

Vaccination: je veux, je ne  
veux pas, j'hésite

S. De Lucia

25 août 2021

# Sondage

- Vous êtes mon patient, et je vous annonce l'existence d'une polypill très efficace pour combattre de nombreuses maladies mortelles et invalidantes, qui augmente l'espérance de vie de plusieurs années (l'avenir nous dira combien) qui semble avoir un très bon profil de sécurité (très rares décès). 2 RCT se sont avérés très convaincants à ce sujet. Tous les gouvernements des pays occidentaux parlent de la proposer à toutes la population et couvrir son coût, tant son impact sur la santé, le bien-être de la société et les retombées économiques projetées sont favorables.
- Un petit bémol: ce sont les personnes de >65 ans ou très malades qui en profiteront le plus, semble-t-il
- Je suis spécialiste FMH en médecine interne, bien informé. Vous pouvez me faire confiance.
- Je peux vous faire une ordonnance si vous êtes intéressé.e, et ai encore 5 minutes à disposition pour vos éventuelles questions

# Que décidez vous?

- A. Je la veux, pour mes intérêts personnels en premier lieu
- B. Je la veux, si c'est bon pour mon entourage proche
- C. Je la veux, car l'impact sociétal et économique net est positif si tout le monde fait ainsi.
- D. Je ne sais pas. Je m'informe et je décide en fonction
- E. Je ne me considère pas à risque, donc à priori non
- F. On ne dispose pas de recul, donc plutôt non
- G. Je refuse tout traitement issu de l'industrie pharmaceutique. Je préfère les remèdes naturels. Non ferme et définitif
- H. C'est exclu. Tout cela est un immense complot. Le Dr de Lucia est probablement grassement rémunéré par la firme qui produit ce médicament.
- I. J'hésite entre plusieurs réponses

# Que conclure de ces réponses?

- L'adhérence à un traitement ou à une mesure préventive n'est pas un processus binaire (pour ou contre)
- Il s'agit au contraire d'un continuum, avec de nombreuses spécificités
- L'hésitation/l'ambivalence est la norme, pour une personne peu informée (et même parfois pour une personne bien informée)
- Ne pas être (suffisamment/bien) informé sur un nouveau médicament est la norme dans la population
- Nous avons probablement un grand rôle à jouer en tant que MPR

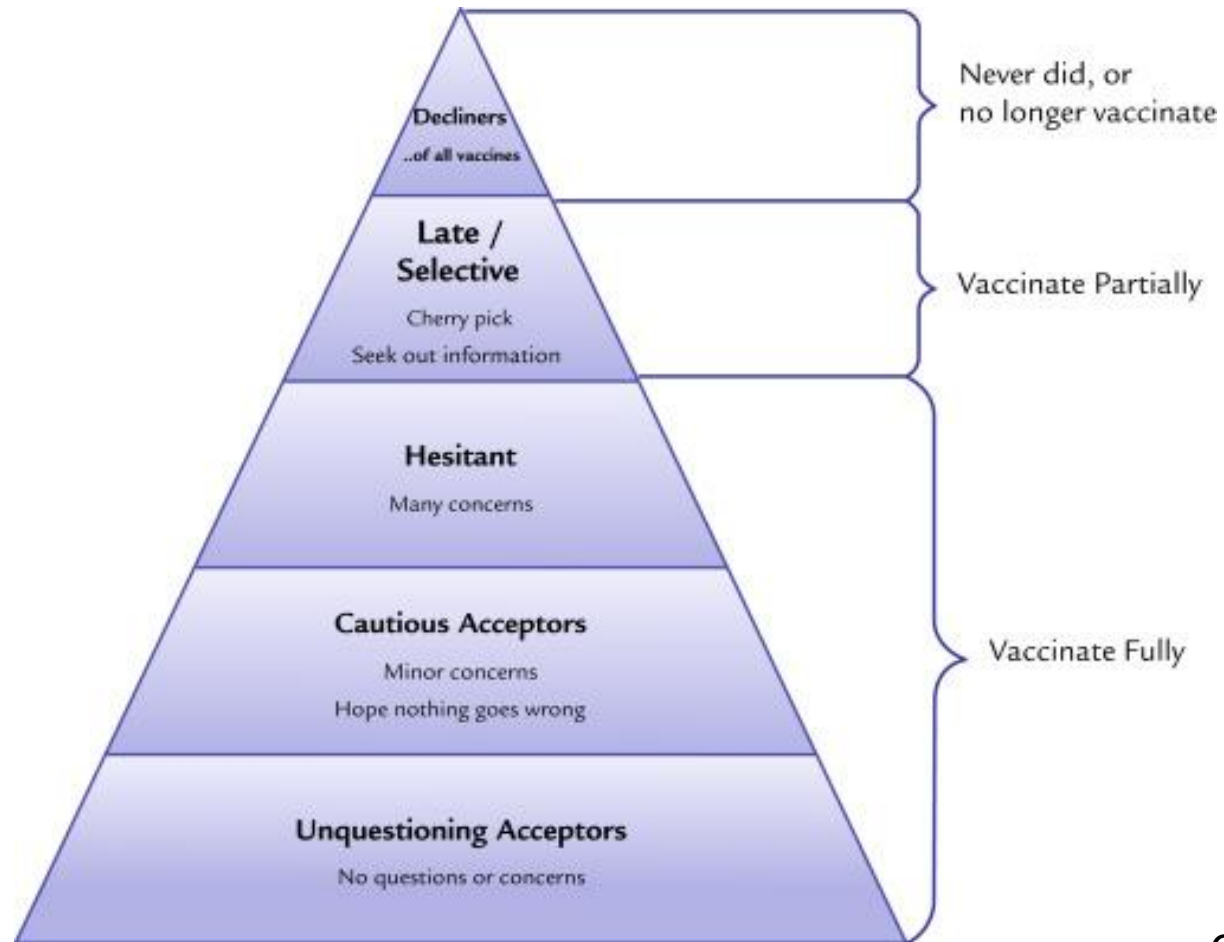
# Conflits d'intérêt

- Financiers:
  - Employé par une entreprise qui promeut la vaccination
- Intellectuels:
  - Carnet vaccinal toujours complet; enfants idem
  - Aucun doute sur la qualité des processus d'homologation en CH
  - Détenteur de preuves incontestables que les maladies infectieuses existent, que le COVID est une vraie maladie, et que les vrais effets indésirables graves des vaccins sont rares

# Plan de présentation

- Hésitation vaccinale: définition et un peu d'histoire
- Etat des connaissances avant l'ère COVID (rougeole, etc)
- Comment vient-on à être hésitant?
- Comment améliorer la couverture vaccinale (rôles des autorités politiques, de santé, et du système de soins)?
- Rôles du MPR
- Techniques préconisées
- Challenges à venir

# Vaccino-hésitation: définition

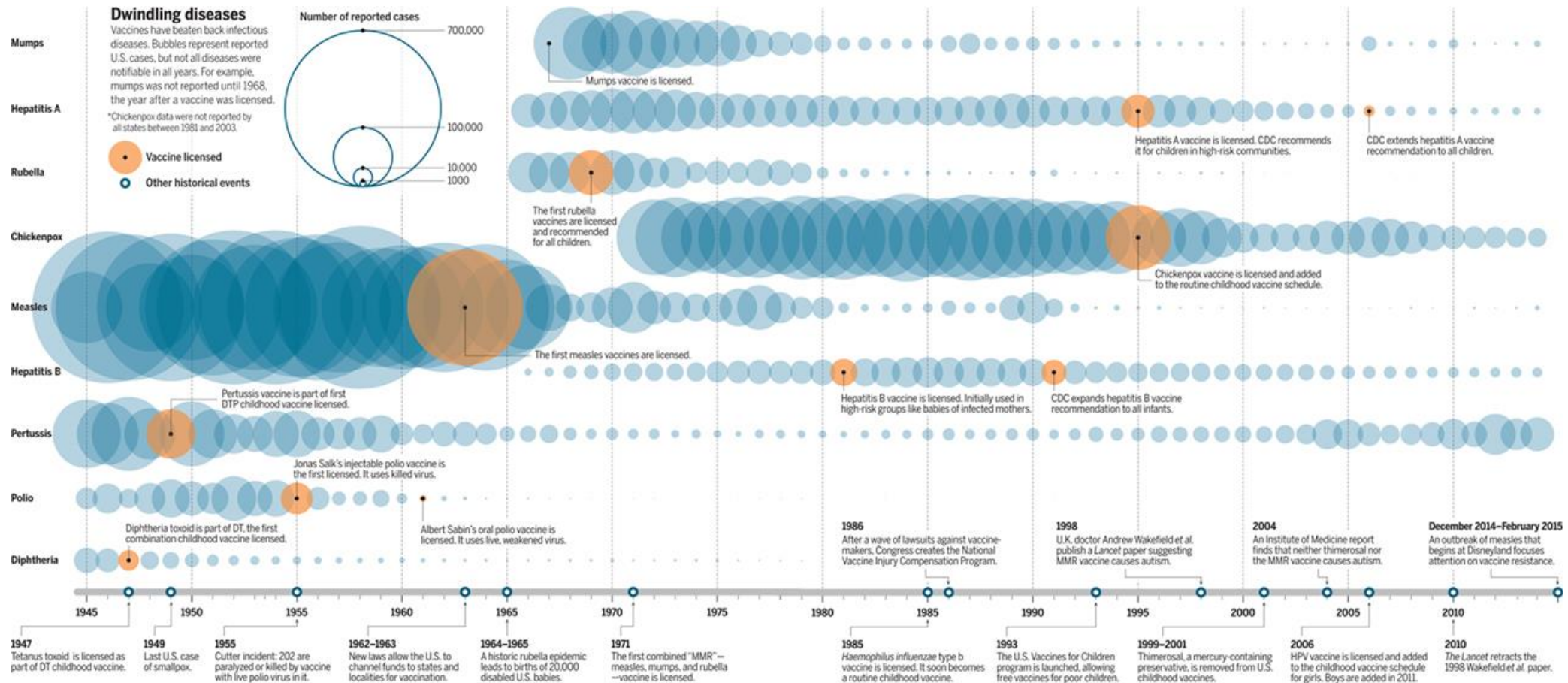


# Un phénomène nouveau?

- Mouvements anti-vaccins datent des premières méthodes d'immunisation à large échelle (inoculation variolique, Daniel Sutton, 1762)
- Souvent portés par des médecins durant les XIX-XX > XXIe siècle
- Importance du contexte historique, politique, économique, social dans l'expression et la popularité des mouvements anti-vaccins
- L'hésitation vaccinale résulte, en partie, du jeu d'influences exercé par les pro- et les anti-vaccins



# Et pourtant, les vaccins marchent!



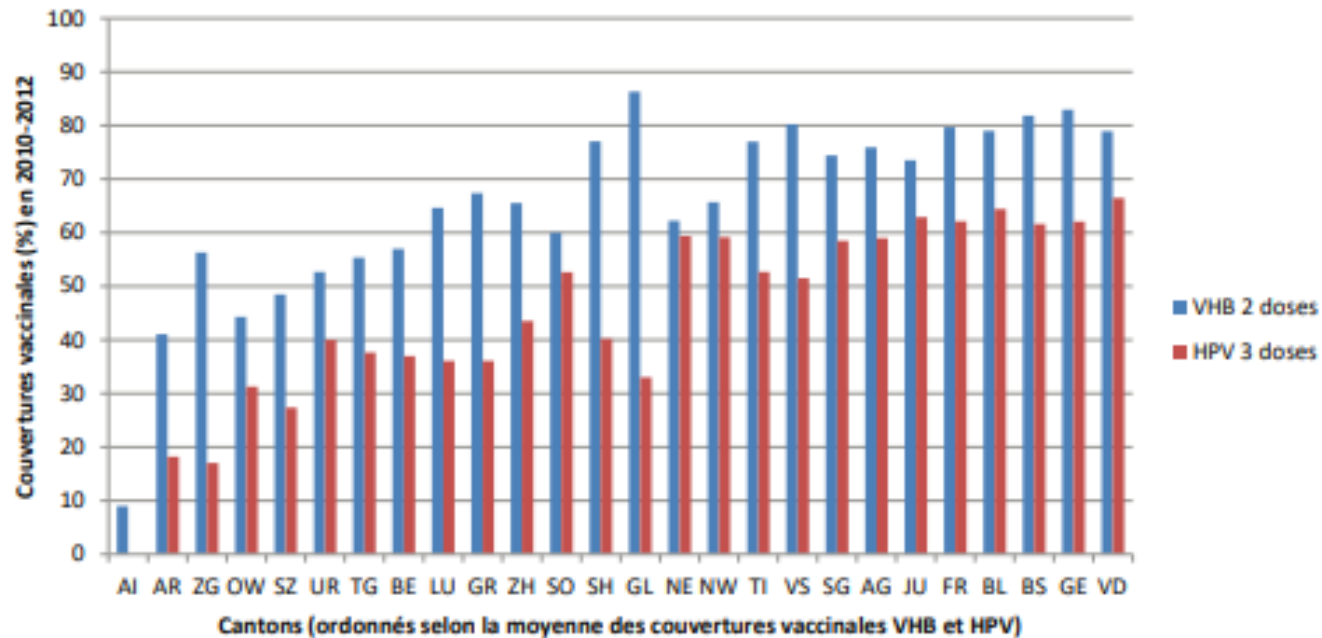
# Situation en France

Maladies infectieuses	Données historiques		Données actuelles	
	Cas/an	Décès/an	Cas/an	Décès/an
Diphthérie	45 000 (1945)	3000 (1945)	1-2 chez adultes (Moy. 2002-2014)	0 (Moy. 2002-2014)
Tétanos	NR	850 (Moy. 1946-1950)	9-10 (majorité >70ans) (Moy. 2005-2017)	2-3 (Moy. 2005-2017)
Poliomyélite	1 700 (Moy. 1955-1960)	NR	0 (dernier cas en 1989)	0
Coqueluche <sup>a</sup>	5 200 (Moy. 1950-1955)	NR	48 chez <3 mois (Moy. 2004-2012)	1-2 chez <3 mois
Méningites à <i>Haemophilus influenzae</i> <i>b</i>	600 (avant 1990)	NR	<3 (Moy. 1999-2015)	NR
Hépatite B	-	-	1 092 aiguës (2013) 280 821 chroniques (2004)	1 300
Infections invasives à méningocoque C	-	-	119-120 (Moy. 2011-2017)	15-16 (Moy. 2011-2017)
Pneumocoque	3834 (Moy. 1998-2002)	NR	3746 (2016)	NR
Rougeole	500 000 à 600 000 (avant 1980)	NR	237 à 15 000 (2008-2017)	2 (Moy. 2008-2017)
Oreillons <sup>b</sup>	475 000 (1986)	NR	9000 (2015)	-
Rubéole	190 chez femmes enceintes (Moy. 1976-1980)	NR	9 chez femmes enceintes (Moy. 2001-2015)	NR
Varicelle <sup>b</sup>	NR	NR	700 000 cas, 3 000 hospitalisations	20
Grippe	-	-	75 500 recours urgences (2017-2018)	17 900 (2017-2018)
Gastroentérites à Rotavirus <sup>c</sup>	-	-	30 000 recours urgences	7-17
Human Papillomavirus <sup>a</sup>	-	-	6 333 cancers (toutes localisations)	1 100 (par cancer du col de l'utérus)

# Couverture vaccinale VHB et HPV en Suisse

Figure 1:

Distribution des couvertures vaccinales VHB et HPV\* par canton, ordonnées selon la moyenne des couvertures vaccinales VHB et HPV\* (2010–2012 selon l'enquête nationale) [2]



VHB: virus de l'hépatite B; HPV: virus du papillome humain; \*filles uniquement

# Couverture vaccinale DTP, rougeole, VHB, HPV chez les personnes éligibles

**Tableau 1:**

Couvertures vaccinales à 2 ans pour des vaccinations pour nourrissons (DiTePer et rougeole) et à 16 ans pour les vaccinations recommandées à 11–15 ans (VHB, HPV<sup>o</sup>, DiTe), en 2010–2012, dans les cantons étudiés

Vaccinations, nombre de doses	Couverture vaccinale (moyenne en %, étendue)	
	CVB	CVH
DiTePer, 3 doses	92 (89–95)	97 (96–99)
DiTePer, 4 doses	84 (82–87)	90 (89–92)
Rougeole, 1 dose	89 (85–92)	95 (93–98)
Rougeole, 2 doses	82 (79–87)	88 (85–93)
VHB, 2 doses	51 (44–56)	80 (79–83)
HPV <sup>o</sup> , 3 doses	28 (17–38)	64 (62–66)
DiTe, 6 doses	54 (40–61)	70 (61–80)

CVB: cantons à couverture vaccinale basse (OW, SZ, TG, ZG); CVH: cantons à couverture vaccinale haute (BL, FR, GE, VD); DiTePer: diphtérie, tétanos, coqueluche (3 doses recommandées dans la 1<sup>re</sup> année, 4<sup>e</sup> dose dans la 2<sup>e</sup> année, 6<sup>e</sup> dose DiTe à 11–15 ans); rougeole (1<sup>re</sup> dose recommandée à 1 an, 2<sup>e</sup> dose dans la 2<sup>e</sup> année); VHB: virus de l'hépatite B (vaccination recommandée à 11–15 ans en 2 doses à 6 mois d'intervalle); HPV: virus du papillome humain (vaccination recommandée aux filles à 11–14 ans en 3 doses\* à 0, 1 et 6 mois);

\*filles uniquement

\*la recommandation en 2 doses a été publiée en 2012.

# Comparaison des cantons à haute vs basse couverture vaccinale

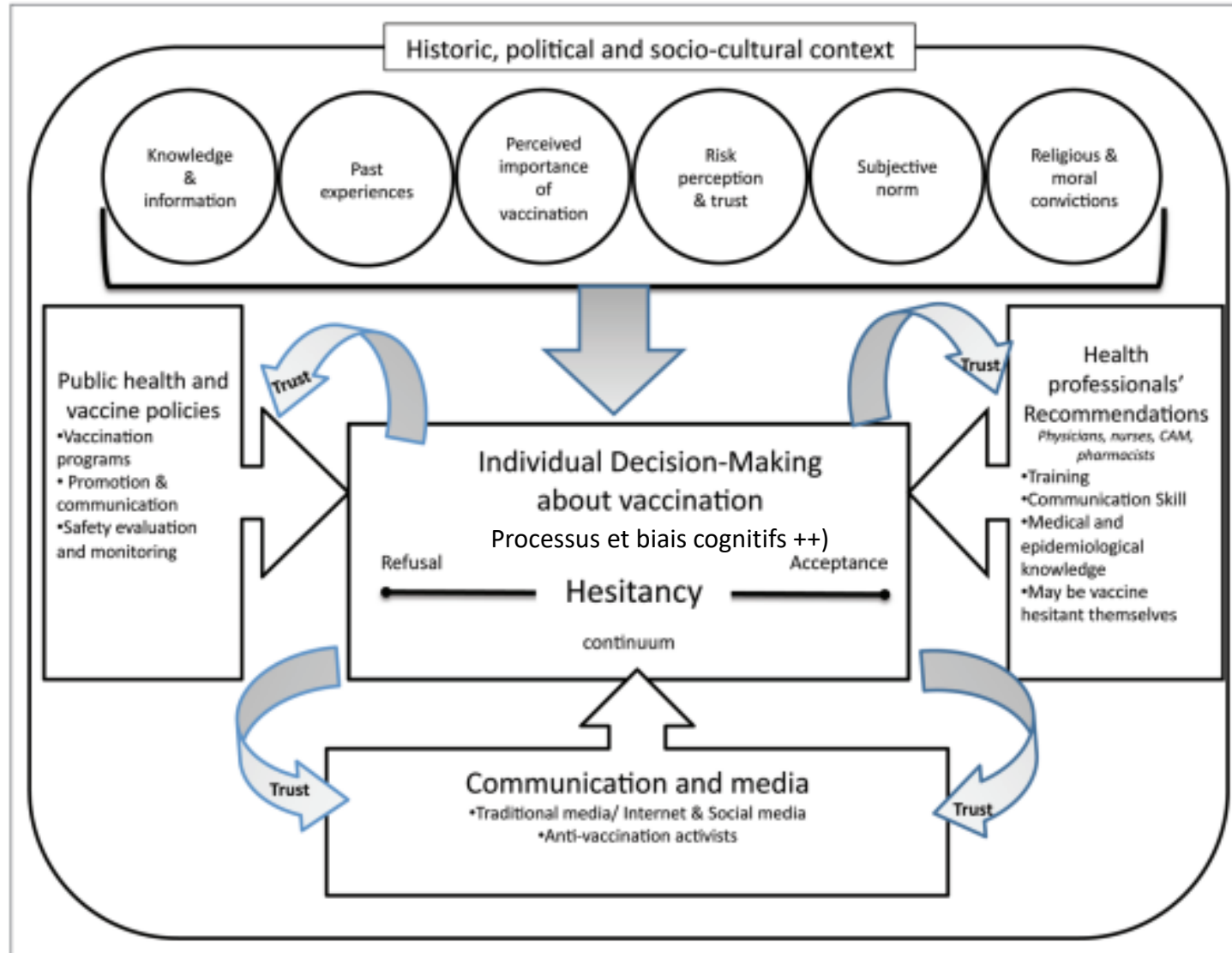
**Tableau 3:**

Caractéristiques des systèmes de dispensation des vaccinations dans les cantons à couverture vaccinale basse (CVB) et haute (CVH) étudiés

	CVB	CVH
<b>Gouvernance</b>		
Rôle dévolu à l'Etat dans la vaccination	Limité (considérée comme responsabilité individuelle)	Central (rôle de l'Etat soutenu politiquement)
Gouvernance de la santé scolaire	Autonomie des communes	Coordination au niveau cantonal
Visite médicale obligatoire avant l'entrée à l'école	Pas d'attestation demandée	Attestation demandée
<b>Prestations de services</b>		
Vaccinateurs	Plus souvent généralistes [pédiatres 0,8/10 000 hab.]	Plus souvent pédiatres [1,7/10 000 hab.]
Infirmières scolaires employées par le canton	Rares	Fréquentes
Vaccinations à l'école	Rares, pas HBV et HPV	Tous, HBV et HPV dans tous
Contrôle systématique du statut vaccinal à l'école	Rare	Fréquent
<b>Information</b>		
Informations sur le site internet du canton	3-4 clics nécessaires, parcellaires, pas à jour	Faciles à trouver, en 2 clics, structurées (3 cantons sur 4)
Information systématique des parents via l'école	Peu fréquente	Tous
Information des adolescents en classe	Exceptionnelle	Fréquente

CVB: cantons à couverture vaccinale basse (OW, SZ, TG, ZG); CVH: cantons à couverture vaccinale haute (BL, FR, GE, VD)

# Hésitation vaccinale: modèle conceptuel



Patient expert/patient partenaire

Dubé et al, Hum Vacc Immun, Aug 2013

# Hésitation vaccinale et COVID

- Est-ce un problème de santé publique?
- En quoi?
- Quel est son ampleur?
- Quelles sont ses raisons?
- Comment le prendre en charge?
  - Santé publique
  - Institutions de soins
  - MPR



# L'hésitation vaccinale en temps de pandémie: un problème majeur de santé publique

- Prévalence élevée dans de nombreux pays, dont la Suisse (estimée à 20-30%, mais estimations très difficiles)
  - Chaque personne non vaccinée est à risque accru de:
    - Contracter la maladie (risque de quarantaine; absentéisme; coût et économique)
    - Développer une forme sévère (>90% des patients hospitalisés; conséquences individuelles et sur le système de soins) voire létale
    - Garder des séquelles (COVID long)
    - Le transmettre (éventuellement être la source de chaînes de transmissions)
    - Contribuer à l'instauration de mesures sanitaires qui pénalisent tout le monde (y.c la personne elle-même)
  - 4<sup>e</sup> vague en cours, avec nombre record d'hospitalisations chez les 30-50 ans
- 
- Responsabilité individuelle et collective
- Responsabilité collective

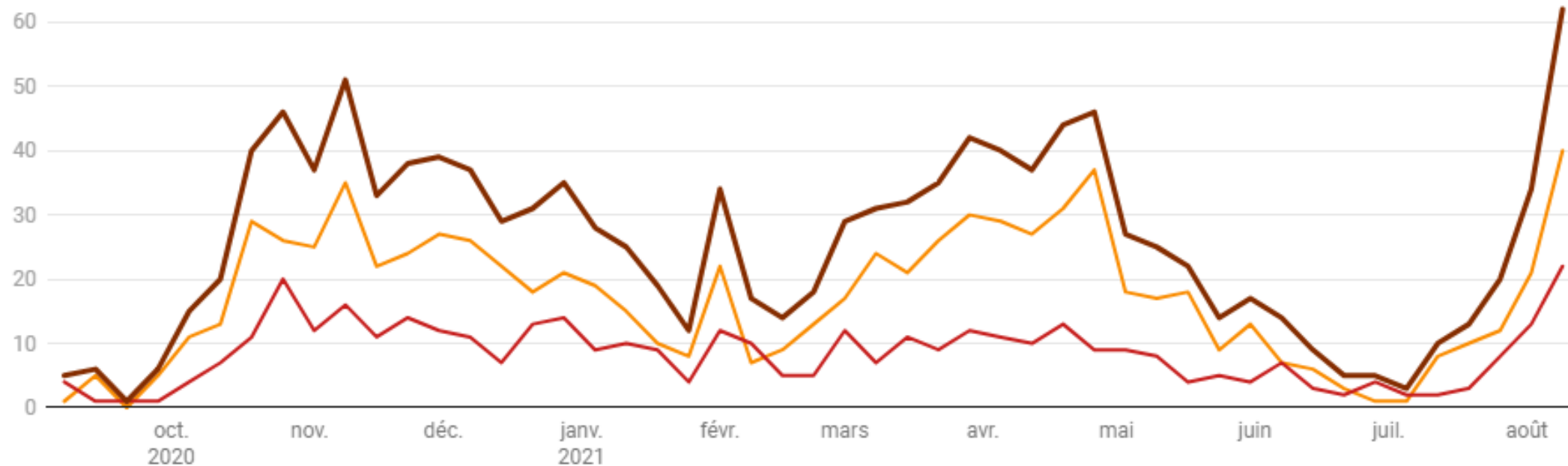


# Hospitalisations des 20-39 ans en Suisse

## Hospitalisations hebdomadaires

Nouvelles admissions à l'hôpital pour la semaine débutant à la date affichée.

— 20 - 29 ans — 30 - 39 ans — Total 20 - 39 ans



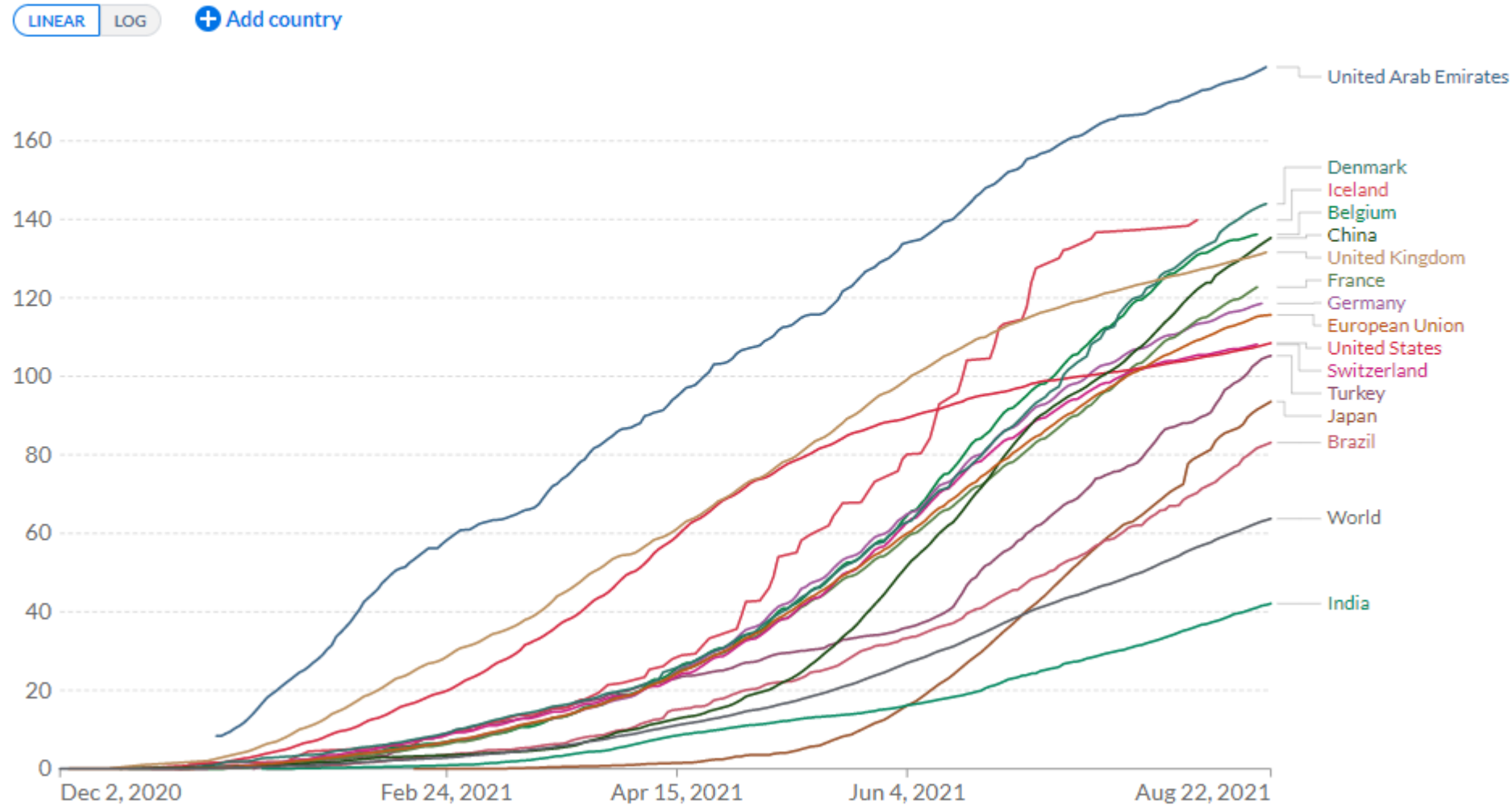
# Couverture vaccinale monde/UE/Suisse

## COVID-19 vaccine doses administered per 100 people

For vaccines that require multiple doses, each individual dose is counted. As the same person may receive more than one dose, the number of doses per 100 people can be higher than 100.



LINEAR LOG + Add country

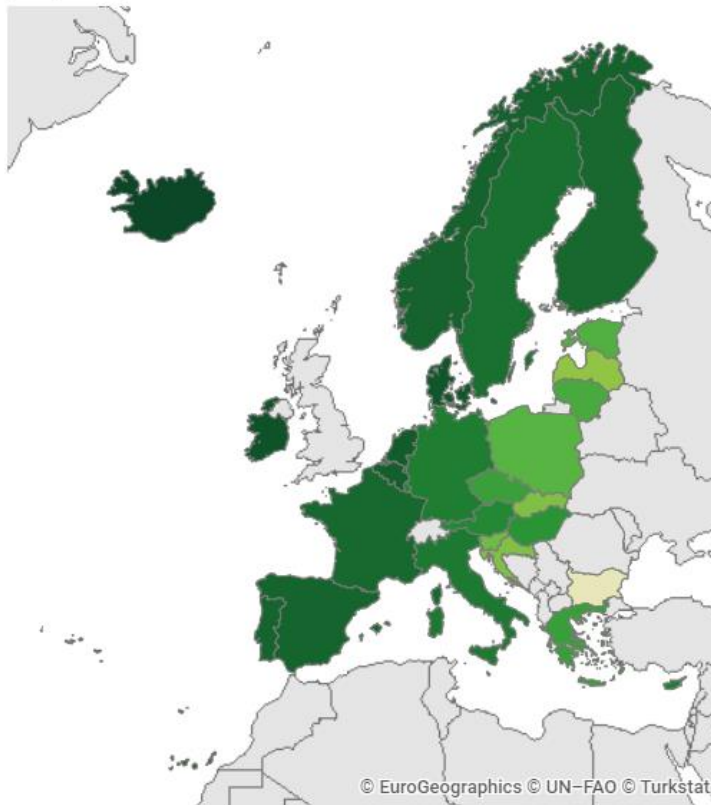


United Arab Emirates	177.61
Denmark	142.97
Belgium	136.18
China	132.87
United Kingdom	130.88
France	122.72
Germany	118.23
European Union	115.21
Switzerland	108.12
United States	107.53
Turkey	103.39
Japan	91.51
Brazil	81.69
World	62.56
India	41.06

Our World in data,  
23.8.21

# Couverture vaccinale dans les pays de l'UE

Cumulative uptake (%) of at least one vaccine dose among adults (18+) in EU/EEA countries as of 2021-08-05



Uptake at least one dose (%)

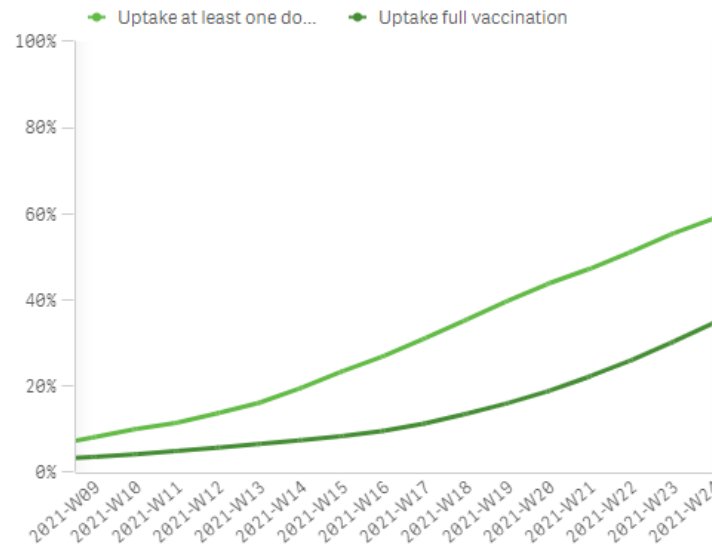


Cumulative uptake of at least one dose among adults (18+) in EU/EEA	Cumulative uptake of full vaccination among adults (18+) in EU/EEA
<b>73.5%</b>	<b>60.9%</b>

Cumulative uptake of at least one dose in the total population in EU/EEA	Cumulative uptake of full vaccination in the total population in EU/EEA
<b>61.1%</b>	<b>50.2%</b>

Cumulative uptake (%) of at least one vaccine dose and full vaccination among adults (18+) in EU/EEA countries as of 2021-08-05

by reporting week (data for the current week are preliminary)

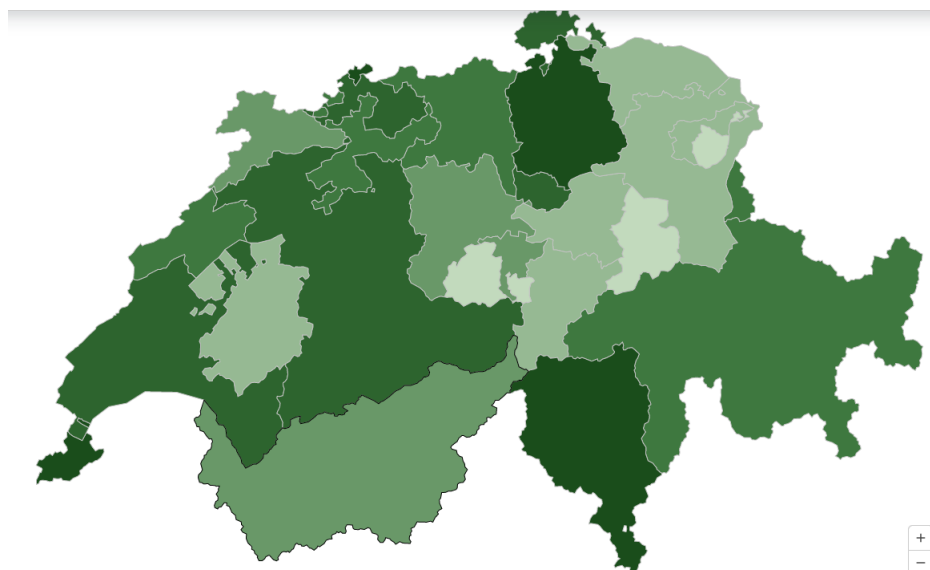


ECDC, 6.8.21

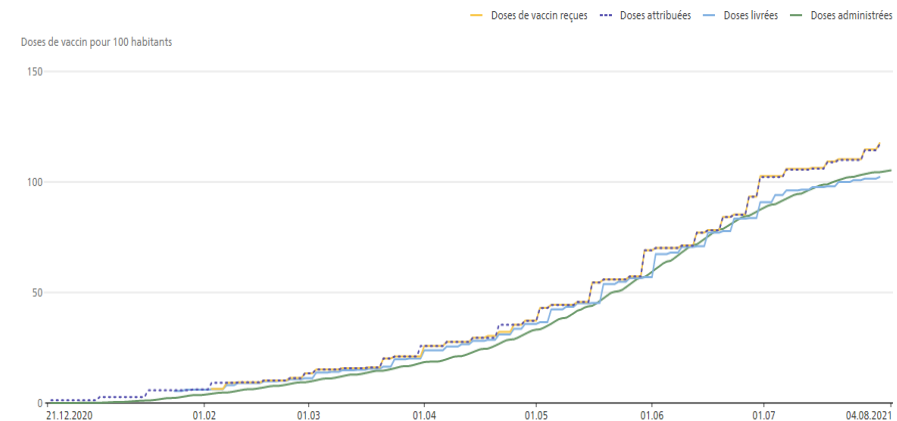
## Rappels:

- Part des hésitants inconnue
- Degré d'hésitation variable
- Dynamique de changement d'opinions ++ (au gré des décisions politiques notamment)
- Une certaine proportion des non vaccinés sont immuns du fait d'une ancienne infection
- Inconnues concernant les enfants (taux de guéris? Contagiosité et à quelle âge?)

# Situation en Suisse

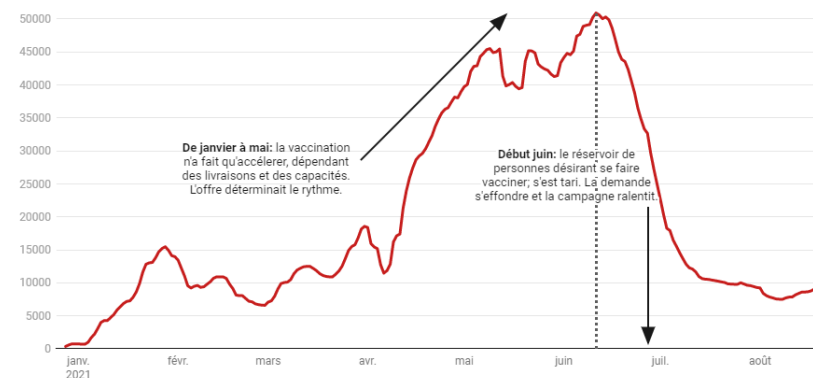


GE 113/100 hab  
OB: 83/100 habi



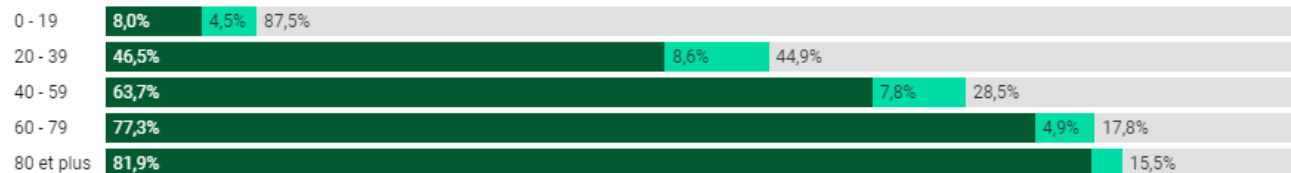
## Rythme de la vaccination en Suisse

Premières doses injectées quotidiennement. Moyenne sur 7 jours.



Dernière mise à jour: 23/08/2021  
Graphique: RTSinfo - Source: OFSP - Créé avec Datawrapper

## GE



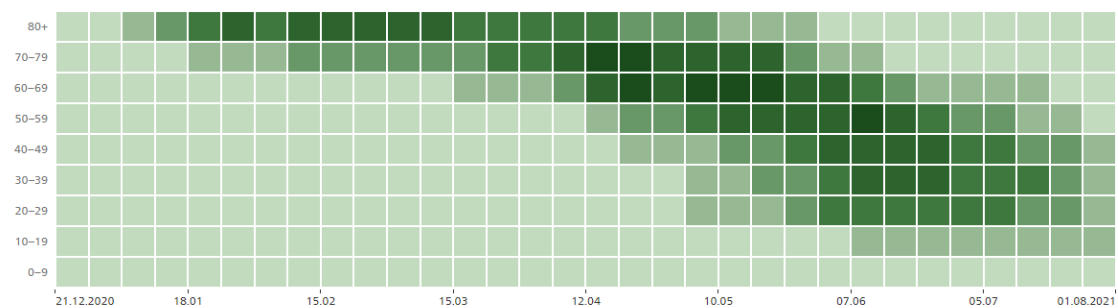
# Par classe de la population

## Répartition selon les tranches d'âge

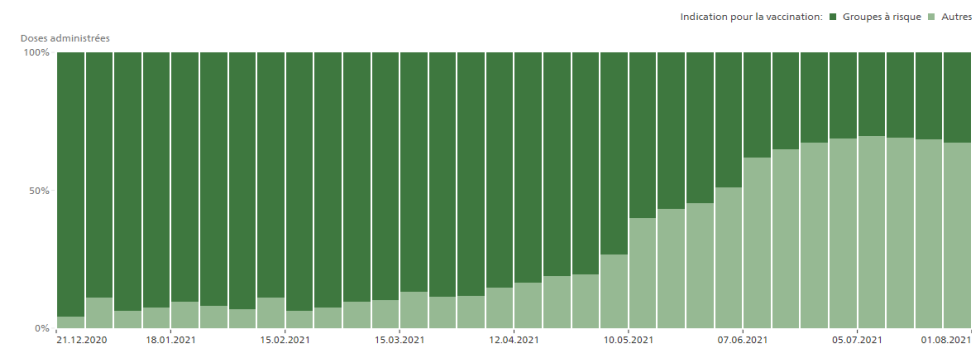
Valeur sur 7 jours ▾

Pour 100 habitants Valeurs absolues

Doses administrées pour 100 habitants  
0,01 13,99 Aucune dose de vaccin administrée



## Groupes à risque et autres personnes

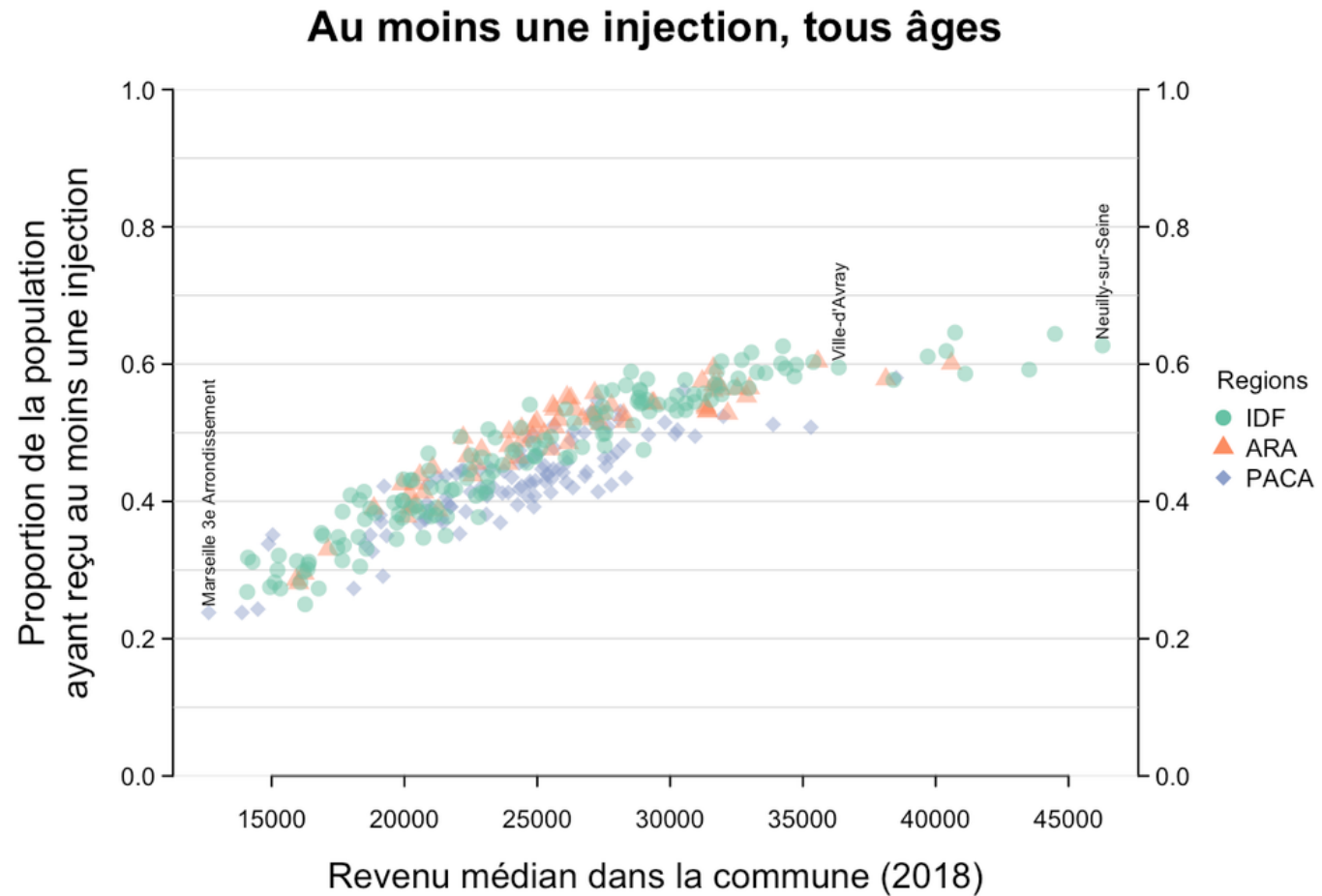


# Facteurs de risque de l'hésitation vaccinale (cas du COVID en Europe)

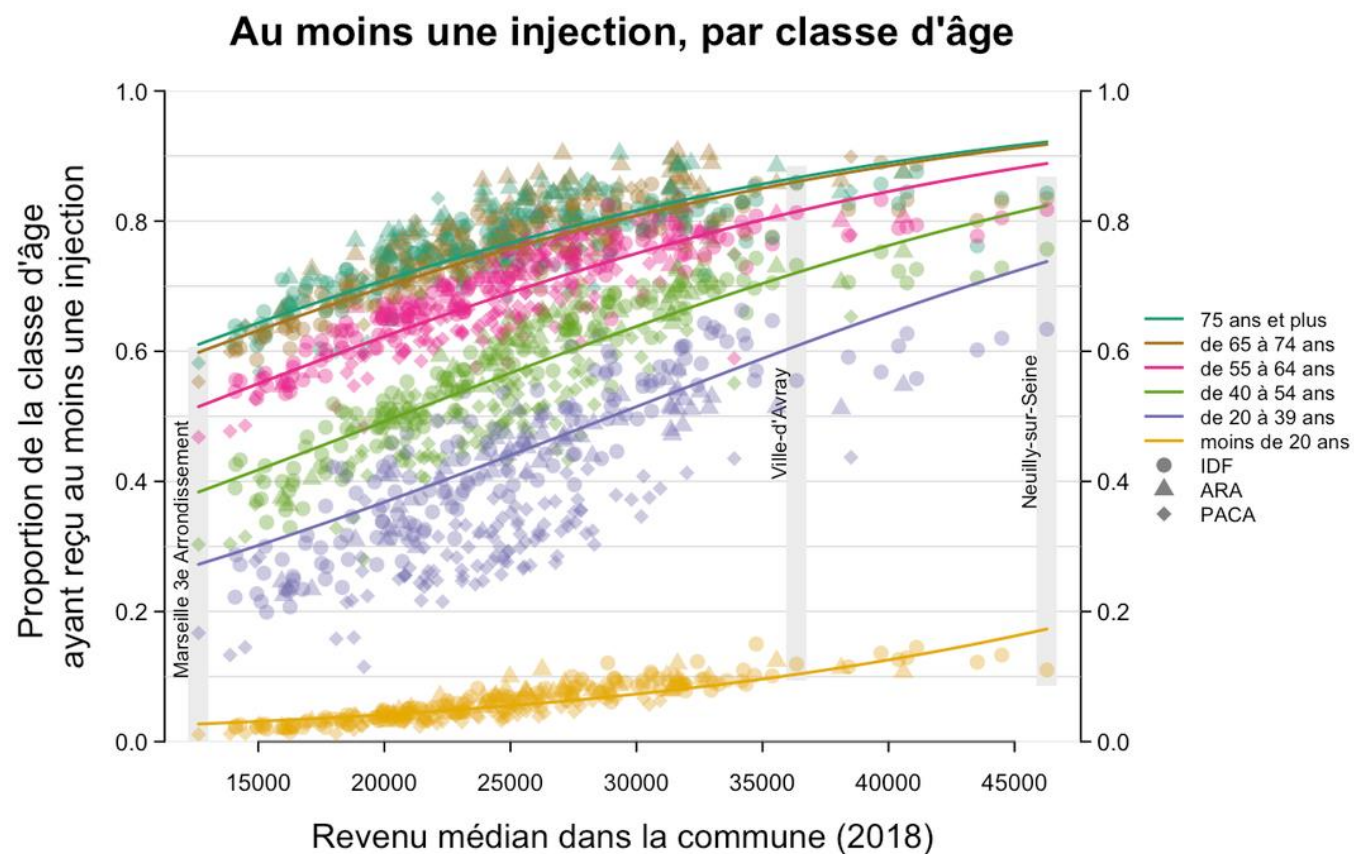
- Jeune âge
- Bas niveau d'éducation
- Faible littératie en sciences
- Bas revenu
- Manque de confiance dans:
  - Le gouvernement
  - Les autorités de santé publique (OMS, OFSP, ...)
  - La science (+/- la médecine, les médecins, ...)
  - Le secteur pharmaceutique
- Partis d'extrême droite

Conflits d'intérêts, fraudes, gains colossaux, propos contradictoires, etc

# Couverture vaccinale selon le revenu



# Couverture vaccinale selon le revenu et âge





# Données suisses

## "Souhaitez-vous vous faire vacciner contre le Covid-19?"

■ Je suis déjà complètement vacciné ■ J'ai reçu une première dose ■ Je veux me faire vacciner ■ Je suis indécis ■ Je ne me ferai pas vacciner

### Par région linguistique



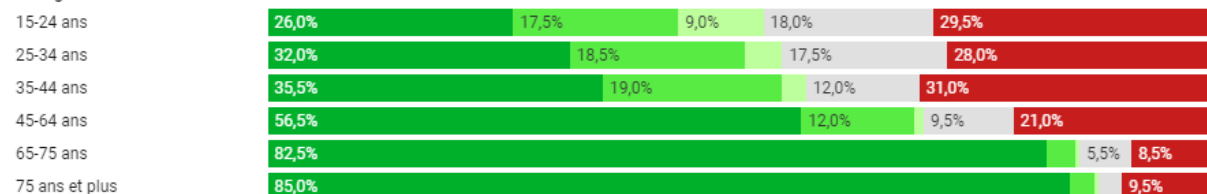
### Par sexe



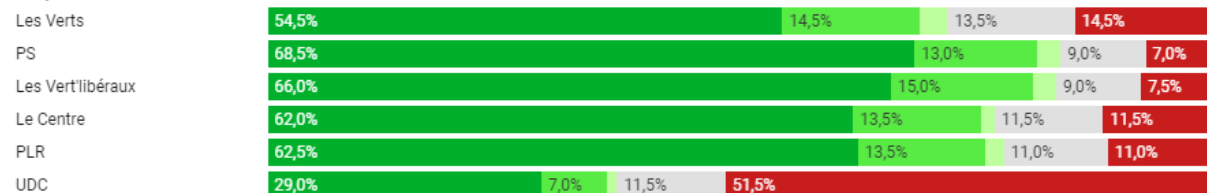
### Par lieu de vie



### Par âge

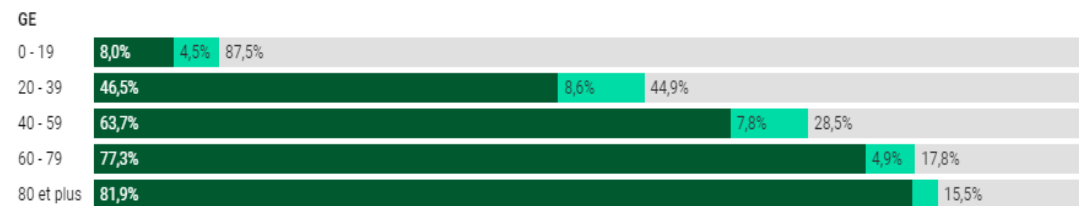


### Par parti



Excellente corrélation entre les déclarations d'intention et la réalité de terrain  
Inconnues sur le devenir des non vaccinés

## Taux de vaccination par tranche d'âge



Sondage Sotomo, site  
RTS, 8 juillet 2021

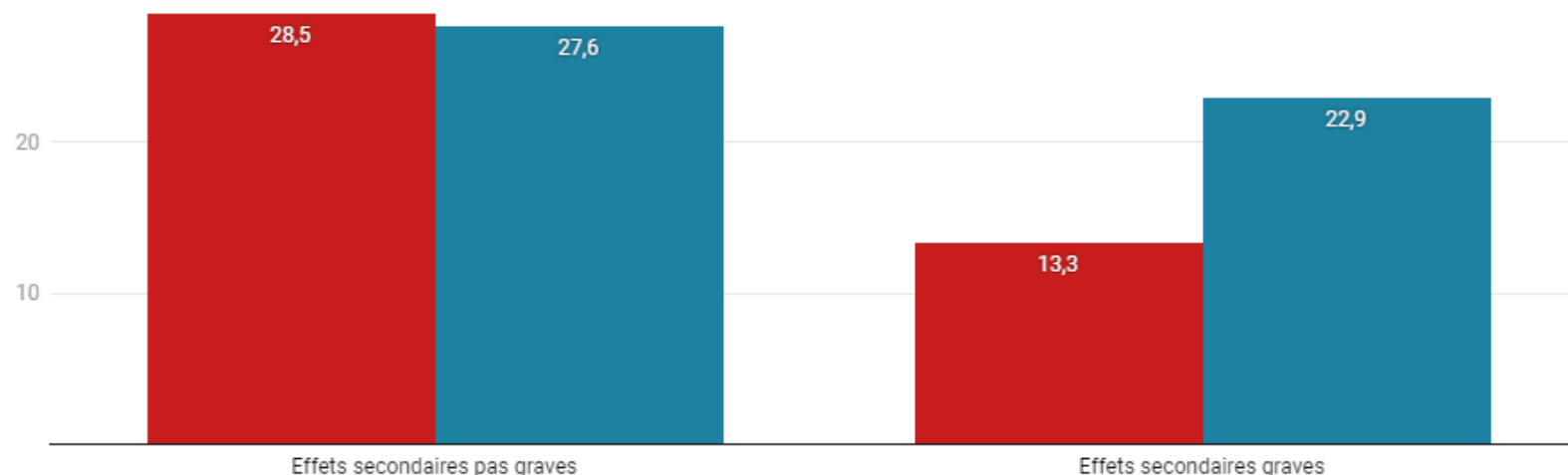
# Rôle des effets indésirables

«Seul un tiers des EI du vaccin est grave»

## Effets secondaires des vaccins contre le Covid-19

Nombre de signalements d'effets indésirables pour 100'000 doses.

■ Moderna ■ Pfizer/BioNTech



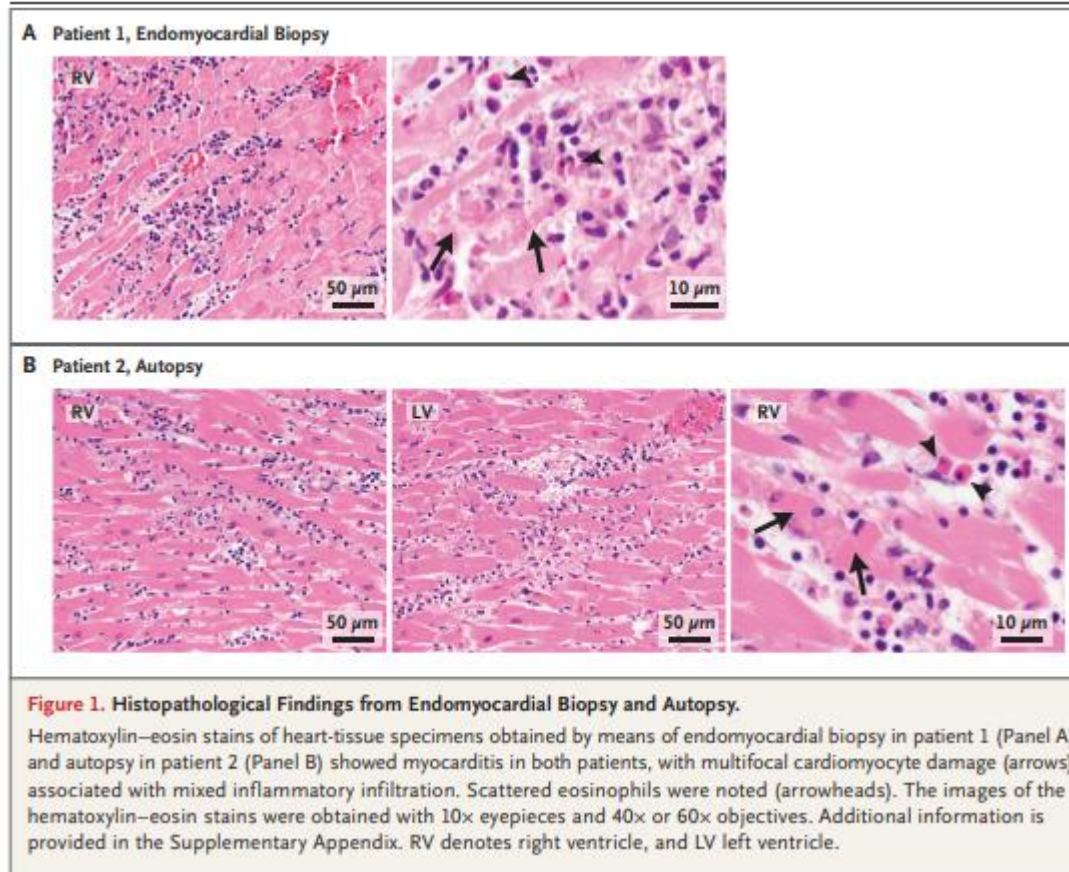
Des retards dans les déclarations peuvent se produire. De plus, certaines déclarations ne précisent pas le vaccin concerné. Les chiffres présentés ci-dessus sont donc légèrement sous-évalués. Dernière mise à jour: 13/07/2021

Graphique: RTSinfo • Source: OFSP • [Récupérer les données](#) • Créé avec [Datawrapper](#)

Site OFSP: Au total, 1252 déclarations (64,1 %), soit la majorité, rapportaient des effets indésirables non graves, tandis que 701 déclarations (35,9 %) évoquaient des effets graves. Il s'agit de personnes qui ont dû être hospitalisées (n = 199), ou de réactions qui ont été considérées comme médicalement importantes pour d'autres raisons.

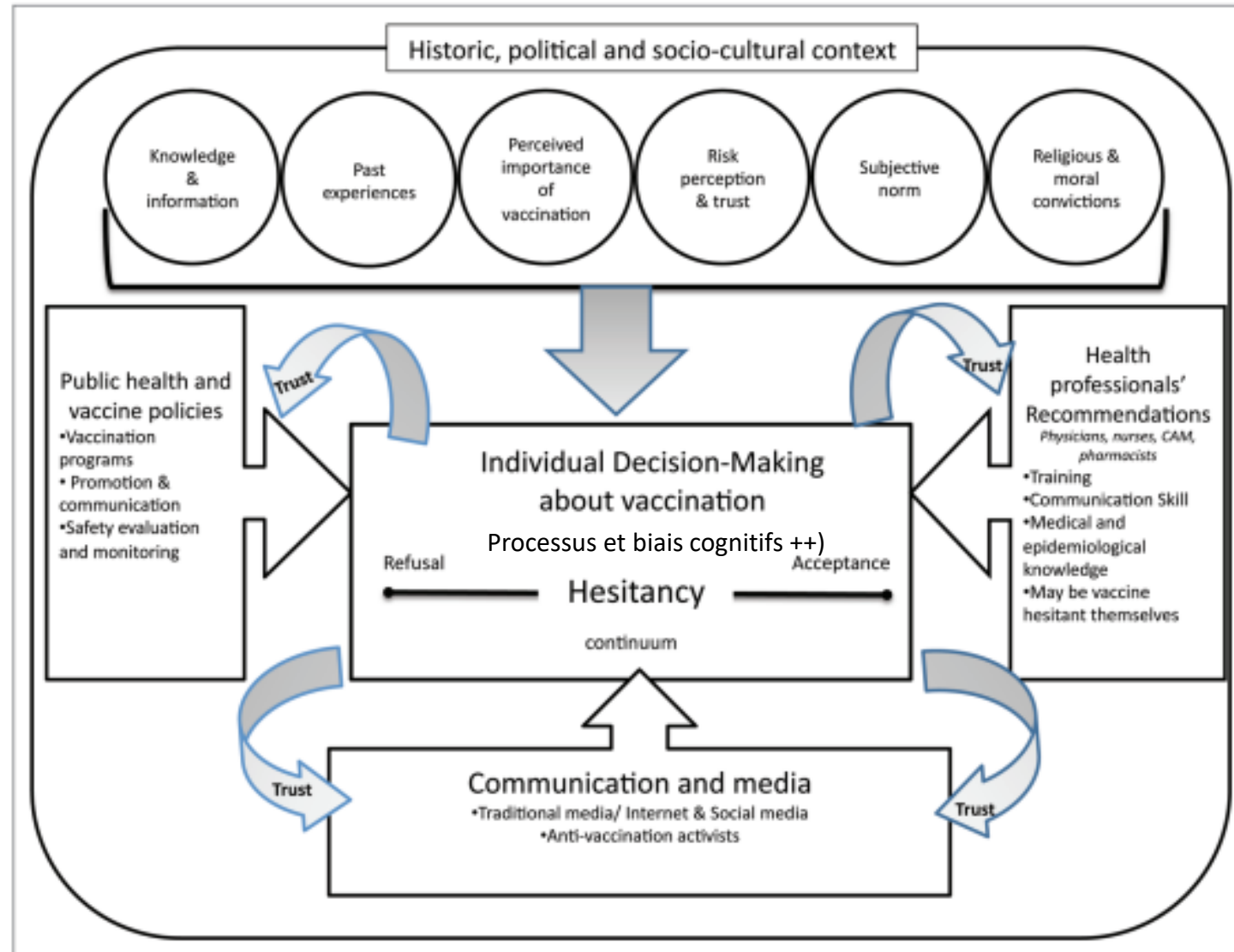
## CORRESPONDENCE

### Myocarditis after Covid-19 mRNA Vaccination



Evènement rare à très haut impact émotionnel.  
Salience élevée.

# Comment améliorer l'adhérence vaccinale?



# Comment améliorer l'adhérence vaccinale

- Education (identifiée comme prioritaire par OMS)
  - Santé publique (dans les écoles, les familles, les entreprises, les médias)
  - Institutions (hôpitaux, service,... )
  - Médecins et système de santé (patients + entourage/réseau/sphère d'influence, dont collègues; effet boule de neige)
  - Citoyens (réseaux sociaux; stars et autres influenceurs; ...)
- Incitatifs positifs (rémunération; avantages en entreprise; accès à des lieux/événements/pays)
- Incitatifs négatifs (pass sanitaire; amendes; arrêt versement ou diminution des salaires en cas de non vaccination ou d'absence maladie COVID)

Importance de la  
communication à tous  
les niveaux

**Table 1. Strategies for Promoting Covid-19 Vaccination.\***

Strategy	Needed Action	Sample Tactics
Segment public according to identity barriers	Qualitative research or text mining of social media to determine why patients feel vaccination runs counter to their identity.	Create targeted messaging based on relevant barriers, such as a "Go out with a bang, but don't die <i>this</i> death" campaign for groups with a Covid-defiant identity.
Find a common enemy	Message testing to determine what common enemies resonate across two polarized groups. Look for an enemy that prompts more animosity than the opposite group does.	If a common enemy is poverty or recession: "This economy needs a shot in the arm. We can do that." If a common enemy is those who don't believe in America: "Think we can't vaccinate 300 million people in 3 months? Watch us."
Use analogy	Develop a list of appropriate analogies for critical facts, processes, or statistics and share them through health care channels. Encourage trusted medical providers to prepare their own analogies for common vaccine questions. Use analogies to augment more complicated discussions of fact.	Use process analogies (e.g., if asked how the vaccine works, say "mRNA is like a teacher that shows the body how to make the antibodies that fight off Covid.") Use statistical analogies (e.g., "You'd be more likely to get hit by lightning than to die from Covid after getting vaccinated.")
Increase observability	Make it easy to see, in person or online, who has been vaccinated.	Offer a wearable token — a bracelet, sticker, or pin — that can be observed by others. Offer social media frames and banners (e.g., "I'm a First Responder and I'm Vaccinated"). Partner with celebrities, respected local leaders, and members of all parties to show them, on old and new media, being vaccinated.
Leverage natural scarcity	Use a national or state referendum to decide who gains access to the vaccine first, or request community input through surveys.	Frame the chosen "first receivers" — whether the elderly, first responders, teachers, or essential workers — as nationally valued and honored.
Predict and address negative attributions	Monitor media to quickly identify negative attributions. For segment-specific attributions, partner with community leaders or influencers to identify and counter negative attributions.	If delays in vaccine accessibility are being attributed to government incompetence, use daily briefings to show a complicated "air traffic control map" tracking freezer trucks. If prioritized deployment of vaccines in historically disadvantaged neighborhoods is being attributed to a belief that these populations are expendable "lab rats," include these communities' trusted local leaders in prioritization discussions.
Prompt anticipated regret	Develop and use communications to remind people of a low-probability but high-stakes outcomes and the resulting strong emotions.	Train family practice staff to use questions and statements such as: "What would change in your family if you became a Covid long-hauler and had permanent lung or heart damage?" "I've seen the crushing guilt of families that lose someone to Covid after not being quite careful enough — don't do that to yourself."
Avoid conveying piecemeal risk information	Coordinate press releases with stakeholders to avoid letting bad news trickle out and making it seem worse than it is.	If a delay seems likely, wait until you have a clear sense of the new situation and present any bad news up front and, ideally, just once.
Promote compromise options	Find ways to promote a sense of control by offering multiple vaccination choices; introduce other actions to frame vaccination as a middle or normal choice.	Train cold-call promoters or survey takers to ask people if they will get the vaccine later, get it now, or get it now and sign up to donate plasma.
Create FOMO motivations	Frame vaccination as a desirable opportunity not to be missed. Find and provide rewards for vaccine completion.	Partner with employers to give employees a day off to be vaccinated. Create a campaign to promote the idea that families should stagger vaccinations so that each "hero" gets a day in bed with snacks and binge-watching movies. Use monetary incentives (tax deductions or insurance refunds). Encourage celebrities to hold future free events for vaccinated fans.
Combat uniqueness neglect	Work with health care providers to identify patient groups that might feel they have special conditions unlike "ordinary" people.	Train medical personal to identify uniqueness neglect (e.g., patients might say, "The vaccine is fine, but it won't work for <i>me</i> .") Offer safe (even if largely unnecessary) modifications to standard vaccine delivery (e.g., topical analgesics before injection; getting the shot late in the day).
Neutralize the case versus base-rate heuristic	Communicate with clinicians and other front-line health personnel about the base-rate fallacy. Build and use collection of positive anecdotes.	Encourage clinicians to counter patients' anecdotal "bad reaction" stories with "good reaction" stories rather than statistics. Ensure that DHHS briefings and websites include a continuous collection of real people's stories about good vaccination experiences.

Wood & Schulman, NEJM, Feb 2021



**Table 2. Key Actions for Players in Various Health Care Roles.**<sup>☆</sup>

Health Care Player	Key Actions
Local clinicians and practices; care facilities (e.g., nursing homes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prepare list of common vaccine questions.</li> <li>2. Investigate specific concerns of your various segments of patients.</li> <li>3. Develop list of effective responses.</li> <li>4. Practice and train staff for responses.</li> <li>5. Add incentives (free sports exams, prizes).</li> <li>6. Develop prompts to persuade vaccine-hesitant patients and offer compromises.</li> <li>7. Make vaccination status observable in your community.</li> </ol>
Hospital management	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determine campaign themes and messaging for local community.</li> <li>2. Train medical personnel on responses to common questions and concerns.</li> <li>3. Select statistical analogies for use by staff.</li> <li>4. Add incentives for employees (even if vaccination is mandated).</li> <li>5. Train PR office personnel for coordinated responses to new events.</li> <li>6. Develop special vaccine protocols for unique cases.</li> </ol>
Insurance and benefits management	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determine campaign themes and messaging for client base.</li> <li>2. Select analogies for use in messaging.</li> <li>3. Add incentives for clients.</li> <li>4. Train PR office personnel for coordinated responses to new events.</li> <li>5. Develop mailing for client segments.</li> </ol>
State and county health agencies	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prepare list of common vaccine questions.</li> <li>2. Investigate specific concerns from different segments of patients locally.</li> <li>3. Develop list of effective responses.</li> <li>4. Determine campaign themes and messaging for regional or local community.</li> <li>5. Create materials for medical personnel for responding to common questions and concerns.</li> <li>6. Find local analogies for use in public announcements and messaging.</li> <li>7. Create a multifaceted social media network strategy.</li> <li>8. Partner with companies and organizations to create incentives.</li> <li>9. Train PR office personnel for coordinated responses to new events.</li> <li>10. Determine and coordinate order of vaccine access and communicate rationales.</li> <li>11. Partner with local celebrities and trusted community leaders to promote vaccination.</li> </ol>
Federal agencies (e.g., DHHS, CDC)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Investigate specific concerns from nationally critical segments (e.g., health care workers).</li> <li>2. Develop list of effective responses.</li> <li>3. Determine campaign themes and messaging for national and targeted segments.</li> <li>4. Create materials for large organizations, logistics, and health care systems.</li> <li>5. Select analogies for use in public announcements and messaging.</li> <li>6. Create a multifaceted social media network strategy.</li> <li>7. Partner with companies and organizations to create vaccine incentives.</li> <li>8. Explore federal incentives (tax).</li> <li>9. Train PR office personnel on coordinated responses to new events.</li> <li>10. Offer advice on order of vaccine access and communicate rationales.</li> <li>11. Partner with national celebrities and trusted leaders to promote vaccination.</li> </ol>
Advocacy groups (e.g., AARP, NAACP)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Determine campaign themes and messaging for client base.</li> <li>2. Select analogies for use in messaging.</li> <li>3. Train PR office personnel for coordinated responses to new events.</li> <li>4. Develop mailing for client segments.</li> </ol>

Wood & Schulman,  
NEJM, Feb 2021

# Interventions

**Table 2. Summary of practical tips by evaluation outcome for individual-level interventions focusing on parents (evaluated interventions)**

	Improved vaccine hesitancy or vaccine uptake	No impact	Worsened vaccine hesitancy or vaccine uptake
Online educational information, graphical representation (Intervention 2.1A)	Increases intention to vaccinate		
Online educational information, rhetorical questions (Intervention 2.1A)	Increases intention to vaccinate		
Online educational information, graphical representation and rhetorical questions (Intervention 2.1A)		Note: Each intervention was found to be stronger in the absence of the other	
Online educational information tailored to concerns (intervention 2.1D)	Tailored messages increased intention to vaccinate (not statistically significant)		Untailored information decreases intentions to vaccinate
Online educational information, corrective messages (Intervention 2.1E)	Corrects misperceptions about vaccination	No impact on intention to vaccinate in parents with most favourable vaccine attitudes	Reduces intention to vaccinate in parents with least favourable vaccine attitudes
Online educational information, emotional messages (intervention 2.1E)		No impact on intention to vaccinate	Increases misperceptions about vaccination
Educational information in brochures (intervention 2.1B)	Positive impressions	No significant impact on attitudes about vaccination	
Educational and emotional information in handouts and videos (intervention 2.1C)	Improves PACV score (that measures vaccine hesitancy)	No significant improvement in vaccination rates	
Educational information in pamphlets (intervention 2.1G)	Positive impressions, increases confidence in vaccines, reduces some beliefs	No impact on concerns about side effects	
Mailed educational information on risk comparison (intervention 2.1H)		No significant improvement in positive opinions about vaccines	

	Improved vaccine hesitancy or vaccine uptake	No impact	Worsened vaccine hesitancy or vaccine uptake
Mailed educational information on reduced vaccination coverage (intervention 2.1H)	Positive impressions		
Mailed educational information on risk comparison and on reduced vaccination coverage (intervention 2.1H)	Improves opinions about vaccines (not statistically significant)		
Consultations with experts in specialist immunisation clinics, tailored discussions and educational information (intervention 2.1F)	Increases vaccination uptake in vaccine hesitant parents	No impact on vaccination uptake in vaccine refusers	

ECDC website:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Catalogue-interventions-vaccine-hesitancy.pdf>



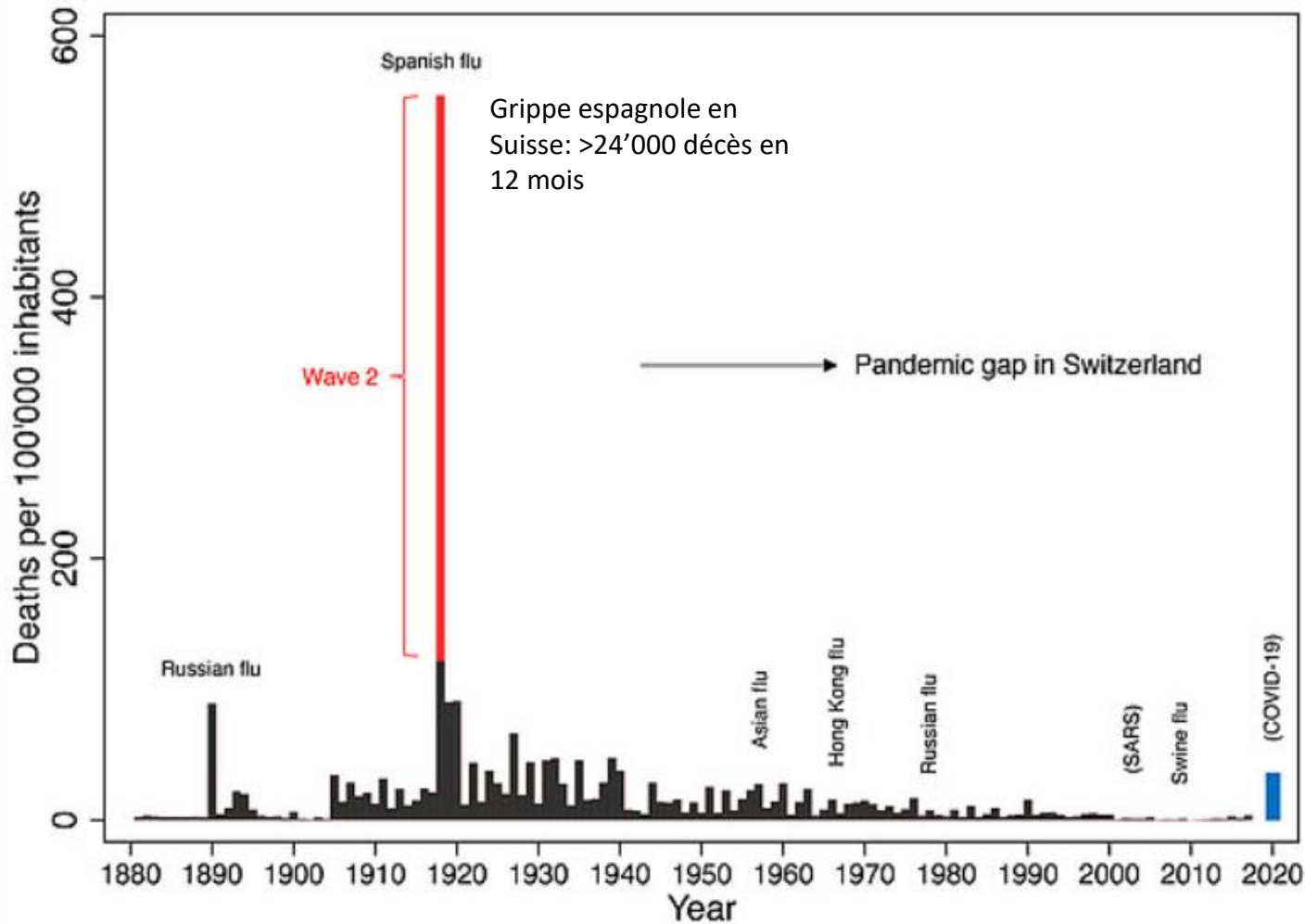
# Rôle du MPR

- S'assurer que ses patients bénéficie bien des mesures préventives indiquées. Le vaccin anti-SARS-CoV-2 en fait partie (1<sup>e</sup> cause de mortalité dans certains pays!)
- Recommandation de contacter tous ses patients à risque (idéalement tous les patients, actuellement)
- Pour les patients non vaccinés, entretien visant à déterminer les raisons de la non vaccination (vacances; problème d'accès aux soins; hésitation vaccinale; refus ferme) et intervention ad hoc
  
- Communication avec l'entourage professionnel, social et familial
- Activité sur les réseaux sociaux (avantages et risques; à pratiquer à bon escient!)
- Alternatives: CBT si angoisse, ...

# Un MPR convaincant doit être un MPR convaincu

- 1712 MPR sélectionnés au hasard en France. 3 clusters:
  - 86% (95% confidence interval (CI): 84-88) non ou légèrement hésitants
  - 11% (95% CI: 9-12) modérément hésitants
  - 3% (95% CI: 3-4) très hésitants ou opposés à la vaccination
- Les MPR des 2 derniers clusters:
  - Sont moins fréquemment vaccinés
  - Pratiquent plus souvent des thérapies complémentaires et alternatives
  - Ont moins d'expériences des maladies pouvant être prévenues par la vaccination
  - Ont plus d'expériences de patients ayant eu des effets indésirables graves de vaccins
- Conclusion du rapport: l'hésitation vaccinale chez les médecins constitue un problème qui nécessite la recherche de solutions

# Et quid du récepteur?



Littératie en santé: basse  
Littératie en pandémie: pour ainsi dire nulle.  
Chacun apprend, à son rythme et selon ses moyens, comment gérer le risque (pour lui/elle et pour autrui) en temps de pandémie

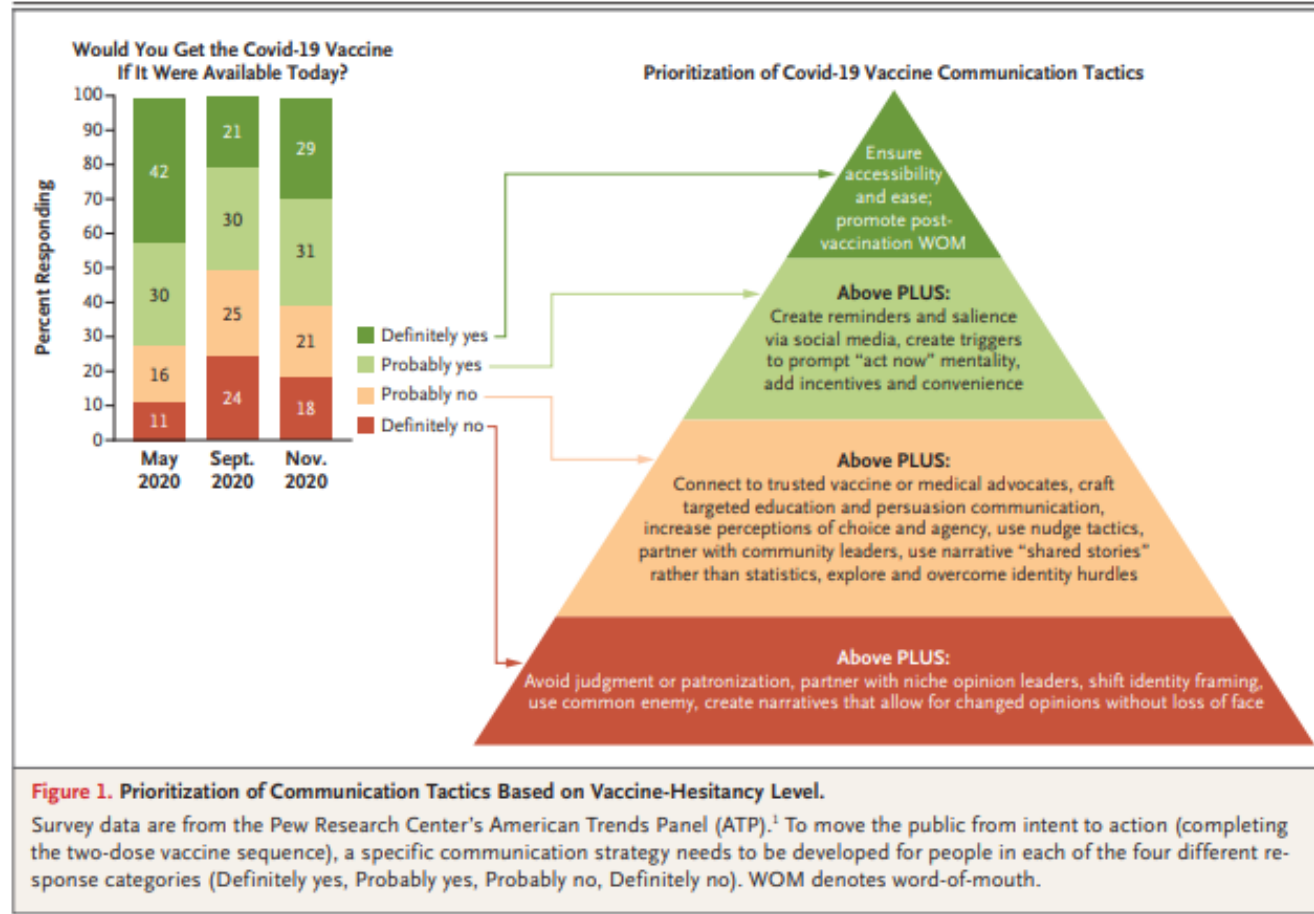
# Types de communication modifiant la confiance en la vaccination

**Tableau 2:** Types de communication modifiant la confiance et/ou l'adhésion à la vaccination décrits dans la littérature scientifique.

<b>Augmente la confiance / l'adhésion à la - vaccination</b>	<b>Ne modifie pas — voire — diminue la confiance / l'adhésion à la vaccination</b>
Fournir des informations sur les effets - secondaires des vaccins [27, 28]	Evoquer des faits et images dramatiques [13]
Prendre du temps pour parler des vaccins [18]	
Légitimer les craintes [18]	
Utiliser des techniques de l'entretien - motivationnel [21	

<b>Health Care Player</b>	<b>Key Actions</b>
Local clinicians and practices; care facilities (e.g., nursing homes)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prepare list of common vaccine questions.</li> <li>2. Investigate specific concerns of your various segments of patients.</li> <li>3. Develop list of effective responses.</li> <li>4. Practice and train staff for responses.</li> <li>5. Add incentives (free sports exams, prizes).</li> <li>6. Develop prompts to persuade vaccine-hesitant patients and offer compromises.</li> <li>7. Make vaccination status observable in your community.</li> </ol>

# Techniques de communication adaptées au stade de réflexion du patient



# Proposition d'approche (I)

**Tableau 3:** Proposition d'approche et pièges à éviter face à un patient vaccino-hésitant.

## Proposition d'approche face à un patient vaccino-hésitant

Approche	Exemples
Prendre du temps en consultation pour aborder cette problématique dans un climat de confiance et de non-jugement.	«La vaccination est un sujet important, accepteriez-vous de prendre quelques minutes pour en discuter?»
Cesser de parler des vaccins au pluriel, mais en discuter individuellement, selon les priorités du patient. Ils sont, après tout, aussi différents les uns des autres que les médicaments.	«Il y a de nombreux vaccins, quel est celui qui vous questionne le plus ou qui est le plus important à vos yeux?»
Explorer et légitimer les craintes et expériences.	«Quelles sont vos craintes à propos de ce vaccin? En lisant cela, il est bien normal de prendre peur.»
Valoriser l'engagement du patient / parent dans leur santé.	«Votre santé / la santé de votre enfant vous importe. Vous avez pris le temps de vous renseigner sur ce qui est meilleur et venir en discuter avec moi.»
Développer les divergences et susciter le discours de changement.	«Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre niveau de certitude que ce vaccin est dangereux? – Pourquoi X et pas 9 (un chiffre plus élevé)? – Qu'est-ce qui ferait baisser ce chiffre?»

# Proposition d'approche (II)

Donner de l'information de manière pertinente en: <ul style="list-style-type: none"><li>- explorant les connaissances du patient</li><li>- demandant la permission</li><li>- donnant une information ciblée à la demande du patient</li><li>- explorant la compréhension et l'effet sur sa compréhension de la situation</li></ul> En fonction des besoins, remettre un support informatif et se mettre à disposition pour en reparler.	«Vous craignez les effets secondaires de ce vaccin. Qu'en savez-vous?» «Seriez-vous d'accord pour que je vous donne de l'information sur ce sujet?» (Information) «Que faites-vous de cette information? En quoi cela change votre perspective?»
Anticiper les effets indésirables (en fonction des craintes et du vaccin): <ul style="list-style-type: none"><li>- La douleur à l'injection</li><li>- la fièvre*</li></ul>	«Vous pouvez ressentir une douleur à l'injection, mais nous faisons en sorte de l'atténuer.» «La fièvre après un vaccin est courante et voici ce qu'il faut faire.»
Laisser le temps de la réflexion au patient, le changement ne s'opérant pas instantanément.	«Je propose de vous laisser un moment pour réfléchir à tout ce que nous venons d'aborder, et de se revoir dans 2 semaines pour faire le bilan. Qu'en pensez-vous?»
<b>Pièges à éviter</b>	
Culpabiliser les parents. Rejeter l'information, l'expérience et les craintes des patients. Interrompre le patient. Polariser la discussion entre les «pour» et les «contre».	«Vous rendez-vous compte du risque que vous faites prendre à votre enfant?» «C'est absurde de croire ce témoignage alors que de nombreuses études scientifiques ont prouvé l'innocuité des vaccins.» «Je ne peux pas vous laisser dire cela, les vaccins sauvent 2 millions de vie par an dans le monde.»

# Forces et limites

Forces: pratiqué ++ pour changements de comportement; techniques accessibles au plus grand nombre; extrapolable à d'autres problèmes (comportement liés au substances et autres comportements à risque; adhérence thérapeutique, ...)

Limites: demande de l'entraînement; chronophage (séances souvent longues et répétées)

En conclusion, bien de s'en inspirer, mais sous une forme simplifiée; entraînement dédié nécessaire.



# Directives anticipées et COVID

- Débat ayant évolué, entre la 1-2<sup>e</sup> vague (ère pré-vaccinale) et ère actuelle
- L'avis majoritaire reste que l'accès aux soins est un droit inaliénable
- Risque de contre-attitude envers les non-vaccinés non négligeable (cf ci-contre)
- Dans les catégories à haut risque, ce point est à aborder (de manière bienveillante, systématiquement)
- Les D.A, en général, devraient toujours être discutées, et périodiquement réévaluées.

## DÉCLARATION DE REFUS DE LA VACCINATION COVID19

Je soussigné(e) Nom :  
Prénoms :  
Né(e) le : à :  
Adresse :  
Code Postal : Ville :

déclare refuser la vaccination contre la COVID19 et en assumer ce choix, notamment ma participation possible à la survenue probable d'un nouveau confinement, et en conséquence :

- l'atteinte aux droits de tous dans leur liberté constitutionnelle d'aller et venir ;
- la contamination de personnes de mon entourage qui pourraient décéder ou avoir un COVID long ;
- la déscolarisation des enfants, adolescents et étudiants, leurs désocialisations, les développements de troubles psychiques, la multiplication des suicides ;
- la mort de personnes en fin de vie qui ne peuvent recevoir la visite de leurs proches ; la limitation des personnes présentes aux cérémonies religieuses, les accouchements des femmes seules ;
- l'engorgement dramatique des hôpitaux, les reports d'hospitalisation, la perte de chance de personnes malades qui ne pourront être opérées à temps, la privation d'autres malades de soins importants, l'épuisement des personnels de santé, les arrêts-maladie consécutifs ;
- le télétravail imposé et les gardes des enfants à domicile ;
- la suppression ou la limitation des activités culturelles : cinéma, concerts, théâtre, danse ;
- la suppression ou limitation des activités festives : bars, cafés, restaurants, hôtels, dancings ;
- la suppression ou la limitation des activités sportives ;
- le coût gigantesque du chômage partiel et l'atteinte au moral des personnels de ces entreprises ;
- les conséquences sur la perte d'emploi, le coût à la collectivité.

Je revendique mon rejet de la solidarité et en conséquence :

- de payer de ma poche les tests PCR ;
- de perdre ma prise en charge à 100 % par le mécanisme de la solidarité ;
- de laisser ma place en service hospitalier d'urgence car j'assume de mourir de la COVID19 ;
- de payer pendant autant d'années que nécessaire, une quote-part d'impôts sur le revenu supplémentaire à hauteur des énormes surcoûts sociaux engendrés par ceux qui comme moi refusent la vaccination, cas échéant si je meure, de transmettre cette dette à mes héritiers.

Fait à : le :

Signature :

# Défis futurs

- Gouvernements/agences gouvernementales: restaurer la confiance; mieux communiquer avec la population; négocier un accès universel (de tous, partout)
- Institutions: plans de crises, matériel de protection suffisant; communiquer au mieux avec les autres acteurs et la population
- Médecins:
  - intégrer la protection vaccinale de façon systématique dans la prise en charge des patients
  - réfléchir ensemble et innover pour atteindre une couverture vaccinale satisfaisante pour tous les vaccins indiqués
  - prendre le temps et se donner les moyens de convaincre les patients hésitants (de manière générale, et en temps de pandémie)

# En conclusion

- L'hésitation vaccinale a toujours existé et est vouée à persister
- Elle est plurielle, dépendant du contexte social, politique, économique, sanitaire
- Elle n'épargne aucune strate (sociale et professionnelle notamment) de la population
- Elle constitue un problème de santé publique majeur (en temps de pandémie, mais pas uniquement)
- Il existe des moyens de l'enrayer, à tous les niveaux (individuel, institutionnel, global)
- Le MPR a très clairement son rôle à jouer
- Informer ne suffit pas
- More research is needed...

# Références

REVIEW

Human Vaccines & Immunotherapeutics 9:8, 1763–1773; August 2013; © 2013 Landes Bioscience

## Vaccine hesitancy An overview

Eve Dubé,<sup>1,2,3,†,\*</sup> Caroline Laberge,<sup>4</sup> Maryse Guay,<sup>2,4,5,6,†</sup> Paul Bramadat,<sup>7,†</sup> Réal Roy,<sup>7,†</sup> and Julie Bettinger<sup>8,9,†</sup>

<sup>1</sup>Centre de recherche du CHU de Québec; Québec, QC Canada; <sup>2</sup>Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); Québec, QC Canada; <sup>3</sup>Université Laval; Québec City, QC Canada; <sup>4</sup>Université de Sherbrooke; Longueuil, QC Canada; <sup>5</sup>Centre de recherche du CSSS Champlain—Charles-LeMoine; Longueuil, QC Canada; <sup>6</sup>Direction de santé publique de la Montérégie; Québec, QC Canada; <sup>7</sup>University of Victoria; Saanich, BC Canada; <sup>8</sup>University of British Columbia; Vancouver, BC Canada; <sup>9</sup>Vaccine Evaluation Center; Women's Health Research Institute; BC Women's and Children's Hospital; Vancouver, BC Canada

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

MEDICINE AND SOCIETY

Debra Malina, Ph.D., *Editor*

### Beyond Politics — Promoting Covid-19 Vaccination in the United States

Stacy Wood, Ph.D., and Kevin Schulman, M.D.

