l'articulation entre représentations sociales et polyphasie cognitive.**
12. Mias C. *L'implication professionnelle dans le travail social.* Paris : L'Harmattan ; 1998, 319 p. ISBN : 2738472621, 9782738472625 **Ce texte princeps expose de quelle**

manière le modèle SRC de l'implication professionnelle a été construit, en partant des données empiriques de terrain à l'origine de ce modèle.

13. Charles-Pauvers B, Peyrat-Guillard D. L'implication (ou l'engagement ?) au travail : quoi de neuf ?. *Congrès de l'AGRH 2012*, Nancy. (En ligne) <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01532385> (hal-01532385) Consulté le 15 octobre 2020 **Cet article fait la revue des différentes conceptualisations de l'implication professionnelle depuis les années 1960 aux années 2010. Il met l'accent, en particulier, sur la dimension émotionnelle de l'implication professionnelle.**
14. Mittelmark MB et al. *The handbook of salutogenesis*. eBook : Springer Nature ; 2017, 461 p. ISBN : 978-3-319-04599-3, 978-3-319-04600-6 DOI : 10.1007/978-3-319-04600-6 **Ce document constitue la référence majeure de l'approche salutogène. Il est le fruit d'une collaboration internationale. On y trouve une revue presque exhaustive des travaux sur la salutogenèse. Les principales équipes mondiales sur le sujet sont présentées.**
15. Koeck JL. Extension des compétences des Sages-femmes : vaccination de l'entourage des bébés, vaccination des femmes séronégatives contre la varicelle 2015. (En ligne) <https://www.mesvaccins.net/web/news/8123-extension-des-competences-des-Sages-femmes-vaccination-de-l-entourage-des-bebes-vaccination-des-femmes-seronegatives-contre-la-varicelle> Consulté le 15 octobre 2020

TABLE DES ANNEXES

1) Glossaire.....	42
2) Représentation du lexique utilisé dans les verbatims des contributions internet à la Concertation Citoyenne de 2016 par la méthode Alceste.....	44
3) Schématisation de l'implication professionnelle et de sa dimension émotionnelle selon H.J. Klein (agrandissement de la Figure 9, page 23) et comparaison avec d'autres conceptualisations (extrait de [13])	45
4) Modèle salutogène de la santé selon Antonovsky (1979) (extrait de [14], page 33)	46
5) Questionnaires utilisés pour l'enquête concernant les PDS et la vaccination contre les infections à SARS-CoV-2.....	47

1) Glossaire

3C (modèle) : modèle global de l'hésitation vaccinale en population générale, comprenant trois dimensions, la confiance dans le système expert, la complaisance aux risques de maladie infectieuse et de risques d'effets secondaires des vaccins, la perception par les individus que le produit « vaccin » leur convient

Alceste (méthode) : méthode d'analyse de corpus textuels appartenant aux méthodes de lexicométrie automatisée. Cette méthode repère par une analyse factorielle des correspondances suivie d'une classification descendante hiérarchique des classes de mots préférentiellement associés entre eux. Ces classes de mots sont appelées « mondes lexicaux ». Alceste permet le classement du corpus en classes de discours et de classer les segments du corpus par typicité décroissante dans chaque classe.

Distance à l'objet : échelle semi-quantitative mesurant la proximité d'un objet social donné avec un individu ou un groupe d'individus. Elle comprend l'implication directe (l'expérience directe de l'objet par l'individu), l'implication indirecte ou passive (le sujet est exposé à l'objet, sans pour autant qu'il n'ait eu un rôle actif dans cette rencontre) et la connaissance que le sujet croit avoir de l'objet.

Facettes (théorie des) : conceptualisation particulière des représentations sociales qui met l'accent sur le fait que l'exposition d'un individu à des contextes différents aura tendance à activer des aspects spécifiques des représentations, appelées facettes.

Implication professionnelle : intensité de la pratique qu'un individu a dans sa profession, ses missions professionnelles

Noyau matrice : ensemble des éléments de représentation d'un objet, partagé par un groupe social donné. Ce noyau est généralement composé d'éléments suffisamment flous, abstraits, polysémiques, pour pouvoir prendre des significations variables en fonction des individus, d'où l'épithète de « matrice ».

Périphérie (d'une représentation sociale) : la périphérie désigne tous les éléments d'une représentation sociale qui ne sont pas dans son noyau. Ce sont des éléments plus factuels et concrets que le noyau, qui expriment la réalité pratique de l'objet, vécue par le sujet. La périphérie est donc variable selon les individus.

Polyphasie cognitive : phénomène cognitif consistant pour un individu donné à pouvoir tenir des discours en apparence contradictoires sur un objet donné, et en corollaire à avoir une représentation sociale de l'objet capable de concilier, dans une certaine mesure, des pensées, opinions, attitudes en apparence incompatibles.

Représentations sociales : conceptions partagées par les individus d'un groupe social donné à propos d'un objet donné. Ces structures mentales partagées permettent aux individus d'échanger et discuter à propos de l'objet et de prendre position face à lui. Les représentations sont centrées sur quelques éléments clefs formant une base commune de compréhension, appelée « noyau matrice ». Les représentations comprennent d'autres éléments variables selon les individus et les contextes. Ces éléments non consensuels forment la « périphérie » de la représentation.

Salutogenèse : approche globale de la santé, en opposition à l'approche pathogène, qui considère la santé comme un processus par lequel les tensions ressenties par un individu ne se transforment pas en stress, grâce à la mobilisation de ressources propres à l'individu.

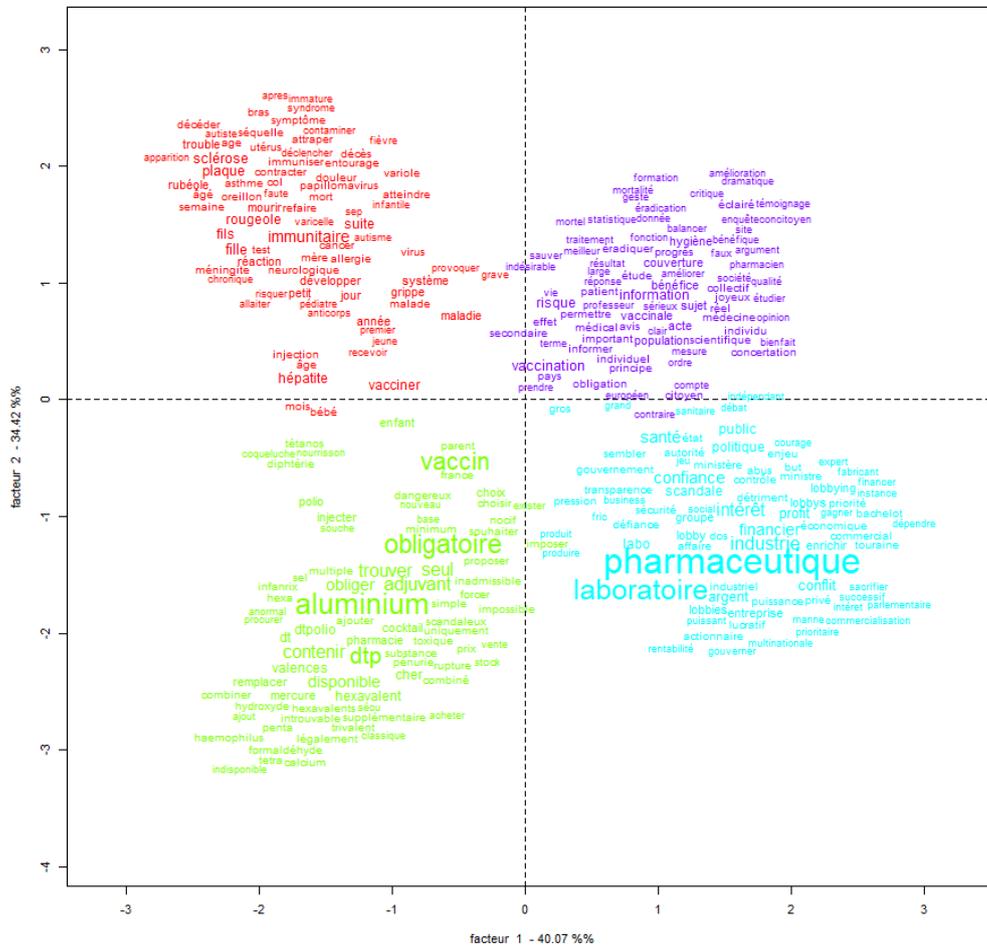
Sentiment de cohérence / *sense of coherence* : concept clef de la théorie de la salutogenèse d'Antonovski, le sentiment de cohérence désigne une orientation globale des individus qui leur donne la sensation que les stimuli internes et externes ressentis sont prédictibles, compréhensibles, et qu'il est fort probable que les choses iront mieux, autant qu'il est raisonnable de l'espérer.

Système national de données de santé : système de chaînage propre à la France des données issues de l'Assurance Maladie, des hôpitaux, de la base des causes de décès de l'INSERM, des Maisons des Personnes Handicapées et de plusieurs autres organismes d'assurance maladie.

SRC (modèle) : modèle de l'implication professionnelle développé par Christine Mias, considérant que l'implication est maximale lorsque coexistent un fort Sens perçu de la mission, une forte perception de Repères pour la pratique, un fort sentiment de Contrôle sur son travail.

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

2) Représentation du lexique utilisé dans les verbatims des contributions internet à la Concertation Citoyenne de 2016 par la méthode Alceste.

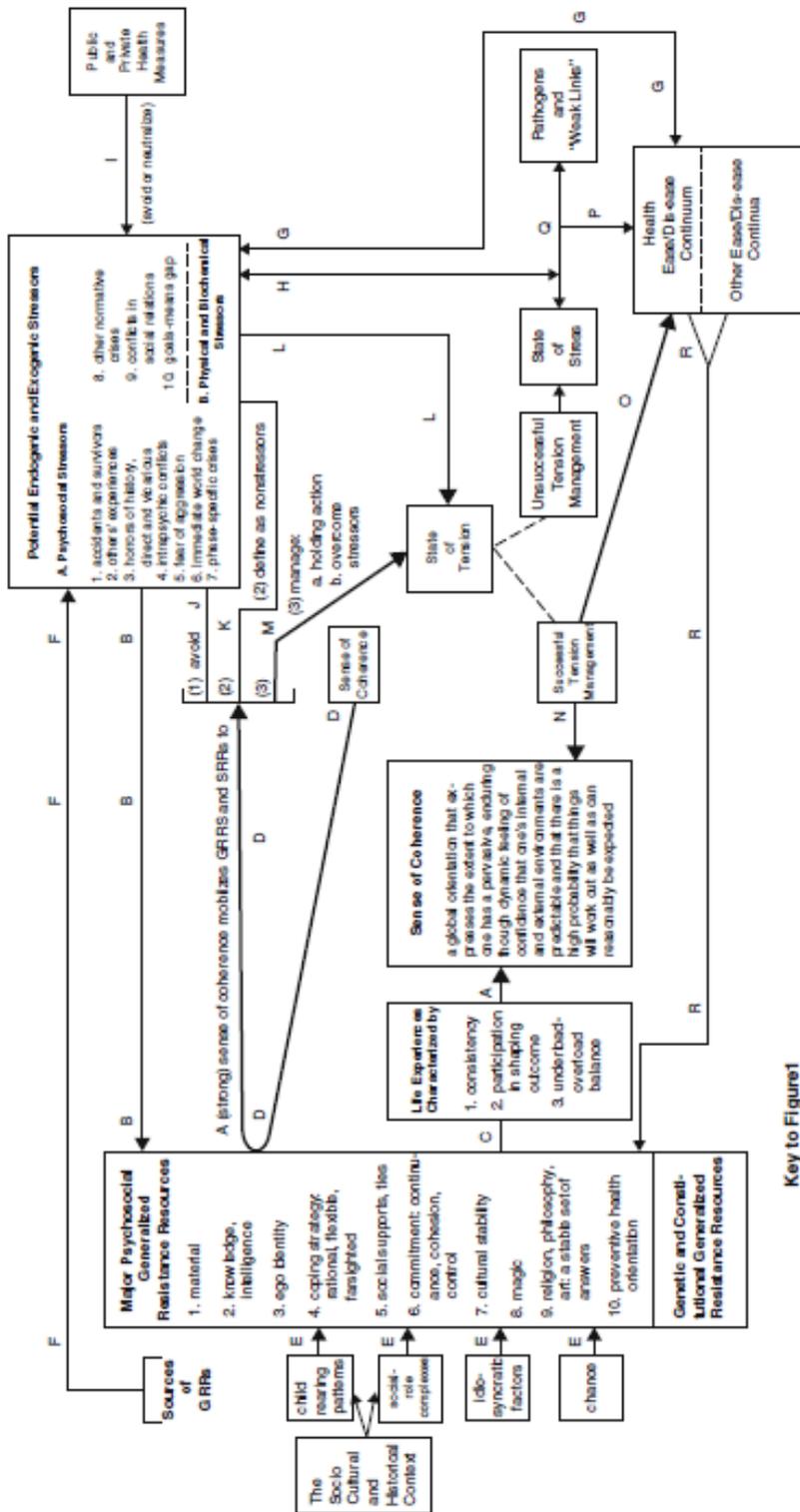


Les mots avec une typicité supérieure à 10 sont représentés dans le premier plan de l'analyse factorielle des correspondances. Les couleurs correspondent aux 4 classes de la CHD. Chaque classe équivaut à un « monde lexical » selon Max Reinert : rouge (complaisance aux risques), vert (convenance du produit), bleu (confiance dans le système expert), et violet (la légitimité de la vaccination comme stratégie contre les maladies, la crédibilité de l'information).

3) Schématisation de l'implication professionnelle et de sa dimension émotionnelle selon H.J. Klein (agrandissement de la [Figure 8, page 23](#)) et comparaison avec d'autres conceptualisations (extrait de [\[13\]](#))

Types de liens	Consentement	Instrumental	Implication	Identification
Caractéristique	Perception d'absence d'alternatives	Eijeu en termes de coût ou de perte	Volonté, dévouement, et responsabilité	Fusion de soi-même avec la cible
Expérimentation du lien	Résignation à la réalité du lien	Acceptation calculée du lien	Adoption du lien	Définition de soi dans les termes du lien
Corollaires	Faible internalisation Indifférence Retrait psychologique Faible signification de la tâche Intérêt pour la prévention Motivation de contrôle Effort minimal	Acceptation calculée du lien	Investissement psychologique	Internalisation élevée Préoccupation importante Investissement psychologique Importante signification de la tâche Intérêt pour la promotion Motivation autonome Effort important
Alignement avec les précédentes conceptualisations				
Kelman (1958)		Conformité		Identification et internalisation
Becker (1960)		Coûts perdus et investissements		
Etzioni (1961)	Aliénante	Calculée		Morale
Kanter (1968)	Contrôle et continuité	Continuité		Cohésion
Salancik (1977)		Cohérence comportementale		
Mowday, Steers & Porter (1979)				Identification et implication
Brickman (1987)	Devoir	Devoir	Volonté	Volonté
Meyer & Allen (1991)	Normative et de continuité	Normative et de continuité	Affective et normative	Affective et normative

4) Modèle salutogène de la santé selon Antonovsky (1979) (extrait de [14], page 33)



DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

5) Questionnaires utilisés pour l'enquête concernant les PDS et la vaccination contre les infections à SARS-CoV-2

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

Enquête VACOS : visant l'expression des Professionnels de santé sur la Vaccination anti-COVID19.

Bonjour. Merci de vous être connecté à cette enquête !

Vous savez que l'arrivée des vaccins anti-COVID19 est annoncée avec insistance dans les media.

Pour préparer la distribution de ces vaccins en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) est en train d'élaborer de premières recommandations d'utilisation de ces vaccins.

Beaucoup de leurs caractéristiques ne sont pas encore connues, les premières recommandations en projet font l'objet de discussions et réflexions intenses.

L'enquête VACOS a pour but de recueillir les opinions des professionnels de santé à propos de la future vaccination anti-COVID19. Les résultats seront communiqués à la HAS.

VACOS est une enquête absolument anonyme, réalisée par Jean du Breuilleac, médecin, associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers. VACOS est sans lien d'intérêt pharmaceutique, sans financement.

Cette enquête demande 6 minutes environ pour les questions fermées (oui/non, choix multiples). Vous pourrez prendre le temps que vous voulez pour les questions ouvertes (libre expression).

L'enquête comporte 2 pages

1. Pour commencer, précisez votre mode d'exercice.

1. Quelle est votre profession ?

Une seule réponse possible.

- Médecin
- Infirmier
- Sage-femme
- Pharmacien

2. Si vous êtes médecins : votre spécialité

Une seule réponse possible.

- Pédiatrie
- Gériatrie
- Médecine générale
- Une autre spécialité médicale (préciser ci-dessous)

3. Si vous êtes médecin et d'une autre spécialité, quelle est-elle ?

<https://docs.google.com/forms/d/1xW-FCQItshf38bebPevpMTSzjzTtaHfMjMd3hGv6b1w/edit>

1/6

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

4. Votre activité principale se situe :

Une seule réponse possible.

- En Structure : hôpital, clinique, etc
- En Libéral
- Mixte Structure / Libéral

5. Dans quel département de France travaillez-vous ?

2. Votre expérience avec la COVID

6. Avez-vous déjà vu des patients avec une COVID sévère ?

Une seule réponse possible.

- Oui, plusieurs
- Oui, un ou deux
- Non, je n'ai vu que des COVID légères à modérées
- Non, je n'ai pas vu de patients COVID (qu'elle soit sévère ou non)

7. Avez-vous le sentiment de manquer d'information concernant la COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement
- Oui, plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

3. Le vaccin anti-COVID19

Rappel : les données recueillies sont anonymes (impossibilité de retrouver l'origine des réponses) +++

L'algorithme d'analyse prend en compte l'intégralité des réponses.

8. Vos patients vous parlent-ils du vaccin anti-COVID19 ?

Une seule réponse possible.

- Oui, très souvent
- Oui, parfois
- Rarement
- Jamais

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

9. La HAS envisage fortement de recommander la vaccination anti-COVID19 en priorité aux professionnels de santé, lorsque celle-ci sera disponible (Avis du 23 juillet 2020). Pensez-vous que vous vous ferez vacciner ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Je ne me ferai pas vacciner	<input type="radio"/>	Je suis sûr de me faire vacciner									

10. Maintenant, exprimez-vous librement et franchement sur le vaccin anti-COVID19 qui va vous être proposé pour vous vacciner (vous n'êtes pas limité en nombre de lignes)

Si vous ne savez pas comment commencer, essayez par exemple : "en ce qui me concerne, cette vaccination m'inquiète..." ou alors "pour moi, la vaccination..."

11. En tant que Professionnel de Santé, quelles sont les raisons prioritaires de vous vacciner ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Plusieurs réponses possibles.

- pour éviter le blocage du système de soins (éviter l'absentéisme)
- pour la protection générale de la Nation contre l'épidémie
- pour la protection de mes patients (ne pas contaminer)
- car les mesures barrières ne pourront jamais totalement protéger les soignants
- pour la protection de la santé des professionnels de santé
- d'autres raisons existent (précisez dans le cadre ci-dessous)

12. Autres raisons :

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

13. Un nombre significatif de Professionnels de Santé est très réticent à accepter de recevoir ce vaccin. Les raisons sont encore peu claires. Quelles explications sont possibles ?

Formulez en texte vos idées :

14. Pensez-vous recommander la vaccination anti-COVID à votre entourage ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non	<input type="radio"/>	Oui, totalement									

15. Avez-vous des souhaits particuliers concernant la future campagne de vaccination anti-COVID ?

Votre expérience avec des virus

4. Concernant la grippe

16. Avez-vous l'habitude de recommander le vaccin anti-grippal à vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement ou presque
- Oui, facilement
- Oui, parfois
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

17. Avez-vous déjà eu vous-même une grippe grave ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Oui, mais pas grave
- Non

<https://docs.google.com/forms/d/1xW-FCQitshf38bebPevpMTSjzTtaHfMjMd3hGv6b1w/edit>

4/6

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

18. Avez-vous l'habitude de vous faire vacciner contre la grippe ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
- Oui, si j'y pense
- Non

5. Informations complémentaires

19. Avez-vous eu vous-même une COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, j'ai eu une COVID grave
- Oui, j'ai eu une infection à Coronavirus 2019, modérée
- Non

20. Un de vos proches (ou plusieurs) a-t-il eu une COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, une COVID grave
- Oui, mais une forme modérée
- Non

21. Êtes-vous à risque accru de COVID grave ?

Une seule réponse possible.

- Oui, plusieurs facteurs de risque (en dehors de ma profession)
- Oui, j'ai un risque un peu accru (un seul facteur de risque) (en dehors de ma profession)
- je ne pense pas
- Non

22. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Une Femme
- Un Homme
- Je ne souhaite pas le préciser

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

23. Dernière question : quel est votre âge ?

Une seule réponse possible.

- moins de 30 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 ans et plus
- Je ne souhaite pas le préciser

24. Que voulez-vous ajouter ?

Concernant la vaccination anti-COVID, la vaccination en général, cette enquête elle-même...

Notre questionnaire est terminé. Nous vous remercions vraiment pour vos réponses, qui sont des informations très utiles. Nous allons faire part de nos données après analyse détaillée, à la HAS et en communication auprès de la communauté médicale (Colloque). Bonne journée à vous !

25. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, inscrivez une adresse mail.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

Enquête VACOS : visant l'expression des Personnes sur la Vaccination anti-COVID19.

Bonjour. Merci de vous être connecté à cette enquête !

Vous savez que l'arrivée des vaccins anti-COVID19 est annoncée avec insistance dans les media.

Pour préparer la distribution de ces vaccins en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) est en train d'élaborer de premières recommandations d'utilisation de ces vaccins.

Beaucoup de leurs caractéristiques ne sont pas encore connues, les premières recommandations en projet font l'objet de discussions et réflexions intenses.

L'enquête VACOS a pour but de recueillir les opinions à propos de la future vaccination anti-COVID19. Les résultats seront communiqués à la HAS.

VACOS est une enquête absolument anonyme, réalisée par Jean du Breuillac, médecin, associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Poitiers. VACOS est sans lien d'intérêt pharmaceutique, sans financement.

Cette enquête demande 6 minutes environ pour les questions fermées (oui/non, choix multiples). Vous pourrez prendre le temps que vous voulez pour les questions ouvertes (libre expression).

L'enquête comporte 2 pages

1. Pour commencer, précisez votre mode d'exercice.

1. Quelle est votre profession ?

Une seule réponse possible.

- Médecin
- Infirmier
- Sage-femme
- Pharmacien

2. Quelle est votre profession ?

Une seule réponse possible.

- Médecin
- Infirmier
- Sage-femme
- Pharmacien

https://docs.google.com/forms/d/1LlcltQCHUCXRXCm29EFhb8U1fDgK7uj4l_PSU1_xi4/edit

1/6

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

3. Si vous êtes médecin : votre spécialité

Une seule réponse possible.

- Pédiatrie
- Gériatrie
- Médecine générale
- Une autre spécialité médicale (préciser ci-dessous)

4. Autre spécialité (ou laissez vide) :

5. Votre activité principale se situe :

Une seule réponse possible.

- En Structure : hôpital, clinique, etc
- En Libéral
- Mixte Structure / Libéral

2. Votre expérience avec la COVID

6. Avez-vous déjà vu des malades avec une COVID sévère ?

Une seule réponse possible.

- Oui, plusieurs
- Oui, un ou deux
- Non, je n'ai vu que des COVID légères à modérées
- Non, je n'ai pas vu de patients COVID (qu'elle soit sévère ou non)

7. Avez-vous le sentiment de manquer d'information concernant la COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, totalement
- Oui, plutôt
- Pas vraiment
- Pas du tout

3. Le vaccin anti-COVID19

Rappel : les données recueillies sont anonymes (impossibilité de retrouver l'origine des réponses) +++

L'algorithme d'analyse prend en compte l'intégralité des réponses.

https://docs.google.com/forms/d/1LlcltQCHUCXRWCm29EFhb8U1fDgK7uj4l_PSU1_xi4/edit

2/6

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

8. Dans votre entourage, vous parle-t-on du vaccin anti-COVID19 ?

Une seule réponse possible.

- Oui, très souvent
 Oui, parfois
 Rarement
 Jamais

9. L'Union Européenne prévoit une administration du vaccin anti-COVID à 20 à 40% de la population. Pensez-vous que vous vous ferez vacciner ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Je ne me ferai pas vacciner	<input type="radio"/>	Je suis sûr de me faire vacciner									

10. Maintenant, exprimez-vous librement et franchement sur le vaccin anti-COVID19 qui va vous être proposé pour vous vacciner (vous n'êtes pas limité en nombre de lignes)

Si vous ne savez pas comment commencer, essayez par exemple : "en ce qui me concerne, cette vaccination m'inquiète..." ou alors "pour moi, la vaccination..."

11. Quelles sont les raisons prioritaires de vous vacciner personnellement ?

Vous pouvez cocher plusieurs cases.

Plusieurs réponses possibles.

- pour éviter le blocage du système de soins (éviter l'absentéisme)
 pour la protection générale de la Nation contre l'épidémie
 pour la protection de mes proches (ne pas contaminer)
 car les mesures barrières ne pourront jamais totalement me protéger
 pour la protection de ma santé
 d'autres raisons existent (précisez dans le cadre ci-dessous)

12. Autres raisons :

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

13. Un nombre significatif de personnes est très réticent à accepter de recevoir ce vaccin. Les raisons sont encore peu claires. Quelles explications sont possibles ?
Formulez en texte vos idées :

14. Pensez-vous recommander la vaccination anti-COVID à votre entourage ?

Une seule réponse possible.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Non	<input type="radio"/>	Oui, totalement									

15. Avez-vous des souhaits particuliers concernant la future campagne de vaccination anti-COVID ?

Votre expérience avec des virus

4. A propos de la grippe

16. Avez-vous l'habitude de recommander le vaccin anti-grippal à vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement ou presque
 Oui, facilement
 Oui, parfois
 Non, pas vraiment
 Non, pas du tout

17. Avez-vous déjà eu vous-même une grippe grave ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Oui, mais pas grave
 Non

https://docs.google.com/forms/d/1LlcltQCHUCXRXCm29EFhb8U1fDgK7uj4l_PSU1_xi4/edit

4/6

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

18. Avez-vous l'habitude de vous faire vacciner contre la grippe ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement
- Oui, si j'y pense
- Non

5. Informations complémentaires

19. Avez-vous eu vous-même une COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, j'ai eu une COVID grave
- Oui, j'ai eu une infection à Coronavirus 2019, modérée
- Non

20. Un de vos proches (ou plusieurs) a-t-il eu une COVID ?

Une seule réponse possible.

- Oui, une COVID grave
- Oui, mais une forme modérée
- Non

21. Êtes-vous à risque accru de COVID grave ?

Une seule réponse possible.

- Oui, plusieurs facteurs de risque (en dehors de ma profession)
- Oui, j'ai un risque un peu accru (un seul facteur de risque) (en dehors de ma profession)
- je ne pense pas
- Non

22. Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Une Femme
- Un Homme
- Je ne souhaite pas le préciser

DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

18/10/2020

Exprimez vos demandes et attentes concernant les vaccins anti-COVID19

23. Dernière question : quel est votre âge ?

Une seule réponse possible.

- moins de 30 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- 50 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 ans et plus
- Je ne souhaite pas le préciser

24. Que voulez-vous ajouter ?

Concernant la vaccination anti-COVID, la vaccination en général, cette enquête elle-même...

Notre questionnaire est terminé. Nous vous remercions vraiment pour vos réponses, qui sont des informations très utiles. Nous allons faire part de nos données après analyse détaillée, à la HAS et en communication auprès de la communauté médicale (Colloque). Bonne journée à vous !

25. Si vous souhaitez recevoir les résultats de cette enquête, inscrivez une adresse mail.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

https://docs.google.com/forms/d/1LlcltQCHUCXRXCm29EFhb8U1fDgK7uj4l_PSU1_xi4/edit

6/6