



# CORONAVIRUS : REGARDS SUR UNE CRISE

La série de contributions "Coronavirus : regards sur une crise" de Terra Nova s'efforce de mettre en partage des réflexions, témoignages et questionnements suscités par la pandémie de Covid-19 et ses multiples conséquences. Nous ouvrons à cette occasion nos pages à des partenaires d'horizons variés, témoins, acteurs, experts. Les idées qui y sont exposées ne reflètent donc pas toujours les positions collectives de Terra Nova.

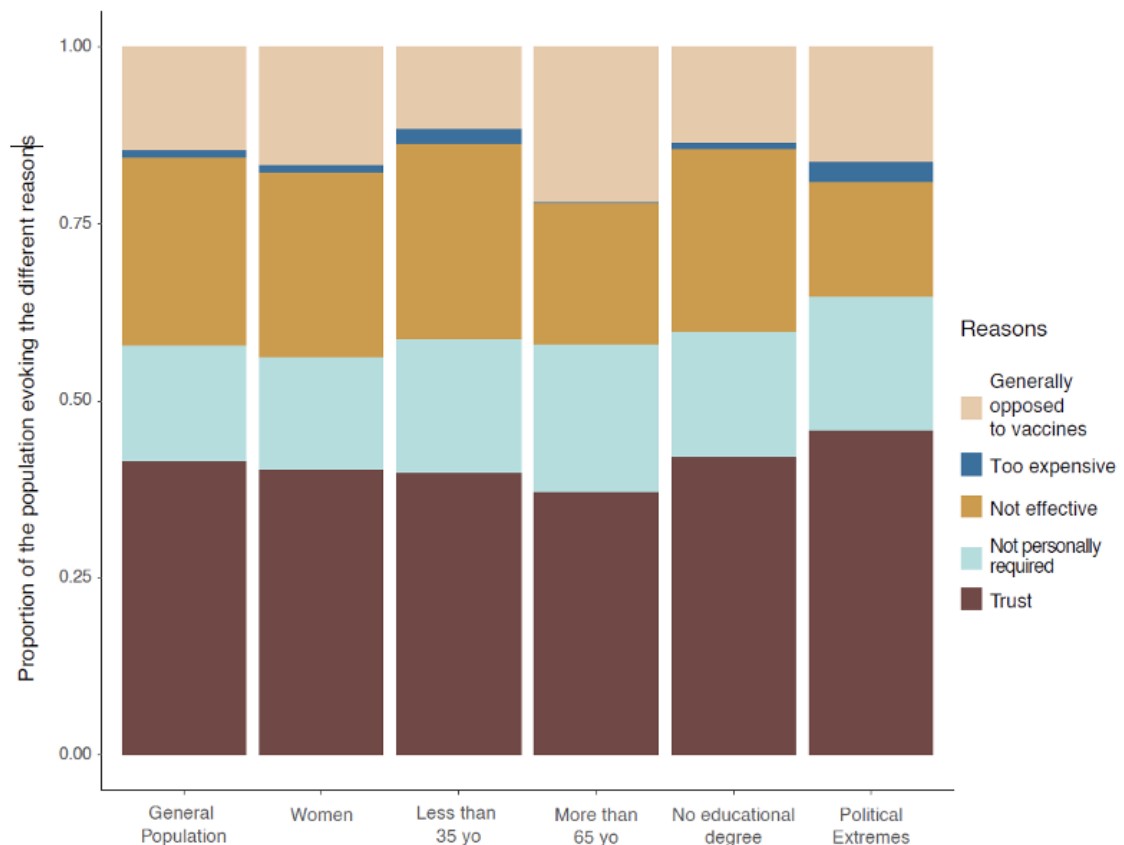
## TROIS RECOMMANDATIONS D' ACTIONS POUR LUTTER CONTRE L'HÉSITATION VACCINALE

4 décembre 2020 | Par Coralie Chevallier (INSERM, ENS), Anne-Sophie Hacquin, ingénieure d'études au Laboratoire de neurosciences cognitives et computationnelles (Inserm) & Hugo Mercier (CNRS, ENS)

214 vaccins Covid-19 sont actuellement en cours de développement dans le monde, dont 39 dans l'une des quatre phases d'essais cliniques. Des efforts de recherche et de développement sans précédent, combinés aux récentes avancées technologiques, ont permis aux chercheurs de se rapprocher d'un vaccin efficace en un temps record et la promesse de disposer d'un vaccin dans les prochains mois est de plus en plus crédible.

Mais pour que le vaccin constitue un véritable tournant dans l'épidémie, la couverture vaccinale doit être suffisamment élevée. Pour atteindre l'immunité collective, la part de la population qui doit être vaccinée se trouve autour de 80 %, voire 95 %, selon les maladies, des taux que les intentions vaccinales actuelles ne permettent absolument pas d'atteindre. La défiance vaccinale est un problème mondial, identifié comme tel par l'OMS<sup>[1]</sup>, mais la France y est particulièrement vulnérable. La proportion de Français déclarant qu'ils se feront certainement vacciner est de fait en chute libre depuis le mois de mai (Hacquin et al. 2020, Fig. 1). Ceux qui ont l'intention de se faire vacciner sont désormais minoritaires, y compris parmi les plus de 65 ans.

[1] Ipsos, "Global attitudes on a Covid-19 Vaccine", Ipsos survey for the World Economic Forum, 2020.



**Figure 2.** Raisons données par les participants qui ont déclaré qu'ils ne se feraient pas vacciner contre la Covid-19. Les raisons ont été recodées en cinq catégories principales : (i) la personne manque de confiance dans le gouvernement et dans les industries pharmaceutiques, (ii) la personne pense qu'elle n'a pas besoin de se faire vacciner, (iii) la personne pense que le vaccin sera inefficace, (iv) la personne pense que le vaccin sera trop cher et (v) ils sont généralement opposés aux vaccins. Chaque répondant pouvait donner plusieurs raisons.

Nous proposons ici trois recommandations qui doivent selon nous faire l'objet de recherches et d'une attention gouvernementale urgentes.

### **Recommandation 1. Concevoir et tester une campagne de communication sur les vaccins**

Une campagne de masse est justifiée par le fait qu'aucun groupe sociodémographique n'est épargné par l'hésitation vaccinale et que les mêmes raisons d'hésiter sont fournies par tous. Par ailleurs, le groupe qui connaît la plus forte poussée d'hésitation est celui des personnes âgées, qui consomment le plus les médias de masse (en particulier la télévision). Les campagnes d'information peuvent être efficaces pour lutter contre l'hésitation vaccinale, mais les messages doivent être testés avant d'être diffusés. Notre première recommandation est donc d'identifier les messages les plus efficaces en utilisant des méthodes expérimentales solides.

Les recherches antérieures sur l'hésitation vaccinale ont permis d'identifier plusieurs leviers prometteurs. On peut citer la **motivation à être altruiste** (Shim et al., 2012), mettre l'accent sur **les dangers de la maladie** (Horne et al., 2015) et **activer le regret** que chacun aura à ne pas s'être fait vacciné s'il tombe malade ou contamine quelqu'un (Brewer et al., 2016). À l'inverse, les campagnes qui visent à montrer que les vaccins ne comportent aucun risque ont parfois des effets contraires et peuvent rendre ceux qui hésitent encore plus réfractaires (Horne et al., 2015).

Ces campagnes sont indispensables mais il ne faut pas tout miser sur cette **stratégie**. Les campagnes médiatiques ont l'avantage de toucher de larges pans de la population, mais leurs effets sont généralement modestes (Mercier, 2020). La discussion et l'argumentation avec une source de confiance sont généralement plus efficaces, notamment avec les personnels de santé (Verger & Dubé, 2020). Une étude a par exemple révélé que le taux de vaccination contre le papillomavirus humain était passé de 2 % à 38 % chez les garçons dont les parents avaient reçu une recommandation d'un professionnel de santé (Reiter et al., 2013). Dans une autre étude, le pourcentage de personnes déclarant qu'elles ne se feraient pas vacciner contre le H1N1 est passé de 75 % à 55 % grâce à une conversation avec un expert (Chanel et al., 2011). Il est donc important de concevoir des interventions impliquant les professionnels de santé et de tirer le meilleur parti du pouvoir de la discussion et de l'argumentation. En dehors du système de soins, **des contextes argumentatifs peuvent être massifiés à l'aide d'outils digitaux comme les chatbots**.

## **Recommandation 2. Utiliser les sciences comportementales pour rendre la vaccination plus accessible**

Le déploiement d'une campagne reposant sur les bons messages et sur les bons messagers peut limiter la défiance vaccinale. Cette étape est nécessaire mais elle n'est pas suffisante. Il existe en effet, dans de nombreux domaines, un écart important entre les intentions des gens et leurs actions concrètes. Pour réduire cet écart, la vaccination doit être gratuite et facile d'accès. Simplifier le parcours pour l'utilisateur a toutes les chances d'augmenter le taux de vaccination parmi ceux qui sont déjà favorables au vaccin Covid-19, et parmi ceux dont les intentions auront été modifiées en réponse à la campagne de communication. Concrètement, les mesures suivantes pourraient être prises (en tenant compte des problèmes logistiques propres à chaque vaccin, comme la nécessité de conserver les vaccins à ARN à très basse température).

Premièrement, le vaccin devrait être offert gratuitement et sans obligation de prescription, afin de réduire au maximum les obstacles financiers et logistiques. Une fois qu'un vaccin sera disponible en grande quantité, il conviendra de le rendre largement accessible dans des lieux familiers, par exemple en convertissant les centres de test Covid-19 en centres de vaccination.

Deuxièmement, les médecins devraient être encouragés à stocker le vaccin afin que les personnes qui consultent leur médecin généraliste pour diverses raisons puissent se faire vacciner sans avoir eu besoin de chercher activement à le faire. Cet arrangement permettrait également de faciliter la concrétisation des recommandations des professionnels de santé : un patient qui manifesterait son intention de se faire vacciner suite à une discussion avec son médecin aurait ainsi l'opportunité de le faire immédiatement. Dans un même registre, des études ont montré que les personnes pour qui un rendez-vous de vaccination contre la grippe est fixé automatiquement se font davantage vacciner, alors même qu'elles peuvent annuler le rendez-vous si elles le souhaitent (Chapman et al., 2010). La vaccination sur le lieu de travail a également été identifiée comme un levier essentiel. Ces différentes expérimentations soulignent l'importance de la simplification du parcours pour aider les gens à passer de l'intention à l'action.

De nombreux travaux montrent également qu'envoyer des messages de rappels à des moments clés augmente le taux de vaccination (Vann et al., 2018). Ces rappels peuvent prendre différentes formes en fonction de la population ciblée, par exemple des SMS pour rappeler aux parents qu'il est temps que leur enfant reçoive un vaccin, des cartes postales pour rappeler aux adultes la campagne annuelle de vaccination contre la grippe, des emails envoyés par l'assurance maladie, ou encore des appels téléphoniques de professionnels de santé. Dans le cas du vaccin Covid-19, ces méthodes devraient être mises à profit pour cibler les populations prioritaires, en accordant une attention particulière aux personnes issues de milieux socio-économiques défavorisés, qui pourraient être moins bien informées.

### **Recommandation 3. Exploiter le pouvoir des normes sociales en aidant les premiers adoptants à communiquer leur décision de se faire vacciner**

Les gens apprennent les normes sociales en observant les autres. Le problème, c'est que l'on entend davantage ceux qui sont contre. La majorité silencieuse de pro-vax peut donc peu à peu se trouver étouffée.

En conséquence, les autorités sanitaires ne doivent pas se concentrer exclusivement sur des outils permettant aux anti-vax de changer d'avis. Il est au moins aussi important de **permettre aux personnes favorables à la vaccination d'afficher leurs choix**, permettant ainsi d'influencer positivement ceux qui les entourent et d'enclencher un cycle vertueux. Une étude de Didier Pittet en milieu hospitalier a par exemple montré que faire porter aux soignants vaccinés contre la grippe un badge avec la mention « Je suis vacciné contre la grippe pour vous protéger » augmentait les taux de vaccination (Iten et al., 2013). Un résultat similaire a été obtenu dans un hôpital néerlandais avec en prime une baisse de la morbidité grippale chez les patients eux-mêmes (Riphagen-Dalhuisen et al., 2013). Ces exemples soulignent que le simple fait de rendre visibles les décisions positives est un outil puissant de changement.

Dans le cas présent, il serait intéressant de lancer une grande campagne s'appuyant sur des outils connus, comme le ruban de sensibilisation, pour que les premières personnes qui se feront vacciner, et celles qui envisagent de le faire, puissent le montrer. Il s'agit ici de donner une voix aux « pro-vax ». Cette campagne pourrait être lancée en commençant par envoyer un ruban aux dizaines de milliers de Français qui se sont spontanément inscrits pour se porter volontaires dans l'essai clinique Covireivac de l'INSERM. Nous proposons un ruban bleu, couleur déjà associée au syndrome de détresse respiratoire aigüe.

## **Conclusion**

Dans les pays développés, le refus permanent de tous les vaccins est rare (pas plus de 1 ou 2 % de la population, Brewer et al., 2017) et de nombreuses personnes qui refusent initialement un vaccin finissent par changer d'avis (Kornides et al., 2018). Cela suggère que pour la grande majorité de la population, la « préférence éclairée » - c'est-à-dire la préférence qui émerge une fois que l'on dispose de toutes les informations pertinentes, c'est de se faire vacciner. Nous devons aux chercheurs qui ont travaillé sans relâche pour mettre au point un vaccin en un temps record de veiller à ce que le dernier kilomètre ne soit pas plus long que le premier.

## Références

- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), 149–207.
- Brewer, N. T., DeFrank, J. T., & Gilkey, M. B. (2016). Anticipated regret and health behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1264.
- Chanel, O., Luchini, S., Massoni, S., & Vergnaud, J.-C. (2011). Impact of information on intentions to vaccinate in a potential epidemic: Swine-origin Influenza A (H1N1). *Social Science & Medicine*, 72(2), 142–148.
- Chapman, G. B., Li, M., Colby, H., & Yoon, H. (2010). Opting in vs opting out of influenza vaccination. *Jama*, 304(1), 43–44.
- COCONEL Group. (2020). A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *The Lancet. Infectious Diseases*, 20(7), 769.
- Hallsworth, M., Chadborn, T., Sallis, A., Sanders, M., Berry, D., Greaves, F., Clements, L., & Davies, S. C. (2016). Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: a pragmatic national randomised controlled trial. *The Lancet*, 387(10029), 1743–1752.
- Horne, Z., Powell, D., Hummel, J. E., & Holyoak, K. J. (2015). Countering antivaccination attitudes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(33), 10321–10324.
- Iten, A., Bonfillon, C., Bouvard, T., Siegrist, C. A., & Pittet, D. (2013). P037: Nosocomial influenza prevention using multi-modal intervention strategies; 20-years of experience. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 2(S1), P37.
- Kornides, M. L., McRee, A.-L., & Gilkey, M. B. (2018). Parents who decline HPV vaccination: who later accepts and why? *Academic Pediatrics*, 18(2), S37–S43.
- Mercier, H. (2020). *Not born yesterday: The science of who we trust and what we believe*. Princeton University Press.
- Reiter, P. L., Gilkey, M. B., & Brewer, N. T. (2013). HPV vaccination among adolescent males: results from the National Immunization Survey-Teen. *Vaccine*, 31(26), 2816–2821.
- Riphagen-Dalhuisen, J., Burgerhof, J. G., Frijstein, G., van der Geest-Blankert, A. D., Danhof-Pont, M. B., De Jager, H. J., Bos, A. A., Smeets, E. E., de Vries, M. J., & Gallee, P. M. (2013). Hospital-based cluster randomised controlled trial to assess effects of a multi-faceted programme on influenza vaccine coverage among hospital healthcare workers and nosocomial influenza in the Netherlands, 2009 to 2011. *Eurosurveillance*, 18(26), 20512.

- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., Miles, E., & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: a meta-analysis. *Health Psychology, 35*(11), 1178.
- Shim, E., Chapman, G. B., Townsend, J. P., & Galvani, A. P. (2012). The influence of altruism on influenza vaccination decisions. *Journal of The Royal Society Interface, 9*(74), 2234–2243.
- Vann, J. C. J., Jacobson, R. M., Coyne-Beasley, T., Asafu-Adjei, J. K., & Szilagyi, P. G. (2018). Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*.
- Verger, P., & Dubé, E. (2020). *Restoring confidence in vaccines in the COVID-19 era*. Taylor & Francis.