

Faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale dans l'UE/EEE.

15 octobre 2021

Messages clés

- La réussite des programmes de vaccination contre la COVID-19 peut uniquement s'appuyer sur la compréhension des croyances, inquiétudes et attentes des individus et des communautés vis-à-vis du vaccin et de la maladie, ainsi que sur la réponse qui y est apportée. Le modèle «5C» - confiance, contraintes, complaisance, calcul et responsabilité collective - peut servir de cadre pour comprendre ces inquiétudes et élaborer des stratégies visant à faciliter l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 et la couverture vaccinale.
- S'appuyer sur le modèle 5C pourrait permettre de diagnostiquer les causes d'une mauvaise acceptation du vaccin et d'une faible couverture vaccinale en analysant des données transversales sur la population. Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe a mis au point un outil d'enquête, portant sur les comportements liés à la COVID-19, pouvant être utilisé à cette fin. En collaborant avec la société civile, il pourrait également être possible d'utiliser des données opérationnelles, quantitatives comme qualitatives, pouvant apporter des informations sur les croyances, inquiétudes et attentes des individus et des communautés vis-à-vis du vaccin.
- Dans de nombreux pays, l'effort vaccinal se concentre actuellement sur la recherche d'enclaves de personnes non vaccinées dans les groupes d'âge supérieurs et dans les populations socialement vulnérables, tout en facilitant la couverture des populations plus jeunes (y compris des enfants et des adolescents éligibles à la vaccination). Les travailleurs de la santé ont un rôle crucial à jouer dans ce contexte. Les défis spécifiques qui se posent pour chacun de ces groupes en termes d'acceptation et d'accès à la vaccination (et, pour les travailleurs de la santé, de facilitation de la vaccination) doivent être correctement compris et relevés.
- Ce document présente des exemples de mesures mises en œuvre par certains pays pour améliorer l'acceptation et la couverture vaccinale, en fonction des causes identifiées dans différents contextes. Ces mesures devront peut-être être adaptées au niveau infranational ou local: il n'existe pas d'approche universelle. Les causes peuvent aussi évoluer avec le temps, ce qui signifie que de nouveaux diagnostics pourraient se révéler régulièrement nécessaires.
- Nombre des interventions examinées dans ce rapport se focalisent sur l'accessibilité des services, souvent accompagnée de stratégies de communication en matière de risques. Certains pays ont également opté pour des mesures qui s'appuient sur l'incitation et la sanction. Certaines stratégies, moins nombreuses, visent à améliorer la confiance portée au système de santé et à dialoguer avec les communautés.

- Déterminer l'efficacité d'une intervention visant à faciliter l'acceptation et la couverture vaccinale présente un défi méthodologique important. Il est toujours possible d'évaluer correctement ces interventions à l'aide de données quantitatives et qualitatives, mais les résultats des évaluations des processus seront généralement plus faciles à interpréter que ceux des évaluations des répercussions.

Champ d'application et objet

Ce rapport technique présente certains aspects dont les pays de l'Union européenne/de l'Espace économique européen (UE/EEE) doivent tenir compte lorsqu'ils diagnostiquent les entraves à l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et à la couverture vaccinale, et lorsqu'ils conçoivent et mettent en application des interventions visant à améliorer cette couverture. Ce rapport s'appuie sur le modèle des «5C» pour organiser et expliquer les différentes causes d'une mauvaise acceptation du vaccin et d'une faible couverture vaccinale, ainsi que pour classer les interventions possibles. Les principaux concepts utilisés dans le modèle des 5C sont la confiance, les contraintes, la complaisance, le calcul et la responsabilité collective. Outre la problématique de la facilitation de la vaccination contre la COVID-19 au sein de la population générale dans ce cadre, ce rapport s'intéresse également à des groupes de population spécifiques, tels que les travailleurs de la santé et les groupes vulnérables d'un point de vue socio-économique. Compte tenu du fait que l'éligibilité à la vaccination a été étendue aux enfants et aux adolescents dans de nombreux pays, les parents sont également considérés comme un groupe.

Ce rapport souligne l'importance d'un bon diagnostic des causes d'une acceptation et d'une couverture vaccinale sous-optimales dans une population donnée, de manière à s'assurer que des interventions appropriées sont élaborées pour y répondre. Il présente également des exemples d'interventions mises en œuvre en UE/EEE et qui peuvent toutes être adaptées à d'autres contextes, dans lesquels des causes similaires de mauvaise acceptation et de faible couverture vaccinale ont été identifiées. Enfin, ce rapport se penche sur l'importance de l'évaluation des interventions visant à améliorer la couverture vaccinale contre la COVID-19 ainsi que sur certains défis qui s'associent à ces évaluations. Les ressources pour le diagnostic, la mise en œuvre et l'évaluation qui peuvent être utilisées dans les pays de l'UE/EEE sont également incluses à ce rapport.

Public cible

Ce document est destiné aux autorités sanitaires nationales et régionales, aux spécialistes en communication sur les risques et aux décideurs politiques des pays de l'UE/EEE.

Contexte

Au 12 octobre 2021, plus de 74% des adultes âgés de plus de 18 ans étaient pleinement vaccinés contre la COVID-19 sur l'ensemble de l'UE/EEE [2]. Il s'agit d'une réussite remarquable en l'espace de quelques mois seulement. Toutefois, plus d'un quart des adultes ne sont pas pleinement protégés. En outre, bien que la couverture vaccinale globale aient été impressionnante sur l'ensemble de l'UE/EEE, elle est loin d'être uniforme, allant de 23,5% de la population pleinement vaccinée en Bulgarie à 92% en Irlande [2]. Les conséquences des faibles taux de vaccination dans certains pays se reflètent actuellement dans la surcharge des systèmes de santé et dans la mortalité élevée [3]. En outre, il existe des enclaves où la couverture est relativement faible au sein de populations particulières de certains États membres [4], ce qui a mené à la mise en place d'une obligation vaccinale parmi certains groupes professionnels et dans certains contextes [5].

Il existe de nombreuses raisons à ces variations dans la couverture vaccinale contre la COVID-19, telles que les dynamiques de délivrance et l'accès aux services dans les systèmes de santé, ainsi que les croyances, attitudes et comportements des individus. Les problèmes sous-jacents peuvent se combiner de manière à créer des conditions dans lesquelles la couverture vaccinale est moins importante que ce que l'on pourrait souhaiter. Il peut s'agir, par exemple, d'une méfiance vis-à-vis du gouvernement, de la perception du risque de la maladie, d'événements historiques tels que des épisodes de craintes inspirées par les vaccins, de la commodité de la vaccination, d'une incertitude face à la sécurité et l'efficacité des vaccins, ainsi que des décisions politiques changeantes en ce qui concerne la gestion de la pandémie.

Fournir un accès équitable et en temps opportun aux vaccins pour tout le monde en UE nécessite donc davantage que simplement s'assurer que des vaccins sûrs et efficaces sont disponibles et faciles d'accès. La réussite du programme de vaccination peut uniquement s'appuyer sur la compréhension des croyances, inquiétudes, perceptions et attentes des individus et des communautés vis-à-vis du vaccin et de la COVID-19 elle-même, ainsi que sur la réponse qui y est apportée.

Le modèle des 5C

Le modèle des 5C s'appuie sur cinq antécédents qui peuvent influencer sur le comportement d'un individu face à la vaccination: confiance, contraintes, complaisance, calcul et responsabilité collective. Il s'appuie sur et complète d'autres modèles théoriques établis portant sur l'hésitation et l'acceptation vaccinale [5-7] et combine ces modèles à des théories comportementales pouvant contribuer à expliquer les comportements en matière de santé [8]. Les cinq composantes du modèle des 5C sont rapidement décrites ci-dessous.

La **confiance** comporte de multiples facettes, telles que la confiance quant à l'efficacité et la sécurité des vaccins. Elle s'associe en outre à la confiance portée au système de santé qui fournit ces vaccins, notamment en ce qui concerne le professionnalisme et la qualité des professionnels de santé qui les administrent. Enfin, elle est liée à la confiance accordée aux décideurs politiques, perçus comme ceux qui prennent les décisions globales sur les vaccins et la vaccination [9].

Les **contraintes** qui s'exercent sur la couverture vaccinale peuvent comprendre la disponibilité physique, le prix du vaccin et la volonté de le payer, l'accessibilité géographique, la capacité de compréhension (langue et littérature médicale) et l'attractivité des services d'immunisation [9]. Ainsi, les contraintes de la vaccination peuvent être aussi bien structurelles que psychologiques.

La **complaisance** est liée à la perception individuelle du risque lié à la maladie. Si une personne perçoit le risque d'une maladie évitable par la vaccination comme faible, elle peut également présenter peu de désir et une faible intention de se vacciner [10,11]. Ainsi, cet antécédent est lié à une maladie spécifique, bien que des facteurs individuels tels que l'âge, l'état de santé et les responsabilités peuvent également influencer sur le niveau de complaisance. La complaisance est aussi affectée par l'efficacité personnelle perçue par les individus ou par la perception de leur capacité à agir en vue d'être vaccinés.

Le **calcul** se réfère à la mesure dans laquelle une personne recherche des informations sur un vaccin et/ou sur la maladie en question, puis analyse elle-même son rapport bénéfices/risques individuel pour décider de se vacciner ou non. Les personnes qui s'impliquent fortement dans la phase de calcul peuvent avoir une aversion plus importante que les autres face aux risques, c'est pourquoi elles peuvent être moins enclines à se faire vacciner, compte tenu des nombreuses sources antivaccin disponibles sur Internet [12].

La **responsabilité collective** désigne la disposition des individus à protéger les autres en se vaccinant, dans un effort collectif pour atteindre l'immunité de masse. Elle se corrèle positivement avec le collectivisme (par opposition à l'individualisme), l'orientation commune et l'empathie, signalant ainsi un désir de se faire vacciner par intérêt pour les autres [9].

Ces cinq antécédents combinés créent un état psychologique qui peut mener un individu à se faire vacciner ou non. Toutefois, il est important de noter que chacun de ces antécédents peut évoluer avec le temps [13], ce qui signifie qu'une personne peut vaciller sur tout un spectre décisionnel entre vouloir et ne pas vouloir se faire vacciner. Divers facilitateurs et obstacles à la vaccination peuvent influencer sur les mouvements dans ce spectre. Ils peuvent se situer au niveau individuel ou communautaire (p. ex., croyances relatives à la promotion de la santé ou expérience personnelle des systèmes de santé et des travailleurs de la santé), s'ancrer dans un cadre national ou régional (p. ex., perception des dirigeants, événements historiques, messages et communication) ou être liés au vaccin en lui-même (p. ex., perception des risques comparé aux bénéfices, caractère nouveau du vaccin, calendrier vaccinal, mode d'administration, etc.) [10].

Principales populations ciblées par la vaccination contre la COVID-19

Tous les pays doivent poursuivre leurs efforts pour vacciner toutes les personnes éligibles. Toutefois, dans les pays où la couverture vaccinale globale contre la COVID-19 est faible, les adultes les plus âgés et les personnes qui ont des problèmes de santé sous-jacents demeurent la cible prioritaire. Dans les pays où la couverture vaccinale est bonne, des populations insuffisamment vaccinées continuent d'exister. Il convient de remarquer que, bien qu'il soit possible d'envisager ces groupes clés comme des entités à part entière, ils sont extrêmement hétérogènes, ce dont il faut tenir compte en concevant les stratégies visant à promouvoir l'acceptation et la couverture vaccinale. Deux de ces principales populations ciblées par la vaccination sont identifiées ci-dessous.

Populations socialement vulnérables et difficiles à atteindre: les personnes issues de minorités ethniques marginalisées, les migrants sans papiers, les personnes sans domicile fixe et les personnes atteintes de handicap font face à divers obstacles à la vaccination contre la COVID-19. Les principaux sujets de préoccupation pour ces groupes de population peuvent inclure une méfiance globale face aux autorités, des barrières linguistiques, des difficultés pour accéder physiquement aux lieux de vaccination et une peur de la stigmatisation [14,15]. En outre, ces communautés présentent souvent un risque important d'infection découlant de la surpopulation et de conditions de vie parfois médiocres, ce qui signifie qu'ils ont particulièrement besoin d'être vaccinés. Malgré ce risque élevé, les données ventilées sur les migrants, les minorités ethniques, etc., ne sont pas largement disponibles, ce qui signifie que les difficultés particulières que ces populations peuvent affronter demeurent invisibles aux yeux des décideurs [16].

Enfants et adolescents éligibles à la vaccination et leurs parents Un certain nombre de pays de l'UE/EEE ont commencé à proposer le vaccin contre la COVID-19 aux enfants et adolescents de plus de 12 ans [2]. Bien qu'elles ne présentent le plus souvent qu'une forme légère de la maladie, les personnes de ce groupe d'âge sont tout de même exposées au risque de développer des problèmes de santé post-COVID-19 et peuvent constituer un réservoir pour le virus. Les vacciner contre la COVID-19 entraîne des défis bien particuliers, notamment à cause du

fait que, comme elles sont dépendantes juridiquement, leurs parents ou tuteurs peuvent être impliqués dans leur décision de se faire vacciner, en particulier pour les plus jeunes [17]. Ainsi, les opinions et inquiétudes des parents jouent un rôle essentiel dans tout effort de vaccination des enfants et adolescents contre la COVID-19. Toutefois, il est essentiel de tenir également compte des opinions et expériences des jeunes eux-mêmes, de respecter leur autonomie et de les inclure au débat sur la vaccination d'une manière adaptée à leur âge [18].

Bien que de manière générale, les travailleurs de la santé ne constituent pas une population où les taux de vaccination sont bas, ils représentent néanmoins un autre groupe prioritaire pour la vaccination contre la COVID-19 dans le monde entier, y compris en UE/EEE. En effet, ils sont fortement exposés à la COVID-19 et aux autres maladies infectieuses et peuvent facilement transmettre le virus à leurs patients ou collègues. En outre, la confiance que les gens placent dans les travailleurs de la santé leur confère un rôle central, par l'influence qu'ils exercent sur les perceptions de leurs patients aussi bien en ce qui concerne les vaccins que les maladies associées. Ainsi, ils peuvent avoir un impact important sur la décision des individus de se faire vacciner ou non [19-21]. Comme certains travailleurs de la santé sont connus pour leurs interrogations et leurs inquiétudes vis-à-vis des vaccins contre la COVID-19 [22,23], il est important de les aider et les encourager à accepter et recevoir le vaccin anti-COVID. Ceci aura un effet protecteur direct non seulement sur eux-mêmes, mais aussi sur leur capacité de transmission au sein d'établissements de soins. Leurs patients pourraient aussi être ainsi amenés à décider de se faire vacciner, protégeant par la même la population générale [24].

Diagnostiquer les moteurs et les entraves à l'acceptation et la couverture vaccinale

Bien que tous les pays de l'UE/EEE surveillent leur couverture vaccinale contre la COVID-19 et que certains observent la confiance rapportée concernant les vaccins anti-COVID, tous ne cherchent pas à identifier les causes d'une couverture inférieure à ce qui est désiré chez différents groupes de population. Il est ainsi possible que les stratégies en place ciblent les mauvais éléments du modèle des 5C, ce qui pourrait saper l'efficacité des efforts effectués en vue d'augmenter la couverture vaccinale et se révéler être un gâchis à la fois de temps et d'argent dans une situation d'urgence. Le caractère hétérogène des intentions et des comportements vaccinaux, et ce même au sein d'une sous-population définie dans un pays donné, signifie également qu'il n'y a pas d'approche universelle possible. Les stratégies doivent cibler les besoins spécifiques de différents groupes.

Pendant la pandémie, certains pays de l'UE/EEE ont recueilli des données transversales à grande échelle concernant l'acceptation et l'adhésion aux interventions non-pharmaceutiques ciblant la COVID-19 ainsi que sur les perceptions, intentions et comportements signalés face à la vaccination. L'outil le plus largement utilisé pour recueillir ces données au niveau de la population en UE/EEE était l'outil d'enquête sur les comportements face à la COVID-19 mis à disposition par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe. Cet outil a été adapté par plusieurs pays pour suivre les comportements et les attitudes face à différentes mesures et politiques de prévention [25-27]. Les sujets couverts par l'outil d'enquête de l'OMS ont évolué au gré des conditions tout au long de la pandémie et comprennent aujourd'hui des questions sur les comportements et les intentions en matière de vaccination. Des directives provisoires relatives à la recherche diagnostique, aussi bien quantitative que qualitative, des moteurs comportementaux et sociaux de l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et de la couverture vaccinale ont également été développées par l'OMS et l'UNICEF [28], mais n'ont pas encore été officiellement validées.

Il existe de nombreux autres instruments publiés qui permettent d'évaluer les moteurs de l'acceptation des vaccins et de la confiance qu'ils suscitent. Il s'agit d'instruments génériques, non spécifiques à la pandémie de COVID-19. Parmi eux, l'indice Vaccine Confidence Index (indice de confiance envers les vaccins) [29], l'échelle Vaccine Acceptance Scale (échelle d'acceptation des vaccins) [30] et l'outil Parental Attitudes about Childhood Vaccines (attitudes parentales vis-à-vis des vaccins de l'enfance) [31]. Il convient de noter que ces instruments se focalisent principalement sur la confiance et ne tiennent pas autant compte des quatre autres «C» [9]. Il est donc possible qu'ils ne permettent pas de diagnostiquer les comportements et les intentions des gens face à la COVID-19 aussi efficacement que l'outil d'enquête de l'OMS et ainsi aider à définir les interventions les plus à même d'améliorer la couverture vaccinale. Par opposition, l'outil d'enquête de l'OMS offre une méthode accessible, facile à adapter et, surtout, comparable, pouvant être déployée rapidement pour faciliter la conception et la mise en œuvre de stratégies sur la base de données comportementales [32].

Facteurs de diagnostic affectant l'acceptation et la couverture vaccinale en Finlande

L'Institut finlandais pour la santé et le bien-être (THL) a déployé une version adaptée de l'outil d'enquête de l'OMS trois fois au printemps 2020, une fois à l'automne 2020 et une fois au printemps 2021. Environ 1 000 personnes ont répondu à chaque série d'enquêtes, sélectionnées de manière à être représentatives de la population finlandaise adulte en termes d'âge, de genre et de lieu de résidence. Des questions sur les intentions vaccinales ont été incluses aux premières séries [1], et la dernière série comportait des questions sur le comportement vaccinal réel. Les résultats ont été bien reçus par les décideurs et ont fourni une base solide pour les efforts du pays concernant sa communication en matière de risques et sa stratégie plus vaste de contrôle de la COVID-19.

Toutefois, compte tenu des frais liés à la réalisation de l'enquête de l'OMS en tant qu'activité autonome, certaines questions sur la vaccination ont été incorporées par la suite à l'enquête plus générale appelée Citizens' Pulse, menée au niveau national toutes les trois ou quatre semaines par le bureau du Premier ministre de Finlande. Ceci a permis une réduction substantielle des frais et a rendu l'outil d'enquête davantage durable, tout en offrant la possibilité de contrôler les niveaux d'acceptation du vaccin de manière plus régulière. Par ailleurs, en comparant les résultats des deux outils d'enquêtes, il a été possible d'évaluer la fiabilité et la validité des données obtenues suite à l'enquête menée grâce à l'outil de l'OMS. Toutefois, il convient de noter qu'avec le déploiement rapide et les circonstances changeantes du programme de vaccination contre la COVID-19, certaines questions ont dû être adaptées, ce qui rend difficile toute comparaison dans le temps. Par exemple, une question des premières enquêtes était: «Si un vaccin était disponible, vous feriez-vous vacciner?». Elle devenue redondante par la suite, soulignant ainsi la nécessité de contrôler la pertinence des questions en fonction de l'évolution du contexte.

Suite à ce travail diagnostique, les données ont clairement montré que la faible confiance placée dans le vaccin ne constitue qu'un des facteurs qui limitent la couverture vaccinale: les autres C jouent également un rôle significatif. Ainsi, un message plus approprié a pu être élaboré, orientant le débat public qui se focalisait jusqu'alors sur la faible confiance vis-à-vis du vaccin vers des discussions mieux informées sur d'autres problématiques tout aussi importantes (p. ex., organisation des services de vaccination et problèmes liés à la complaisance et à la perception des risques). Il a également permis la prise de meilleures décisions stratégiques en ce qui concerne le programme d'immunisation, tout en favorisant la vaccination au niveau des municipalités par la mise à disposition d'informations sur les facteurs qui affectent les comportements vaccinaux de la population.

Les recherches qualitatives doivent toujours être considérées comme une composante importante de toute analyse diagnostique exhaustive des intentions et comportements vaccinaux. Elles peuvent fournir un aperçu de nuances potentiellement importantes, tout en répondant à des questions portant sur le «pourquoi» et le «comment» que les enquêtes habituelles ne parviennent pas toujours à éclaircir [33]. Outre la composante qualitative de l'outil de l'OMS/UNICEF susmentionné [28], un outil de recherche qualitative ciblant les travailleurs de la santé, développé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a été utilisé dans sept pays. Cet outil explore les moteurs et les entraves à la vaccination contre la COVID-19 parmi les professionnels de la santé ainsi que les actions qu'ils entreprennent pour recommander la vaccination aux patients. Il offre une approche rapide à l'analyse de données, de manière à ce que les informations obtenues puissent étayer l'élaboration d'interventions adaptées aux groupes cibles dans les meilleurs délais. Son développement a été poursuivi pour incorporer aujourd'hui d'autres groupes ciblés par la vaccination contre la COVID-19. Cet outil sera bientôt publié. Pour toute demande d'accès ou d'aide, il est possible de contacter les développeurs à l'adresse euvaccine@who.int.

La plupart des pays de l'UE/EEE ont probablement les capacités pour mener ce type de recherches diagnostiques, aussi bien quantitatives que qualitatives, bien que ces capacités puissent ne pas être disponibles au sein des établissements de santé publique nationaux ou des autres organes officiels. Les sociologues universitaires disposent souvent du savoir-faire nécessaire pour mettre en œuvre de tels travaux, de même que certains organismes de la société civile qui pourraient être en mesure d'exploiter leurs données opérationnelles et les retours des bénéficiaires de leurs services. Lorsque les ressources du secteur public sont limitées, il peut être utile pour les États membres de cartographier et identifier leurs experts nationaux, puis leur sous-traiter les recherches. Cette approche permettrait non seulement d'obtenir des données diagnostiques pertinentes sur les comportements et intentions vaccinales vis-à-vis de la COVID-19, mais mènerait aussi à la création d'une communauté de pratique en sciences sociales et comportementales à laquelle il serait possible de recourir à l'avenir pour investiguer d'autres questions de santé. Le Danemark a donné l'exemple d'une telle collaboration: l'étude diagnostique du pays a été menée par l'Université de Copenhague [27].

Stratégies d'amélioration de l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et de la couverture vaccinale

Cette rubrique présente les stratégies qui ont été mises en œuvre dans différents pays de l'UE/EEE, ciblant chacun des 5C. Bien que chacune des stratégies présentées est classée avec un C spécifique, nombre de stratégies peuvent en réalité cibler plusieurs C à la fois. Par exemple, une approche basée sur la communauté, qui se concentre sur l'amélioration de la confiance portée au programme de vaccination, peut également viser à résoudre des contraintes d'accessibilité. Compte tenu de ces chevauchements, il peut être utile pour le lecteur d'examiner toutes les interventions énumérées lorsqu'il cherche à identifier des stratégies potentielles pour des populations particulières. Il convient également de noter que les stratégies présentées doivent être perçues comme une inspiration qu'il faudra adapter à différents contextes plutôt que comme une approche normative à suivre rigoureusement.

Les stratégies présentées ici ont été identifiées à l'aide d'un examen exploratoire portant sur un vaste éventail de matériaux et de sources; elles ont été sélectionnées pour montrer la diversité des populations atteintes et les régions géographiques représentées. L'application d'une stratégie donnée dans un pays donné ne signifie pas qu'elle est «meilleure» qu'une autre stratégie mise en œuvre dans un autre pays. De même, l'exclusion d'une stratégie particulière dans un pays donné n'implique aucunement qu'elle est «moins appropriée» que celle qui est présentée. En outre, bien que les pays aient tous adopté des approches multidimensionnelles pour faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale, nous présentons ici des exemples spécifiques d'initiatives, de campagnes et d'outils, de manière à souligner la manière dont un C est approché auprès de la population générale comme de sous-populations. Ces exemples donnent un aperçu de certains éléments constitutifs d'initiatives plus vastes mises en place aux niveaux nationaux.

Confiance: ces stratégies visent à améliorer la confiance – envers le système de santé qui fournit le vaccin, envers les responsables politiques qui décident de la vaccination, mais aussi en ce qui concerne la sécurité et l'efficacité du vaccin en lui-même [9].

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
Belgique	Communautés vulnérables et population générale	Confiance envers le système de santé	Il s'agissait d'un programme pilote impliquant les travailleurs de la santé œuvrant auprès des communautés; ils ont été chargés d'améliorer les connaissances des patients concernant le système de santé et renforcer leur confiance envers ce système, de manière à améliorer la couverture vaccinale contre la COVID-19 dans les populations socialement vulnérables en Flandre [34]. Un exercice de cartographie communautaire a été effectué pour chaque zone de soins primaires dans la région, au cours duquel des acteurs de confiance ont été identifiés pour chaque communauté. Les équipes ont travaillé aux côtés de ces membres respectés de la communauté ainsi que d'autres associations de soins primaires, de bien-être social et de patients afin de concevoir et mettre en œuvre une stratégie de vaccination [35]. Les membres des communautés ont eux-mêmes transmis des informations sur le vaccin anti-COVID à leurs pairs, les ont dirigés vers les soins, les ont accompagnés à leur premier vaccin et ont assuré un suivi après la vaccination [35,36]. Ces équipes dirigées par et ancrées dans la communauté ont accès au tableau de bord régional de données sur la couverture; elles ont également accès à des données groupées et anonymisées, relatives aux comorbidités, transmises par les médecins généralistes de la région. Ces informations leur permettent de cibler les zones présentant une faible couverture vaccinale et un risque élevé [35].
Irlande	Jeunes	Confiance en ce qui concerne la sécurité des vaccins et confiance envers le système de santé	SciComm est une initiative qui s'appuie sur un réseau de communicateurs scientifiques pour créer un dialogue avec les jeunes et répondre à leurs questions et leurs inquiétudes, dans l'objectif de renforcer leur confiance et ainsi améliorer la couverture vaccinale de cette population [37]. Le réseau a été créé par le ministère de la Santé en envoyant une requête aux étudiants diplômés qui travaillent dans le domaine des sciences médicales et de la communication scientifique [37]. L'objectif était d'atteindre les jeunes au sein de communautés virtuelles déjà actives et de les impliquer dans un domaine duquel ils se sentaient exclus [37,38]. Le réseau de communicateurs scientifiques se réunit deux fois par mois avec des représentants du ministère de la Santé pour répondre à leurs propres questions, puis définit des messages hebdomadaires en s'appuyant sur les inquiétudes signalées par les jeunes (identifiées par le ministère de la Santé au moyen de groupes de discussion et de questionnaires [38]) et sur les dernières découvertes scientifiques. Le réseau publie activement des nouveaux contenus et interagit sur les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Tik Tok), touchant ainsi des jeunes de tout le pays, partageant leurs expériences, répondant à leurs questions et démêlant le vrai du faux concernant la vaccination contre la COVID-19 [39].
Pays-Bas	Travailleurs de la santé	Confiance en ce qui concerne la sécurité des vaccins	L'Institut néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) a élaboré un module d'e-learning mis à la disposition des professionnels de la santé aux Pays-Bas [40]. Il offre une formation sur le développement des vaccins et des informations sur leur sécurité et leur efficacité. Il propose également des dialogues et des scripts sur la manière de discuter de la vaccination anti-COVID avec les patients [41]. Ce module est actuellement soumis à un processus de validation pour accréditation.

Royaume-Uni (pays hors UE/EEE)	Population générale	Confiance vis-à-vis de la sécurité et de l'efficacité des vaccins	Les universités de Nottingham et de Southampton ainsi que le Kings College de Londres se sont associés avec l'Institut britannique de recherches sur la santé pour créer un chatbot qui discute et engage un dialogue avec les individus concernant leurs inquiétudes vis-à-vis de la vaccination contre la COVID-19 [42,43]. Le chatbot pose plusieurs questions initiales sur les inquiétudes de la personne et, en s'appuyant sur ses réponses, il présente des données scientifiques sans émettre de jugement [44]. Ce chatbot répond aux inquiétudes sur la vaccination en puisant dans des réponses prédéfinies. Toutefois, l'université John Hopkins et IBM ont lancé un chatbot similaire qui interagit avec les utilisateurs grâce à l'intelligence artificielle. Il est plus flexible: il permet aux utilisateurs de saisir du texte libre et répond à leurs inquiétudes vaccinales [45].
--------------------------------	---------------------	---	---

Contraintes: les stratégies qui ciblent les contraintes se concentrent généralement sur l'amélioration de l'accessibilité, la capacité de la population à comprendre les informations (littérature et langage médical), l'attractivité des services de vaccination et les barrières réelles ou perçues en termes de prix du vaccin.

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
Norvège	Minorités linguistiques	Difficultés à comprendre les informations sur le vaccin	Les informations sur la vaccination ont été traduites; elles sont disponibles en plus de 45 langues et sont utilisées dans l'effort déployé pour atteindre les populations vulnérables [46,47]. À Oslo, des «ambassadeurs» locuteurs de somali, issus des communautés et identifiés par les travailleurs de la santé en collaboration avec les communautés elles-mêmes, partagent des informations sur la COVID-19 en langue somali [48]. Ce travail est mené en partenariat avec des organisations de la société civile, des universités et l'Institut norvégien pour la santé publique.
Italie	Migrants	Attractivité des services	Dans certaines régions, les exigences d'enregistrement ont été modifiées de manière à ce que les personnes qui viennent se faire vacciner n'aient pas besoin d'un numéro de sécurité sociale; il est également garanti que les données à caractère personnel ne seront pas divulguées aux autorités autres que sanitaires (p. ex., à la police ou aux services d'immigration) [49]. Dans d'autres régions, par exemple en Toscane, des centres de vaccination ont été mis en place pour les personnes qui n'ont pas de carte de sécurité sociale, afin de faciliter l'accès des migrants sans papiers [50]. En Sicile, les autorités sanitaires nationales se sont associées à des organisations de la société civile en faveur de la vaccination des migrants et recourent à des médiateurs interculturels pour communiquer sur les services de vaccination [51].
Allemagne	Population générale	Accessibilité physique	Les autorités ont mis en place une «Semaine de la vaccination» à l'échelle nationale en Septembre, qui a coïncidé avec la fin des vacances d'été et le retour à l'école. Cette intervention a utilisé le hashtag «#HierWirdGeimpft» («ici, on se vaccine») et a fait en sorte de rendre la vaccination facilement accessible dans des lieux fréquentés (p. ex., lieux de culte, clubs de jeunesse, clubs sportifs, marchés), de manière à faciliter l'accès opportuniste au vaccin et ainsi renforcer la couverture avant l'automne [52].
République tchèque	Population générale	Accessibilité physique	Les municipalités régionales ont déployé des équipes mobiles pour atteindre les personnes à mobilité réduite et les communautés qui éprouvent des difficultés à se rendre dans un centre de vaccination. Dans les zones à

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
			faible couverture, les médecins généralistes ont également contribué à l'effort vaccinal de leurs patients en leur offrant une meilleure accessibilité [47].
Espagne	Jeunes et étudiants	Accessibilité et contraintes de temps pour les jeunes possiblement plus mobiles en raison de leurs études	Les <i>Vacunabuses</i> (bus de vaccination) sont un partenariat entre l'autorité de santé de Madrid et la Croix Rouge espagnole. Cette intervention consiste en 18 équipes mobiles qui travaillent dans les établissements d'enseignement supérieur publics comme privés [53,54], ouverts pour une vaccination «inopinée» jusqu'à la fin du premier mois d'école. L'objectif est d'améliorer la couverture vaccinale auprès de populations faiblement vaccinées et de ne pas dépendre de la vaccination au sein de centres liés au lieu de résidence principal des étudiants [55].

Complaisance: la complaisance a trait au faible risque perçu de la maladie, qui peut entraver la motivation individuelle à se faire vacciner [56]. Par exemple, au début de la pandémie, les jeunes et les enfants étaient souvent identifiés comme exposés à un très faible risque lié à la COVID-19, comparé aux adultes plus âgés. Ainsi, les stratégies qui visent la complaisance devront peut-être s'efforcer d'expliquer les risques de la COVID-19 aux jeunes et les aider à mieux comprendre l'importance sous-jacente de la vaccination en général.

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
Allemagne	Population générale	Faire comprendre la balance bénéfices/risques de la vaccination comparé à la maladie	L'institut Robert Koch publie un ensemble de questions/réponses hebdomadaires qui s'appuient sur les questions et les inquiétudes identifiées au moyen d'enquêtes régulières sur la COVID-19 (COVIMO) [26,57]. Les Q&R s'appuient sur une approche de communication en matière de risques pour souligner les risques de la COVID-19 et les bénéfices du vaccin. Des questions à l'intention de groupes vulnérables particuliers (p. ex., femmes enceintes) ou de groupes d'intérêt (p. ex., enfants) sont également incluses. Les réponses contiennent des liens vers des informations complémentaires.
Pays-Bas	Parents, enfants et jeunes	Perception des risques de la COVID-19 pour les enfants/jeunes, risques et sécurité de la vaccination	Une étude a été menée pour analyser les causes de l'hésitation face au vaccin contre la COVID-19 parmi les parents et les enfants [58]. Sur la base des résultats de cette étude, un entretien en ligne a été mené avec le président de l'Association néerlandaise de pédiatrie, également pédiatre et membre de l'équipe de gestion épidémique du pays. Il a répondu à des questions sur les risques de la COVID-19 et les bénéfices de la vaccination [59]. Des partenariats ont également été noués entre des établissements éducatifs, des associations pédagogiques et des instituts de santé pour fournir des informations sur les risques de la COVID-19 pour les jeunes et les enfants ainsi que sur les bénéfices de la vaccination [47].
Pologne	Population générale	Perception des risques de la COVID-19	Le Fonds national pour la santé a monté une équipe chargée d'appeler les personnes qui n'ont pas encore été vaccinées, identifiées au moyen de leur dossier médical. Il est demandé à ces personnes pourquoi elles n'ont pas encore été vaccinées; s'en suit une discussion axée sur les risques et les bénéfices de la vaccination. L'interlocuteur tente de les convaincre que la vaccination leur est bénéfique, puis leur propose de prendre rendez-vous pour se faire vacciner [47].

Calcul: Dans le modèle des 5C, le calcul correspond à l'analyse individuelle des risques et bénéfices perçus de la vaccination [9]. Les stratégies qui se focalisent sur le calcul peuvent donc viser à fournir des informations précises pour répondre aux sources qui critiquent les vaccins, y compris celles qui propagent des mésinformations ou des désinformations, tout en soulignant les raisons de la vaccination et son importance.

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
Autriche	Population générale	Accès à des informations précises, démystifier les mésinformations	Un site internet qui présente des mises à jour sur les stratégies de vaccination a été mis en place. Il contient des liens sur les lieux et la manière de se faire vacciner, ainsi que des informations générales sur la COVID-19 et la vaccination. Il propose des vidéos courtes, des entretiens avec des travailleurs de la santé (source fiable), une série nommée «Science Busters» et une série appelée «L'heure de la consultation», avec des entretiens avec des experts sur la vaccination [60]. Ces supports sont tous adaptés aux inquiétudes particulières identifiées au sein de différentes communautés. [47]. Ces ressources sont disponibles sur le site internet ainsi que sur YouTube. Une autre page propose une liste des médecins qui participent à l'Initiative autrichienne pour les vaccins, auxquels il est possible d'adresser ses questions [61]. Une autre page encore fournit des informations régionales sur les lieux de vaccination.
Espagne	Population générale	Campagnes de communication de masse	Plusieurs campagnes de communication de masse ont été utilisées en Espagne pour diffuser des informations sur les bénéfices du vaccin contre la COVID-19 et pour éclaircir des inquiétudes fréquentes. Une de ces campagnes s'est concentrée sur expliquer la sécurité des vaccins; elle a mobilisé des représentants de l'Agence espagnole des médicaments et des produits de santé (AEMPS) [62] pour amorcer le dialogue ou s'adresser aux individus qui n'ont pas été vaccinés à cause d'informations selon lesquelles les vaccins contre la COVID-19 ont été développés trop vite. Une autre campagne, #yomevacunaseguro, présente des appels personnels de jeunes, de personnes âgées et de scientifiques qui expliquent pourquoi il est important d'être vacciné [63].
Pays-Bas	Population générale	Démystifier les mésinformations et les désinformations	L'Institut néerlandais pour la santé publique et l'environnement a investi dans l'analyse de big data pour identifier les questions les plus souvent recherchées concernant la vaccination et les vaccins, ainsi que pour analyser le contenu de sites internet critiques des vaccins. Il s'appuie sur ces analyses pour produire des informations accessibles et faciles à comprendre, dans l'objectif de contrer les mésinformations fréquentes publiées en ligne. En outre, l'équipe de surveillance répond directement aux mésinformations en ligne sur la vaccination, en fonction de la source et de sa portée. Enfin, un groupe de réflexion sur la mésinformation a été mis en place, sous la coordination du ministère de la Santé, dans lequel des experts démystifient bénévolement les mésinformations sur le vaccin à l'aide de leurs propres comptes personnels sur les réseaux sociaux [64].

Responsabilité collective: les stratégies qui ciblent la responsabilité collective peuvent comprendre des campagnes de communication sur la vaccination contre la COVID-19 qui intègrent des facteurs psychosociaux associés à l'intention de se vacciner. Il peut s'agir, par exemple, de l'opinion selon laquelle la vaccination personnelle protège les autres (promouvant ainsi le sens du devoir moral) et selon laquelle la vaccination est la clé pour un retour à la vie normale [65].

Communiquer sur les bénéfices sociaux de la vaccination peut entraîner une augmentation de l'intention de se vacciner. Toutefois, les recherches menées en la matière mettent en lumière de nombreux facteurs pouvant influencer sur l'efficacité de tels messages: contextes culturels et sociaux (dans certaines sociétés, la vaccination est déjà perçue comme relevant de la responsabilité collective); valeurs prosociales des destinataires du message; formats et canaux de communication (p. ex., il peut être plus efficace de montrer le fonctionnement de la protection communautaire à l'aide d'une simulation interactive qu'à l'aide d'un texte court); niveau d'hésitation des individus [66]. Concernant ce dernier point, les individus hautement hésitants sont moins enclins à voir les bénéfices collectifs de la vaccination; il peut alors être plus efficace de souligner les bénéfices personnels pour ces individus [67].

État membre	Population cible	Entrave ciblée	Exemple d'intervention
Suède	Population générale	Messages comprenant des appels à la responsabilité collective	Au début du déploiement des vaccins, une campagne d'information émise par l'autorité suédoise en charge de la santé publique, en partenariat avec d'autres organismes, a inclus des messages basés sur le principe «Protégez-vous tout en protégeant les autres» dans divers médias. Ces informations ont également été traduites dans plusieurs langues [68]. Une campagne plus poussée, avec des vidéos et des posters traduits en plusieurs langues, contenait le message «Vers des temps plus heureux, ensemble» (p. ex., la joie de revoir ses amis et sa famille). Parmi les supports se trouvaient également des vidéos courtes où des experts expliquaient l'importance de la vaccination pour contrôler la propagation de la maladie, revenir à la vie normale et mettre fin à la pandémie [69]. Il convient de noter que la responsabilité collective n'a pas été la stratégie principale adoptée par les autorités suédoises, mais que des éléments de leur stratégie se focalisaient sur ce «C».

Stratégies supplémentaires visant à améliorer la couverture vaccinale

Dans certains pays, lorsque les autres types d'interventions ont été jugés insuffisants pour obtenir une importante couverture vaccinale, des mesures basées sur l'incitation, les certificats obligatoires et l'obligation vaccinale ont été introduites. Toutefois, il est important de noter que, bien que ces initiatives puissent se révéler efficaces pour pousser à l'action les indécis ou les opposants à la vaccination, leur objectif est de modeler les comportements plutôt que de modifier ce que les gens pensent et ressentent face à la vaccination. En outre, les incitations et les sanctions peuvent réduire la capacité à retarder la vaccination en exigeant d'un individu qu'il soit vacciné pour obtenir certains résultats (p. ex., accès à l'éducation, à l'emploi, au divertissement ou aux voyages) [70].

En partant de ce principe et en élaborant l'observation, émise pendant la pandémie de COVID-19, selon laquelle il peut y avoir d'autres éléments permettant de s'assurer qu'une population est vaccinée, la «conformité» a été récemment proposée comme composante supplémentaire du modèle des 5C [71]. La «conformité» se réfère aux politiques vaccinales qui ne se contentent pas de s'adresser au sentiment de responsabilité collective des individus, mais se concentrent plutôt sur la surveillance sociale et la sanction de ceux qui ne sont pas vaccinés. Des recherches plus approfondies sont nécessaires pour évaluer la mesure dans laquelle ces initiatives ont contribué à la couverture vaccinale pendant la pandémie de COVID-19.

Incitations: les recherches comportementales menées par le passé suggèrent que, bien que les incitations puissent souligner l'importance de la vaccination, elles peuvent également indiquer que certaines personnes ne choisissent pas de se faire vacciner, ce qui à son tour peut signifier que la vaccination ne correspond pas à un comportement normatif. En outre, une synthèse des examens des stratégies incitatives a mis en lumière une divergence dans les recommandations: certaines études affirment que cette approche est efficace tandis que d'autres soutiennent que les preuves d'efficacité ne sont pas concluantes. Ceci peut toutefois être dû au caractère hétérogène des interventions et de la qualité des études, ainsi qu'au fait qu'il peut être difficile d'évaluer les effets des incitations lorsqu'elles sont combinées à d'autres stratégies [70].

Les recherches effectuées pendant les phases du déploiement du vaccin contre la COVID-19 ont remis en cause les suggestions initiales selon lesquelles les incitations pécuniaires peuvent renforcer la volonté de se faire vacciner. Ces recherches ont soutenu qu'au départ, lorsqu'un nouveau vaccin est mis à disposition, les campagnes doivent se focaliser sur le renforcement de la confiance, notamment en ce qui concerne la sécurité du vaccin. Une fois que les inquiétudes liées à la sécurité sont apaisées, les incitations pécuniaires peuvent améliorer la couverture vaccinale, mais des recherches supplémentaires à ce sujet sont nécessaires [72]. Un vaste essai randomisé et contrôlé, mené en Suède entre mai et juillet 2021, a montré que les incitations monétaires, même modestes, peuvent améliorer le taux de vaccination contre la COVID-19 (de 4,2 points de pourcentage, par rapport à un taux de départ de 71,6%), quelle que soit l'origine sociodémographique des participants. Cette étude souligne également d'autres problématiques à prendre en considération: aspects éthiques, variabilité potentielle de l'effet en fonction des taux de vaccination dans un pays, émetteur de l'incitation (dans cette étude, il s'agissait de l'équipe de recherche) et risque potentiel que l'incitation diminue la volonté des individus à se faire vacciner à l'avenir (p. ex., effectuer les rappels) sans être rémunérés [73]. D'autres études soulignent le fait que les incitations financières à «se faire vacciner» peuvent sembler séduisantes lorsqu'elles se focalisent sur des groupes qui présentent de faibles taux de vaccination en continu, engendrant potentiellement une augmentation à court terme de la vaccination, mais qu'elles ne sont pas une panacée. Des stratégies complémentaires plus vastes continueront d'être nécessaires, par exemple identifier les sources de la résistance, niveler les entraves à l'accès et à la couverture et communiquer de manière transparente pour renforcer la confiance du public [74]. Les incitations qui ciblent des groupes spécifiques, par exemple les travailleurs de la santé, doivent être planifiées et développées en collaboration avec des représentants de ces groupes [24].

Certificats obligatoires: de nombreux pays de l'UE/EEE ont mis en place l'obligation de présenter une preuve de vaccination, sous la forme d'un certificat, d'un pass vert ou d'un pass sanitaire, et qui englobent également les preuves de guérison de la COVID-19 et les preuves d'un test de dépistage négatif. Il est obligatoire de posséder un tel certificat pour accéder à certains lieux, participer à des activités de loisirs et de culture ou à certaines activités professionnelles spécifiques, voyager ou accéder au lieu de travail. Aux fins de ce rapport, nous distinguons ces certificats obligatoires de l'«obligation vaccinale» dont il est question plus loin, bien que dans la littérature, ces termes puissent être utilisés de manière interchangeable. En outre, les certificats portent non seulement sur les preuves de vaccination, mais aussi sur les preuves de guérison ou les résultats de tests négatifs, ils ne rendent donc pas la vaccination explicitement «obligatoire». Le certificat COVID numérique de l'UE constitue un exemple d'obligation qui, dans ce cas précis, a pour but de faciliter les déplacements libres au sein de l'UE [75].

Les chercheurs préviennent que les répercussions des «propositions de passeport» sur les intentions vaccinales peuvent varier en fonction des éléments couverts par ces certificats (vaccination, test récent, anticorps), du type d'activités auxquelles ils s'appliquent (voyages internationaux, accès à certains lieux, emploi) et du moment de leur introduction (immédiatement après l'ouverture de la vaccination à l'ensemble de la population). Ces aspects se répercutent à leur tour sur la perception de la légitimité, de l'équité et du sentiment d'obligation de la population envers ces certificats [76]. Les chercheurs soulignent que les «passeports vaccinaux» peuvent conforter dans leur décision les personnes déjà enclines à se faire vacciner, mais qu'ils peuvent avoir l'effet inverse chez ceux qui ont des inquiétudes vis-à-vis des vaccins. Les certificats obligatoires ont provoqué une levée de boucliers de la part de certains acteurs politiques et économiques, comme le montre le cas de l'Angleterre où le gouvernement a fait marche arrière sur son projet d'introduire un «passeport vaccinal» pour accéder aux boîtes de nuit et aux événements de masse, avec des critiques sur les problèmes et les frais liés à son déploiement [77]. Une étude menée au Royaume-Uni et en Israël a conclu que les passeports vaccinaux domestiques peuvent avoir un effet néfaste sur l'autonomie, la motivation et la volonté des gens de se faire vacciner, et qu'il convient de préférer les messages d'autonomie et de rapprochement à ceux de pression et de surveillance [78]. Les chercheurs s'appuient sur une étude menée au Royaume-Uni pour souligner l'effet potentiellement clivant du passeport vaccinal. Même si, de manière générale, il est bien accepté dans un pays, son attrait peut varier grandement d'un groupe de population à un autre (p. ex., jeunes, minorités ethniques, etc.), ce qui peut dissuader des populations spécifiques et des zones géographiques de se faire vacciner [76]. Des recherches complémentaires sur les conséquences involontaires de ces «passeports vaccinaux» sont nécessaires.

Obligation vaccinale Bien que l'obligation vaccinale puisse être hautement efficace, les chercheurs préviennent que d'autres stratégies peuvent se révéler suffisantes ou préférables, en fonction des causes de la sous-vaccination. Toutefois, il a été démontré que, dans certains groupes cibles spécifiques tels que les travailleurs de la santé, l'obligation améliore la couverture vaccinale [70]. L'obligation est une forme de soutien politique à la vaccination, et peut ainsi augmenter les ressources dédiées à l'infrastructure vaccinale. Toutefois, elle peut également se révéler contre-productive au sein des populations qui ne soutiennent pas la vaccination dans leur majorité [79]. En s'appuyant sur les expériences antérieures d'obligation vaccinale (p. ex., aux États-Unis) et en tenant compte des défis posés par l'introduction des nouveaux vaccins contre la COVID-19, les chercheurs ont noté, avant le déploiement des vaccins, qu'une obligation limitée, soutenue par le public et s'appliquant à des contextes spécifiques, pourrait faire partie d'un ensemble plus complet d'interventions [79]. Toutefois, l'obligation nécessite un cadre légal qui permettrait aux autorités de restreindre les libertés individuelles pour des raisons de santé publique, ainsi que des approbations au niveau politique. Ainsi, elle pourrait être remise en cause devant les tribunaux ou déclencher des débats sur les libertés individuelles et, bien qu'elle puisse encourager certains

récalcitrants à se faire vacciner, elle peut également nourrir la résistance [80,81]. L'OMS souligne en outre qu'il convient d'examiner soigneusement les considérations éthiques liées à l'obligation vaccinale [82].

Certains pays de l'UE/EEE ont mis en place une obligation vaccinale contre la COVID-19, certains pays envisagent de le faire, tandis que d'autres préfèrent une approche de la vaccination sur la base du volontariat [47,83]. De nombreux pays de l'UE/EEE ont imposé une obligation vaccinale par le passé pour des vaccins et à des populations spécifiques, en particulier aux jeunes enfants [84], pour parer à la baisse du taux de vaccination, à l'hésitation vaccinale et aux épidémies récurrentes, notamment de rougeole. Ainsi, en 2017, l'Italie a voté une loi qui a étendu la liste de vaccins obligatoires pour les jeunes enfants, de quatre vaccins à dix (à savoir, polio, diphtérie, hépatite B, rougeole, oreillons, rubéole, varicelle, etc.). La vaccination est requise pour permettre aux enfants d'aller à l'école et les manquements à l'obligation vaccinale peuvent entraîner des amendes pécuniaires. Une étude de cette politique a montré que la couverture vaccinale a augmenté pour tous les vaccins, bien que les auteurs aient reconnu que l'hésitation vaccinale continue à poser problème et que le débat politique et social sur les vaccins obligatoires est toujours en cours [85].

Exemples d'incitations, de certificats et d'obligations

État membre	Population ciblée	Entrave ciblée	Description de la stratégie
Pologne	Population générale/ municipalités	Incitations visant à améliorer la couverture	En juillet 2021, un tirage au sort avec prix en argent et en nature a été lancé pour ceux qui se font vacciner [86]. Les municipalités ont également concouru au meilleur taux de vaccination. Les 500 premières municipalités à vacciner 75% de leur population devaient recevoir des prix pécuniers, de même que les 49 municipalités qui obtenaient le plus haut taux de vaccination de leur région [87].
Belgique - région de Bruxelles-Capitale	Population générale et groupes spécifiques	Obligations/certificats visant à améliorer la couverture	En Belgique, le Covid Safe Ticket (CST) a été introduit en août pour l'accès aux événements réunissant plus de 5 000 personnes. Compte tenu des taux de vaccination plus faibles dans la région de Bruxelles-Capitale que dans les autres régions du pays, l'extension du ticket à Bruxelles a été prévue à l'automne pour inclure l'accès à des lieux tels que les restaurants, les bars, les centres de fitness, les événements en intérieur réunissant plus de 50 personnes ainsi que les hôpitaux et les maisons de soins. La durée de cette mesure dépendra de la situation épidémiologique. Le ticket certifie qu'un individu est entièrement vacciné, a un test COVID-19 négatif ou possède un certificat de guérison. Il sera demandé à toutes les personnes âgées de 16 ans et plus, mais aussi aux jeunes à partir de 12 ans pour les visites à l'hôpital et en maisons de soins [88,89].
Italie	Groupes professionnels (santé)	Obligation	Le 1er avril 2021, l'Italie a approuvé un décret instaurant l'obligation vaccinale pour les professionnels de la santé. Bien qu'il ait initialement opté pour des recommandations, l'État italien a adopté un système d'obligation pour obtenir la meilleure couverture vaccinale possible chez les travailleurs de la santé, de manière à garantir la sécurité des traitements et la protection de la santé des patients [90]. Il s'agissait du premier pays à prendre cette mesure pour les vaccins contre la COVID-19. L'obligation concerne les professionnels de la santé qui exercent une activité dans des établissements de soins, sociaux ou de bien-être, publics comme privés, ainsi que dans les pharmacies, les parapharmacies et les cabinets professionnels. Ceux qui refusent de se faire vacciner se verront soit transférés à des postes où ils ne risquent pas de propager le virus, soit suspendus sans solde pendant une durée pouvant aller jusqu'à un an. Ce décret décharge également

		les médecins qui administrent le vaccin de leur responsabilité pénale, à condition qu'il ait été administré conformément aux consignes du ministère de la Santé [91].
--	--	---

Évaluation des programmes visant à améliorer l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale

Toutes les interventions de santé publique doivent être si possible évaluées [92]. Dans l'idéal, des évaluations seront effectuées afin de déterminer si les interventions sont déployées de manière acceptable, de mesurer leur efficacité (y compris au sein de différentes sous-populations, le cas échéant) et de vérifier la présence de répercussions inattendues ou négatives [92]. En outre, des évaluations sont nécessaires pour établir si l'argent public est efficacement investi [93], ce qui est particulièrement important en temps de crise, lorsque les ressources doivent être soigneusement attribuées.

Toutefois, il peut être méthodologiquement difficile de mener des évaluations portant sur des interventions comportementales, car il n'est pas aisé d'établir un lien de cause à effet entre une intervention qui, par exemple, vise à améliorer la couverture vaccinale contre la COVID-19, et la couverture réelle du public. En effet, de nombreux autres facteurs indépendants peuvent aussi influencer sur le taux de vaccination, et il est difficile de démêler les facteurs ayant eu un impact. L'outil épidémiologique de choix pour déterminer l'efficacité d'une intervention est l'essai randomisé contrôlé, mais il est complexe d'un point de vue logistique et exigeant d'un point de vue méthodologique, il est donc peu probable qu'il soit viable pour évaluer la plupart des interventions visant à améliorer l'acceptation du vaccin et la couverture vaccinale. L'absence d'une méthodologie rigoureuse et facilement applicable pour évaluer l'efficacité des interventions signifie également qu'il pourrait être impossible de déterminer leur efficacité au regard des coûts. Toutefois, des évaluations menées avant et après les interventions pourraient permettre de vérifier si la couverture vaccinale a évolué dans une zone spécifique pendant la durée de l'intervention; elles pourraient aussi rendre possible la comparaison de la couverture vaccinale entre diverses zones géographiques ou au sein de populations spécifiques, dont une partie aurait été exposée à l'intervention et l'autre non. Toutefois, il convient de faire particulièrement attention à ne pas établir de causalité entre une intervention et un niveau de couverture, car une telle causalité ne peut et ne doit pas être présumée [9].

Malgré tous ces défis, il demeure possible d'effectuer de bonnes évaluations des interventions visant à améliorer la couverture vaccinale, bien que, pour les raisons qui viennent d'être mentionnées, l'objectif principal de ces évaluations se restreindra à une analyse du processus, dont son acceptabilité et l'identification de conséquences inattendues potentielles. Dans l'idéal, de telles évaluations des processus devraient inclure des données à la fois quantitatives et qualitatives sur la mise en œuvre des interventions. Les données quantitatives peuvent s'appuyer sur les manifestations de l'intervention (p. ex., nombre d'activités d'information) et sur la manière dont elle a été perçue par la population cible (p. ex., données recueillies au moyen d'enquêtes en ligne comme hors ligne). La recherche qualitative (sous forme d'entretiens semi-structurés, d'observations, de groupes de discussions, de veille sur les réseaux sociaux, etc.) offre la possibilité de comprendre le comment et le pourquoi des événements qui ont eu lieu pendant la mise en œuvre des interventions [94]. Elle peut permettre de souligner des problèmes jusqu'ici non identifiés, y compris les conséquences imprévues des interventions, qui pourraient ne pas être visibles dans les résultats des données quantitatives. Il est ainsi possible de reconnaître des nuances importantes au sein des communautés et en tenir compte. Dans l'idéal, les évaluations des processus devraient recueillir des données aussi bien du côté des utilisateurs des services (à savoir, les personnes qui se font vacciner) que des prestataires des services (c'est-à-dire les personnes qui administrent le vaccin). Si possible, ces évaluations doivent également impliquer une collaboration significative avec les organisations et partenaires communautaires, afin de s'assurer que la recherche est conçue de manière à prendre en compte les besoins des communautés sur lesquelles elle se focalise [95].

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a développé et pilote actuellement un cadre d'évaluation des interventions comportementales et culturelles visant la COVID-19, y compris celles qui visent à améliorer l'acceptation du vaccin et la couverture vaccinale. Ce cadre d'évaluation reconnaît que les interventions elles-mêmes peuvent avoir des répercussions inattendues, aussi bien positives que négatives, et comprend un volet qui se focalise sur les effets plus vastes des interventions, notamment en termes de bien-être, de cohésion sociale et de confiance. Pour accéder au cadre d'évaluation et obtenir des informations complémentaires, voir euinsights@who.int.

Il convient de noter que la capacité de la plupart des prestataires de soins à conduire leurs propres évaluations est limitée. Ainsi, il est important d'avoir des attentes réalistes en ce qui concerne l'étendue et la profondeur d'un tel travail. Toutefois, il peut également être possible pour les services de santé de collaborer avec des universités ou d'autres établissements de recherche qui pourraient disposer à la fois des capacités techniques et des ressources humaines pour mener des évaluations méthodologiquement plus avancées, à l'aide de méthodes innovantes telles

que l'évaluation réaliste. Ces approches pourraient permettre de discerner les résultats attendus de ceux qui ne le sont pas suite à la mise en œuvre d'une intervention complexe [96,97].

Évaluation des interventions visant à améliorer l'acceptation et la couverture vaccinale contre la COVID-19 aux Pays-Bas

En septembre 2021, les Pays-Bas affichaient un taux de vaccination contre la COVID-19 largement supérieur à la moyenne européenne [2], mais l'existence d'enclaves de personnes sous-vaccinées, souvent socialement vulnérables, demeurait connue. Des efforts supplémentaires ont donc été déployés pour vacciner ces populations; en octobre 2021, l'Institut néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM) a lancé une enquête nationale, transmise aux services de santé municipaux de tout le pays, pour cartographier les activités de promotion de la vaccination anti-COVID mises en œuvre à l'intention de ces populations sous-vaccinées. Les questions de l'enquête portaient sur un éventail de problématiques, telles que les populations ciblées, la nature des informations sur la vaccination fournies aux différentes populations, le ou les canaux de diffusion de ces informations, l'aide pratique assurée aux personnes se rendant dans les centres de vaccination et le moment où les interventions seront évaluées (et non si elles seront évaluées). Compte tenu de la charge de travail importante imposée aux services de santé municipaux, l'équipe du RIVM, en évitant d'inclure trop de questions, a œuvré à trouver un équilibre entre l'obtention de données de haute qualité sur les questions clés et l'obtention d'un bon taux de réponse.

Cet exercice de cartographie équivaut à une évaluation à l'échelle nationale des mesures mises en place au niveau local, et il est attendu que d'autres évaluations plus précises seront menées. L'équipe du RIVM indique que ses collègues qui mettent les interventions en place au niveau local ont généralement une excellente compréhension des problématiques et des défis qui se posent pour les différentes populations qu'ils cherchent à vacciner et qu'ils ont adapté leurs interventions en conséquence. En outre, les données utilisées au niveau local pour peaufiner les interventions sont souvent signalées comme issues de la pratique, dans la mesure où leurs collègues voient par eux-mêmes ce qui fonctionne dans leurs interactions avec les communautés cibles au lieu de s'appuyer sur des évaluations officielles.

Le RIVM a mis en place une initiative nationale pour aider les services de santé municipaux à partager leurs bonnes pratiques et leurs idées générées au niveau local, ce qui a mené à de nombreux échanges informels et à l'adaptation d'interventions ayant porté leurs fruits. Toutefois, bien que cette initiative facilite les échanges intermunicipaux autour des expériences pratiques et des idées sur la manière d'atteindre la population en vue de la vacciner contre la COVID-19, il n'existe pas ou peu de données sur l'efficacité des différentes interventions, et ce à cause de l'absence d'évaluation ou de surveillance structurelle en lien avec les interventions. Cependant, des projets visant à établir le lien entre ces interventions et des données affinées sur la couverture vaccinale existent à l'heure actuelle, ce qui donnerait des informations sur les associations temporelles entre les interventions et la couverture, tout en tenant compte du fait qu'il n'existe pas nécessairement de causalité pour ces associations.

Conclusions

Tandis que l'automne avance et que l'hiver approche, le risque d'une explosion des cas de COVID-19 et du taux de mortalité dans les populations sous-vaccinées de l'UE/EEE est réel [98]. Améliorer l'acceptation et la couverture vaccinale contre la COVID-19 constitue donc une priorité urgente et immédiate. Les outils et interventions présentés dans ce rapport proposent aux autorités des supports qui peuvent être adaptés et exploités en réponse à cet appel. Dans le même temps, la crise en cours crée la possibilité d'identifier et d'institutionnaliser des bonnes pratiques pour les programmes de vaccination ainsi que de souligner les lacunes qu'il convient de combler dans nos connaissances. Ce faisant, nous pourrions faire plus efficacement face aux épidémies futures de maladies évitables par la vaccination.

Les informations présentées ci-dessus permettent d'identifier deux domaines des bonnes pratiques que les autorités nationales pourraient envisager d'intégrer à leurs programmes de vaccination nationaux. Premièrement, seules quelques-unes des interventions examinées intégraient des stratégies impliquant la participation des communautés. Compte tenu de l'impact important et reconnu que celles-ci peuvent exercer sur la création d'un climat de confiance envers les systèmes de santé, il peut être utile de s'interroger sur la manière d'utiliser plus largement ces approches dans les efforts visant à diagnostiquer, déployer et évaluer les programmes de vaccination contre la COVID-19 [99]. Deuxièmement, les efforts des autorités nationales de certains pays pour collaborer avec les acteurs locaux, régionaux et civils ont aidé à diagnostiquer les causes d'une mauvaise acceptation du vaccin contre la COVID-19 et d'une faible couverture au sein de populations spécifiques. Ils ont également contribué à concevoir et mettre en œuvre des stratégies ciblant ces causes. Bien que l'on reconnaisse les difficultés à établir l'efficacité de ces interventions, les initiatives visant à partager les expériences et les leçons

appries pourraient faciliter les processus de mise en œuvre des interventions dans d'autres contextes, augmentant ainsi potentiellement leur impact [15].

Deux importantes lacunes dans les données ont également été identifiées. Premièrement, il n'existe souvent pas de données désagrégées concernant la couverture vaccinale au sein de différentes sous-populations, ce qui signifie que les faibles taux de vaccination ou les autres problématiques relatives à la couverture vaccinale peuvent demeurer invisibles aux yeux des décideurs, et ainsi ne jamais être résolues. Des stratégies pour le recueil de données sur les populations de réfugiés et de migrants ont été esquissées [100], et des approches similaires pourraient être envisagées pour les autres populations socialement vulnérables. Deuxièmement, les méthodologies actuellement disponibles pour évaluer les répercussions des interventions visant à améliorer l'acceptation des services vaccinaux et la couverture vaccinale sont limitées. Le développement par des sociologues et des comportementalistes de nouvelles méthodologies innovantes en la matière serait hautement bénéfique, surtout si elles pouvaient être appliquées à des contextes où les capacités financières et techniques sont modestes.

Experts ayant contribué au rapport

- Experts de l'ECDC (par ordre alphabétique): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Experts externes (par ordre alphabétique): Marianna Baggio (Centre commun de recherche), Marijn de Bruin (Institut néerlandais pour la santé publique et l'environnement (RIVM), Pays-Bas), Brett Craig (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Katrine Bach Habersaat (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), Mattijs Lambooi (RIVM, Pays-Bas), Siff Nielsen (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe), et Jonas Sivelä (Institut finlandais pour la santé et le bien-être (THK), Finlande).
- Les experts externes ont tous soumis une déclaration d'intérêt dont l'examen n'a révélé aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Hammer CC, Cristea V, Dub T, Sivelä J. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiology and Infection*. 2021 May 11;149:e123.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Tracker Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
3. Furlong A. Romania suspends surgeries, asks EU for help as it battles coronavirus wave. *Politico*. 5 October 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-undergrupper/>
5. 'Insufficient uptake of COVID-19 Vaccines – Challenges and Practices'. Brussels: EU Commission, 2021 [Presentation given at Health Security Council].
6. Speciale A. Bloomberg News. Draghi Says Italy Will Eventually Make Vaccine Compulsory. 2 September 2021. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-09-02/draghi-says-italy-will-eventually-make-vaccine-compulsory>
7. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2016 Feb 17;34(8):1018-24.
8. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2015;2(1):61-73. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2372732215600716>
9. 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. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
10. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
11. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
12. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3778-89.
13. Siegler AJ, Luisi N, Hall EW, Bradley H, Sanchez T, Lopman BA, et al. Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA Network Open*. 2021;4(9):e2126882-e. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26882>
14. Tankwanchi AS, Bowman B, Garrison M, Larson H, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence. *Current Opinion in Immunology*. 2021 Aug;71:62-8.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Webinar: Initiatives to increase access to and uptake of COVID-19 vaccination in socially vulnerable populations. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/webinar-initiatives-increase-access-and-uptake-covid-19-vaccination-socially-vulnerable>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Reducing COVID 19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
17. McGuire K. Parental COVID-19 vaccine hesitancy may be next challenge for vaccination campaigns. *The Conversation*; 2021. Available at: <https://theconversation.com/parental-covid-19-vaccine-hesitancy-may-be-next-challenge-for-vaccination-campaigns-162742>
18. Morgan L, Schwartz JL, Sisti DA. COVID-19 Vaccination of Minors Without Parental Consent: Respecting Emerging Autonomy and Advancing Public Health. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(10):995-6. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1855>
19. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016 Oct;12:295-301.
20. Holzmann-Littig C, Braunisch MC, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*. 2021;9(7):777. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/777>
21. Loubet P, Nguyen C, Burnet E, Launay O. Influenza vaccination of pregnant women in Paris, France: Knowledge, attitudes and practices among midwives. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0215251. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215251>

22. Biswas N, Mustapha T, Khubchandani J, Price JH. The Nature and Extent of COVID-19 Vaccination Hesitancy in Healthcare Workers. *Journal of Community Health*. 2021 Apr 20:1-8.
23. Gilboa M, Tal I, Levin EG, Segal S, Belkin A, Zilberman-Daniels T, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination uptake among healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2021 Sep 23:1-6.
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Health workers in focus: policies and practices for successful public response to COVID-19 vaccination: strategic considerations for member states in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2021/health-workers-in-focus-policies-and-practices-for-successful-public-response-to-covid-19-vaccination-strategic-considerations-for-member-states-in-the-who-european-region-2021-produced-by-whoeurope>
25. Rodríguez-Blázquez C, Romay-Barja M, Falcón M, Ayala A, Forjaz MJ. The COSMO-Spain Survey: Three First Rounds of the WHO Behavioral Insights Tool. *Frontiers in Public Health*. 2021 May-31;9(664) Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.678926>
26. Robert Koch Institute, . COVID-19 Vaccination Rate Monitoring in Germany (COVIMO) - 6th report. Berlin: Robert Koch Institute, August 2021.
27. Copenhagen Centre for Social Data Science. COVID-19 Snapshot Monitoring in Denmark (COSMO Denmark). Copenhagen: University of Copenhagen; 2021. Available at: <https://sodas.ku.dk/projects/covid-19-projects/cosmo/>
28. World Health Organization. Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines. Geneva: WHO, 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-demand-planning-2021.1>
29. Frew PM, Murden R, Mehta CC, Chamberlain AT, Hinman AR, Nowak G, et al. Development of a US trust measure to assess and monitor parental confidence in the vaccine system. *Vaccine*. 2019 Jan 7;37(2):325-32.
30. Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM. A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Prev Med*. 2018 2018/04//;109:1-7. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/29337069>
31. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatrics*. 2013 Nov;167(11):1065-71.
32. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet (London, England)*. 2020 Apr 18;395(10232):1255-6.
33. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Eurosurveillance: bulletin Européen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020 April 2020;25(13)
34. Les Mutualités Libres. Un accompagnement personnalisé par les mutualités des publics fragilisés. 2021. Available at: <https://www.mloz.be/fr/communiqués/un-accompagnement-personnalisé-par-les-mutualités-des-publics-fragilisés>
35. Boecx T, on behalf of Flanders Agency for Care and Health, Primary Care Team. COVID-19 & Primary Health Care. (Presentation at Gastein Conference.) [Personal communication 27 September 2021.]
36. Develtere L. Community health workers begrijpen waarom de weg naar de juiste zorg zo moeilijk is. *Sociaal.Net*; 2021. Available at: <https://sociaal.net/achtergrond/community-health-workers-begrijpen-waarom-de-weg-naar-de-juiste-zorg-zo-moeilijk-is/>
37. Government of Ireland. The SciComm Collective. Dublin: Department of Health; 2021. Available at: <https://www.gov.ie/en/campaigns/32187-sci-comm-collective/>
38. Mercurio K. How the Science Communication Collective is Battling Misinformation. *University Times*. 21 July 2021. Available at: <https://universitytimes.ie/2021/06/how-the-science-communication-collective-is-battling-misinformation/>
39. SciComm Collective. Do vaccines protect against long Covid? 2021. Available at: <https://www.instagram.com/p/CT9GW9iFog5/>
40. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). COVID-19 Vaccination for Professionals. RIVM; September 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/professionals>
41. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). E-Learning for COVID-19 Vaccination. 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/e-learning-covid-19-vaccinatie>
42. University of Nottingham. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.nottingham.ac.uk/news/vaccine-hesitancy>
43. NIHR Applied Research Collaboration (ARC) Wessex. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.arc-wx.nihr.ac.uk/news/experts-create-chatbot-to-address-people-s-concerns-about-covid-19-vaccines/>
44. National Institute for Health Research, University of Nottingham, University of Southampton, Kings College London. VaxFacts. 2021. Available at: <https://www.covidvaxfacts.info/chat#nosplash>
45. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vira – The Chatbot. 2021. Available at: <https://vaxchat.org/>

46. Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet). Coronavirus immunisation programme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Available at: <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/>
47. Health Security Council. Country responses to questionnaire in the Health Security Committee. Brussels: EU Commission; 2021. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/ev_20210915_sr_en.pdf
48. Brekke JP. Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. Journal of Refugee Studies. 2021 Available at: <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
49. Picum. The COVID-19 Vaccines and undocumented Migrants in Italy. Brussels: Picum; 2021. Available at: <https://picum.org/covid-19-vaccines-undocumented-migrants-italy/>
50. ANSA. Italy's Tuscany region vaccinating migrants and homeless. Info Migrants; 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/34400/italys-tuscany-region-vaccinating-migrants-and-homeless>
51. ANSA. Southern Italy: Coronavirus vaccination campaign for undocumented migrants. 17 June 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/33001/southern-italy-coronavirus-vaccination-campaign-for-undocumented-migrants>
52. Tagesschau. Bundesweite Impfwoche startet. 13 September 2021. Available at: <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfaktionswoche-101.html>
53. Fernandez R. Estos son los horarios y campus de la vacunación a jóvenes en las universidades de Madrid. La Razon. 14 September 2021. Available at: <https://www.larazon.es/madrid/20210914/we6fkn4irbfj7cxorga4s6aj5u.html>
54. El Mundo. 'Vacunabuses' por los campus en busca de estudiantes por inmunizar. Madrid: El Mundo; 2021. Available at: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/09/10/613a521ffdddfc6aa8b4644.html>
55. Comunidad de Madrid. Announcement on Plan to Vaccinate Students against COVID-19 in Universities Madrid: Comunidad de Madrid; 9 September 2021. Available at: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2021/09/09/diaz-ayuso-presenta-rectores-plan-vacunar-frente-covid-19-estudiantes-campus-universitarios>
56. Schwarzer R, Fuchs R. Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press; 1995. p. 163-96.
57. Robert Koch Institute (RKI). COVID-19 and Vaccination: Answers to Frequently Asked Questions (FAQ). Berlin: RKI; 2021. Available at: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>
58. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Corona Gedragsunit. Vaccinatiebereidheid bij jongeren. Bilthoven: RIVM; 2 July 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/documenten/vaccinatiebereidheid-bij-jongeren>
59. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Interview: 11 kritische vragen over tieners en coronavaccinatie aan kinderarts en OMT-lid Ily. 3 September 2021. Available at: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/03/interview-11-kritische-vragen-over-tieners-en-coronavaccinatie>
60. Oesterreich Impft. Videos. Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/videos-uebersicht/>
61. Oesterreich Impft. Fragen Sie unsere Sprecher:innen (Ask Our Speakers). Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/sprecherinnen/>
62. Ministerio de Sanidad. Vacunas Con Garantías. Madrid: Ministerio de Salud; 1 February 2021. Available at: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/campanas/campana-vacunascongarantiasseguridad-calidad-y-eficacia-de-las-vacunas-frente-a-la-covid-19/>
63. Ministerio de Salud, Gobierno de España. Yo Me Vacuna Seguro. 2021. Available at: <https://www.msbs.gob.es/campanas/campanas21/YoMeVacunoSeguro.htm>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
65. Sanders JG, Spruijt P, van Dijk M, Elberse J, Lambooy MS, Kroese FM, et al. Understanding a national increase in COVID-19 vaccination intention, the Netherlands, November 2020–March 2021. Eurosurveillance. 2021;26(36):2100792. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>
66. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Current Opinion in Psychology. 2022/02/01/;43:307-11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21001433>
67. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. The Lancet Public Health. 2021 Jun;6(6):e416-e27.
68. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccination mot Covid-19: 'Skydda dig själv och andra'. 11 February 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/februari/vaccination-mot-covid-19-skydda-dig-sjalv-och-andra/>

69. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Ladda ned filmer och annonsmaterial om vaccination mot COVID-19. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/kampanjmaterial/#ljusare>
70. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest: a journal of the American Psychological Society*. 2017 Dec;18(3):149-207.
71. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*. 0(0):1-9. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000663>
72. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *Journal of Medical Ethics*. 2021 Aug;47(8):547-8.
73. Campos-Mercade P, Meier AN, Schneider FH, Meier S, Pope D, Wengström E. Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*. 2021:1-4. Available at: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abm0475>
74. Volpp KG, Cannuscio CC. Incentives for Immunity - Strategies for Increasing Covid-19 Vaccine Uptake. *The New England Journal of Medicine*. 2021 Jul 1;385(1):e1.
75. European Commission. EU Digital COVID Certificate. 2021. Available at: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. *Asociación Española de Pediatría*; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunasa-obligatorias-europa>
85. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Iannazzo S. The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Eurosurveillance*. 2019;24(26):1900371. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900371>
86. Polish Press Agency. Poland launches lottery to promote COVID-19 vaccinations. 2021. Available at: <https://www.pap.pl/en/news/news%2C902316%2Cpoland-launches-lottery-promote-covid-19-vaccinations.html>
87. Wolska A. Polish municipalities incentivised to vaccinate people in race to 75%. *Euractiv*. 27 May 2021. Available at: https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/
88. Vervoort. R. Covid Safe Ticket: Covid Safe Ticket: approbation en première lecture de l'ordonnance de mise en œuvre de l'utilisation du CST en Région bruxelloise. Brussels: Bureau de Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale; 2021. [Press release]. Available at: https://rudivervoort.brussels/news/_covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/
89. Kuczynski E. Quelles sont les différences entre le pass sanitaire européen et le Covid Safe Ticket? *L'Echo*; 24 September 2021. Available at: <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/quelles-sont-les-differences-entre-le-pass-sanitaire-europeen-et-le-covid-safe-ticket/10305449.html>
90. Frati P, La Russa R, Di Fazio N, Del Fante Z, Delogu G, Fineschi V. Compulsory Vaccination for Healthcare Workers in Italy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection. *Vaccines*. 2021;9(9):966. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/966>

91. Paterlini M. COVID-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. *BMJ*. 2021;373:n905. Available at: <https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n905.full.pdf>
92. Ovreteit J. *Evaluating Health Interventions*. 1998 Available at: <http://www.myilibrary.com?id=113095>
93. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>
94. Family Health International, Mack Natasha, Woodsong Cynthia, United States Agency for International Development. *Qualitative research methods : a data collector's field guide*. North Carolina: FLI USAID; 2005.
95. S. Treweek, On behalf of Collaboration for Change. Promoting vaccine uptake. [Personal communication] 17 September 2021.
96. Van Belle S, Rifkin S, Marchal B. The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/09/29;17(1):687. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-z>
97. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluations*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.; 1997.
98. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment: Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-assessing-sars-cov-2-circulation-variants-concern>
99. European Centre for Disease Prevention and Control. Community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/community-engagement-guidance.pdf>
100. World Health Organization. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region - Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020

Annexe 1. Outils et guides d'aide aux stratégies visant à faciliter l'acceptation du vaccin contre la COVID-19 et la couverture vaccinale

Pour aider les pays de l'UE/EEE à planifier et mettre en œuvre des stratégies d'amélioration de l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et de la couverture vaccinale, le lecteur trouvera ci-dessous une liste de sources utiles.

Acceptation et demande

- Ensemble d'outils visant à faire accepter et créer de la demande pour les vaccins contre la COVID-19 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe). Comprend un guide provisoire relatif à l'acceptation et à la demande, un modèle de plan de communication, un guide pour concevoir, cibler et évaluer les interventions, un guide sur l'engagement communautaire et un guide sur la gestion de la mésinformation: [Generating acceptance and demand for COVID-19 vaccines](#)
- Guide relatif à la communication sur la sécurité des vaccins contre la COVID-19 (OMS): [Safety Surveillance Manual - COVID-19 Vaccine Safety Communication](#).
- Ensemble de ressources, mises à disposition par les Centres de contrôle et de prévention des maladies américains, sur le renforcement de la confiance portée aux vaccins contre la COVID-19, comprenant des propositions de stratégies, des outils d'évaluation communautaire, un guide sur l'adaptation des informations, etc.: [Vaccinate with Confidence](#).
- [Guide du groupe de travail technique \(TAG\) de l'OMS relatif aux aspects comportementaux et sanitaires des moteurs améliorant la couverture vaccinale contre la COVID-19](#)
- [Supports de formation](#) pour aider les travailleurs de la santé à communiquer pendant les consultations pour vaccination contre la COVID-19 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe)
- [Communicating with health workers about COVID-19 vaccination](#) (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).

Informations comportementales

- Aperçu complet des données et conseils tirés des sciences comportementales relatifs à la couverture vaccinale contre la COVID-19: [Manuel de communication sur les vaccins contre la COVID-19](#)
- Des données pour agir: comment faciliter une large acceptation des vaccins contre la COVID-19, un [guide complet](#) sur la collecte, l'analyse et l'interprétation de données qualitatives et quantitatives relatives à l'acceptation des vaccins contre la COVID-19: [OMS et UNICEF](#).
- Outil d'enquête et guide comportemental sur la COVID-19 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe): [Survey Tool and Guidance](#).
- Adapter les programmes de vaccination – guide sur l'exploration et la levée des barrières à la couverture vaccinale (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe): [TIP guide](#).

Gestion de la mésinformation

- Étude de l'ECDC qui explore le paysage de la mésinformation sur le vaccin dans une sélection de pays de l'UE et décrit des stratégies visant à tacler la mésinformation en ligne sur le vaccin: [Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA](#)
- Guide pratique qui résume l'état actuel de la science de mésinformation et sa démystification, y compris sur la vaccination, disponible en plusieurs langues (Université George Mason – Center for Climate Change Communication): [The Debunking Handbook 2020](#)
- Guide pour tacler l'infodémie mondiale et encourager la demande de vaccination, disponible en plusieurs langues (UNICEF): [Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins](#).

Informations générales sur la vaccination

- Le Portail européen d'information sur la vaccination (EVIP) est une initiative de l'Union européenne qui apporte des informations sur les vaccins et la vaccination dans toutes les langues de l'UE/EEE. Il a été développé par l'ECDC, en partenariat avec la Commission européenne et l'Agence européenne des médicaments (EMA): [vaccination-info.eu](#)
- Explications sur les vaccins contre la COVID-19 et la vaccination: [vidéos et podcast pour les travailleurs de la santé et pour le public](#) qui répondent à des questions fréquentes sur les vaccins contre la COVID-19 (Bureau régional de l'OMS pour l'Europe).

Ressources pour l'évaluation

- Better Evaluation est une organisation mondiale à but non lucratif qui réunit connaissances et expérience nécessaires pour effectuer des évaluations de qualité dans divers secteurs. Son site internet comprend une base de connaissances pour aider les individus et les organisations à effectuer divers types d'évaluations <https://www.betterevaluation.org/>.