

**SOUTIEN OPÉRATIONNEL**



**Outils et méthodes pour promouvoir  
l'acceptation des vaccins et le taux de  
vaccination: une approche fondée sur  
les sciences sociales et  
comportementales**

**Avril 2025**

SOUTIEN OPÉRATIONNEL DE L'ECDC

# **Outils et méthodes pour promouvoir l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination: une approche fondée sur les sciences sociales et comportementales**

Avril 2025



Le présent rapport du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies a été coordonné par Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) et John Kinsman (ECDC).

*Auteurs contributeurs*

Emma Appelqvist, experte externe de l'ECDC; et Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maïke Winters et Andrea Wuerz, ECDC.

Ce rapport a été transmis pour consultation à Siff Malue Nielsen, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'Europe, et à Hannah Nohlen, Centre commun de recherche de la Commission européenne.

Les auteurs suivants ont contribué à la bibliothèque des interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination (section 2.2): KEITI Aren, Conseil estonien de la santé; Ewa Augustynowicz, Institut national polonais de santé publique; Ludmila Bezdíčková, Institut tchèque d'enseignement médical de troisième cycle; Margita Brtošová, Autorité régionale de santé publique de Dolný Kubín, Slovaquie; Madelene Danielsson et Hélène Englund, Agence suédoise de santé publique; Zhivka Getsova, Centre national bulgare des maladies infectieuses et parasitaires; Lucy Jessop, Health Service Executive (administration des soins de santé) Irlande; Camilla Jordman, Institut finlandais pour la santé et le bien-être; Pania Karnaki, Institut grec de la Prolepsis; Mia Kontio, Institut finlandais pour la santé et le bien-être; Stephan Lewandowsky, Université de Bristol, Royaume-Uni; Rasa Liausediene, Centre national lituanien de santé publique; Alison Maassen, EuroHealthNet, Belgique; Ginreta Megelinskienė, Ministère lituanien de la santé; Sirbu Anca Mirela et Adriana Pistol, Institut national roumain de santé publique; Julia Neufeind, Institut Robert Koch, Allemagne; Dimitrios Paraskevis, Université nationale et capodistrienne d'Athènes; Bo Terning Hansen, Institut norvégien de la santé publique; et Stine Ulendorf Jacobsen, Autorité danoise de la santé.

Citation suggérée: Centre européen de prévention et de contrôle des maladies Outils et méthodes pour promouvoir l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination: une approche fondée sur les sciences sociales et comportementales. Stockholm, ECDC; 2025.

Stockholm, avril 2025

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Numéro de catalogue TQ-01-25-026-FR-N

© Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2025

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

# Table des matières

Introduction.....	1
Domaine d'application et objectif.....	1
Publics cibles.....	2
Comment utiliser le présent document.....	2
Informations contextuelles.....	2
Tendances les plus récentes en matière de couverture vaccinale dans l'UE/EEE.....	2
Principales populations cibles pour la vaccination tout au long de la vie.....	3
Comment les termes relatifs à la vaccination sont-ils utilisés dans le présent rapport?.....	3
Acceptation de la vaccination.....	3
Réticence à la vaccination.....	4
Taux de vaccination.....	4
Couverture vaccinale.....	4
Partie 1. Approches des sciences sociales et comportementales pour améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE.....	5
1.1 Le modèle des 5C.....	5
1.2 Travaux visant à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE.....	8
Partie 2. Outils et méthodes de promotion de l'acceptation des vaccins et du taux de vaccination tout au long de la vie.....	9
2.1 Outil d'enquête pour la collecte de données comportementales sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination.....	9
Comment adapter l'outil d'enquête et élaborer le protocole d'étude et le plan d'analyse?.....	12
Population cible.....	12
Taille de l'échantillon.....	12
Collecte des données.....	12
Échantillonnage.....	13
Présentation de l'enquête.....	13
Protocole de l'étude et plan d'analyse.....	13
Analyse qualitative.....	13
Autorisation éthique.....	14
Établissement de rapports sur les données et interprétation de celles-ci.....	14
Exemple de plan d'analyse.....	14
Conseils supplémentaires sur l'analyse inférentielle.....	16
Conseils supplémentaires concernant les méthodes qualitatives.....	17
Données quantitatives contre données qualitatives.....	17
Sélection des participants.....	17
Collecte des données.....	17
Analyse des données.....	18
Outils permettant l'autoréflexion et l'atténuation des biais.....	18
Autres ressources.....	19
2.2 Méthodes pour lever les obstacles comportementaux à la vaccination.....	19
Bibliothèque d'interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination.....	19
Comment utiliser le cadre en 5 étapes de l'OMS pour structurer l'élaboration de stratégies et d'interventions en matière d'acceptation de la vaccination?.....	31
Références.....	35

## Données chiffrées

Graphique 1. Le continuum de l'acceptation de la vaccination.....	4
Graphique 2. Vue d'ensemble du modèle des 5C.....	5

## Tableaux

Tableau 1. Outil d'enquête pour la collecte de données comportementales sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination.....	9
Tableau 2. Signification d'un score élevé, sur la base du code d'analyse préécrit.....	14
Tableau 3. Interventions relatives aux programmes de vaccination des enfants.....	20
Tableau 4. Interventions relatives à la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV).....	22
TABLEAU 5: Interventions relatives à la vaccination contre la COVID-19 et la grippe.....	24
Tableau 6: Interventions sur la vaccination contre d'autres maladies (variole, coqueluche).....	29
TABLEAU 7. Interventions multinationales financées par l'UE ou partiellement financées par l'UE.....	29



# Introduction

Les autorités de santé publique et les responsables des programmes de vaccination accordent une attention particulière aux tendances épidémiologiques liées à une couverture vaccinale insuffisante, par exemple en analysant les taux de couverture vaccinale en fonction de facteurs tels que l'âge, le sexe, la situation géographique et le niveau d'éducation. Toutefois, l'accent est généralement moins mis sur la compréhension des obstacles et des facteurs facilitants sociaux et comportementaux – y compris ceux liés à des facteurs structurels – qui peuvent être à l'origine de la décision d'une personne d'accepter, de retarder ou de refuser la vaccination pour elle-même ou pour ses enfants.

La réussite des programmes de vaccination repose sur la compréhension et la prise en compte des croyances, des préoccupations et des attentes tant des individus que des communautés à l'égard du vaccin et de la maladie. La confiance dans les recommandations en matière de vaccination et dans les autorités compétentes joue également un rôle essentiel. Dans ce contexte, les approches des sciences sociales et comportementales peuvent fournir un complément important à l'analyse des données épidémiologiques et de la couverture vaccinale lors de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des stratégies et des interventions visant à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination tout au long de la vie.

## Domaine d'application et objectif

Le présent rapport s'appuie sur plus de 15 ans d'efforts déployés par l'ECDC pour aider les pays de l'UE/EEE à accroître l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Plus précisément, il s'appuie sur le rapport technique de l'ECDC intitulé «Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake» (Faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale), publié en 2021 [1]. Il développe le rapport initial en y incluant des outils et des méthodes opérationnels qui intègrent les approches les plus récentes en matière de sciences sociales et comportementales, avec des formats utilisables et adaptables qui correspondent aux contextes de vie réelle auxquels sont confrontés les autorités de santé publique et les programmes de vaccination.

Le rapport est présenté en deux parties:

**Partie 1. Les approches scientifiques sociales et comportementales visant à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE** synthétisent le modèle des 5C qui sous-tend l'outil d'enquête dans la partie 2 et fournit un contexte spécifique à l'UE/EEE pour les personnes qui participeront à des travaux ou à des prises de décision liés à la promotion de l'acceptation des vaccins et du taux de vaccination.

**Partie 2. Les outils et méthodes visant à promouvoir l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination tout au long de la vie** fournissent des outils et méthodes pratiques que les équipes pluridisciplinaires peuvent utiliser pour diagnostiquer les obstacles sociaux et comportementaux et les facilitateurs de la vaccination, soutenant ainsi la conception et la mise en œuvre de stratégies et d'interventions visant à remédier à une couverture vaccinale qui n'est pas optimale. Cette partie du document comprend:

- Section 2.1: Un **outil d'enquête** destiné à recueillir des données sociales et comportementales sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination, et à soutenir le diagnostic des obstacles et des facteurs favorables à la vaccination au sein de populations spécifiques, comprenant:
  - un instrument d'enquête dont les questions sont conçues et organisées sur la base des cinq C du modèle des 5C;
  - des instructions sur la manière d'adapter l'instrument d'enquête et d'élaborer le protocole d'étude et le plan d'analyse;
  - un exemple de plan d'analyse; et
  - des conseils sur les méthodes qualitatives complémentaires.
- Section 2.2: Méthodes de lutte contre les obstacles comportementaux à la vaccination, notamment:
  - une **bibliothèque d'interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination** – classées en fonction des C du modèle des 5C qu'elles traitent – qui ont été mises en œuvre aux niveaux national et infranational, afin d'inspirer et d'éclairer la conception d'interventions ciblées visant à remédier à la couverture vaccinale sous-optimale;
  - des instructions sur la manière d'utiliser le cadre «**5 Steps for the application of behavioural science**» (Cinq étapes pour l'application des sciences comportementales) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour contribuer à structurer l'élaboration de stratégies et d'interventions, y compris la manière dont les outils et les méthodes présentés dans ce document s'inscrivent dans ce processus [2].

## Publics cibles

Les principaux publics cibles du présent rapport sont les scientifiques sociaux et comportementaux, les spécialistes des campagnes et de la communication, les gestionnaires et les équipes de programmes de vaccination, ainsi que les experts épidémiologiques et biomédicaux travaillant au sein des autorités nationales et régionales de santé publique dans les pays de l'UE/EEE.

Parmi les autres publics susceptibles de bénéficier du présent rapport figurent les décideurs politiques et les responsables de la santé publique qui fixent des priorités et des budgets dans le domaine de la vaccination, ainsi que les universitaires, les groupes professionnels et les organisations de la société civile qui travaillent sur la vaccination.

Tous ces publics ont un rôle à jouer pour s'assurer que la population bénéficie d'un accès approprié et équitable aux programmes de vaccination et qu'elle comprend bien les avantages de la vaccination ainsi que les risques liés au report ou au refus de la vaccination.

## Comment utiliser le présent document

Après avoir examiné l'introduction, qui décrit les dernières tendances en matière de vaccination et certains des termes clés utilisés dans le présent rapport, vous pouvez consulter la **partie 1** pour obtenir une vue d'ensemble du modèle des 5C et un résumé des travaux récents visant à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE.

Reportez-vous à la partie 2, **Section 2.1**, pour consulter l'outil d'enquête et les instructions sur la manière de l'adapter à vos questions de recherche, au contexte, à la ou aux population(s) étudiée(s) et à tout vaccin spécifique, ainsi que pour mettre en place un plan d'analyse. Notez que l'outil d'enquête est également disponible sous la forme d'un document Word modifiable et que vous pouvez télécharger le [code d'analyse](#), écrit à la fois en Stata et en R.

Une fois que vous avez défini et diagnostiqué les facilitateurs et les obstacles à la vaccination à l'aide de l'outil d'enquête, la bibliothèque d'interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination (**Section 2.2**) peut vous aider à concevoir des stratégies et des interventions pour remédier à une couverture vaccinale sous-optimale, en vous donnant des exemples de la manière dont certains C peuvent être ciblés. Le cadre de l'OMS «5 étapes pour l'application des sciences comportementales», également décrit à la section 2.2, peut soutenir la planification globale du projet pour ce travail [2].

## Informations contextuelles

Même si les niveaux de couverture vaccinale sont relativement élevés dans l'UE/EEE, en particulier pour les programmes nationaux de vaccination des enfants, il existe des poches de groupes non vaccinés ou sous-vaccinés. En outre, les taux de couverture vaccinale pour les populations adultes, y compris les vaccinations saisonnières proposées aux professionnels de la santé et les doses de rappel proposées aux adultes âgés et aux groupes à risque, ne sont pas optimaux dans de nombreux pays de l'UE/EEE. Des efforts continus sont nécessaires pour identifier les lacunes en matière d'immunité au sein de la population, y compris chez les personnes qui ont peut-être manqué ou retardé la vaccination, puis pour mettre en œuvre des stratégies et des interventions sur mesure afin d'atteindre et de maintenir les niveaux ciblés de couverture vaccinale.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière la manière dont les facteurs sociaux et comportementaux sont liés à la question de savoir si les recommandations sont suivies ou non, par exemple en ce qui concerne le port du masque, les restrictions de déplacement et la distanciation physique. Les facteurs comportementaux ont également eu une incidence significative sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination lors du déploiement des programmes de vaccination contre la COVID-19. En outre, les inégalités sociales ont créé des obstacles à la vaccination pour certains groupes de population, qui devaient être identifiés et traités afin de garantir un accès équitable aux programmes de vaccination contre la COVID-19 [3]. Ces exemples récents démontrent la nécessité actuelle de disposer d'outils opérationnels permettant de relever ces défis.

## Tendances les plus récentes en matière de couverture vaccinale dans l'UE/EEE

Un nombre plus faible d'infections par des maladies évitables par la vaccination a été signalé au cours de la pandémie de COVID-19. Toutefois, le nombre de cas de maladies telles que la rougeole et la coqueluche a augmenté par la suite, en 2023 et 2024. Dans plusieurs pays de l'UE/EEE, la couverture vaccinale de routine des enfants contre la rougeole est inférieure au niveau recommandé ( $\geq 95\%$  de la population éligible vaccinée avec deux doses du vaccin contre la rougeole) afin de prévenir les foyers de rougeole et de protéger les personnes trop jeunes pour être vaccinées ou celles qui ne peuvent pas être vaccinées pour des raisons médicales[4]. Plusieurs

facteurs ont contribué à l'augmentation récente des cas de coqueluche, notamment la présence de personnes non vaccinées ou dont la vaccination n'est pas à jour. En outre, une moindre exposition au virus - qui peut être un facteur naturel de stimulation - en raison de la distanciation physique pendant la pandémie de COVID-19 pourrait avoir entraîné une baisse de l'immunité[5].

Le taux de vaccination contre la grippe saisonnière, qui est recommandée pour les adultes plus âgés et d'autres groupes présentant un risque plus élevé de complications graves, ainsi que pour les professionnels de la santé, reste sous-optimal dans l'ensemble de l'UE/EEE [6]. La couverture est le plus souvent très inférieure à l'objectif fixé dans la recommandation du Conseil de 2009, à savoir une couverture vaccinale de 75 % des personnes âgées et des autres groupes à risque. En outre, les taux de couverture vaccinale des personnes âgées, ainsi que des professionnels de la santé, ont affiché une tendance à la baisse au cours de la saison grippale 2023-2024 par rapport aux périodes précédentes [6,7].

Compte tenu de la circulation continue du virus SARS-CoV-2, les pays de l'UE/EEE continuent de mettre en place des recommandations de vaccination contre la COVID-19, avec quelques différences d'un pays à l'autre (par exemple, des seuils d'âge variables). Les recommandations nationales sont principalement axées sur des groupes de population spécifiques présentant un risque plus élevé de développer une maladie grave (par exemple, les personnes âgées et les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents). Toutefois, malgré ces recommandations, le taux de vaccination contre la COVID-19 est généralement faible. Pour les 28 pays de l'UE/EEE qui ont fourni des données pour le groupe d'âge de 60 ans et plus, la couverture vaccinale médiane contre la COVID-19 de septembre 2023 à juillet 2024 était de 14,0 % (fourchette: 0,02-66,1%), avec de fortes variations d'un pays à l'autre. Pour les 27 pays de l'UE/EEE qui ont fourni des données pour le groupe d'âge de 80 ans et plus, la couverture médiane était de 21,5 % (fourchette: 0,03 à 93,9 %), également avec de fortes variations d'un pays à l'autre [8].

## Principales populations cibles pour la vaccination tout au long de la vie

Le présent rapport plaide en faveur d'une «approche fondée sur les parcours de vie» afin de favoriser l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Le programme de vaccination 2030 de l'OMS stipule que «Toutes les personnes bénéficient des vaccinations recommandées tout au long de leur vie, efficacement intégrées à d'autres services de santé essentiels» [9]. Dans le cadre d'une approche fondée sur les parcours de vie, les individus se voient recommander différentes vaccinations en fonction de leur âge et de leurs besoins en matière de santé tout au long de leur vie. Par conséquent, l'évaluation de l'acceptation de la vaccination dans une population doit tenir compte des vaccins spécifiques recommandés pour des groupes d'âge spécifiques et d'autres groupes cibles, ainsi que du contexte local concernant les programmes de vaccination.

Les principales populations cibles de la vaccination tout au long de la vie sont les suivantes:

- les parents, qui se voient proposer la vaccination de leurs enfants ou de leurs adolescents dans le cadre des programmes nationaux d'immunisation;
- les personnes âgées;
- les personnes enceintes;
- les groupes à risque sur le plan médical, tels que les personnes immunodéprimées;
- les individus et les communautés socialement vulnérables; et
- les professionnels de la santé, qui sont importants non seulement parce qu'ils acceptent la vaccination pour eux-mêmes, mais aussi parce qu'ils recommandent et expliquent l'intérêt de la vaccination à leurs patients.

## Comment les termes relatifs à la vaccination sont-ils utilisés dans le présent rapport?

Les raisons pour lesquelles les taux de couverture vaccinale ne sont pas optimaux dans une population peuvent être multifactorielles et inclure des facteurs comportementaux, culturels, politiques, économiques et sociétaux. [10-12] Compte tenu de l'utilisation variée des termes liés au comportement de vaccination, ainsi qu'à la vaccination en général, des précisions sur la manière dont ces termes sont utilisés dans le présent rapport sont fournies ci-dessous.

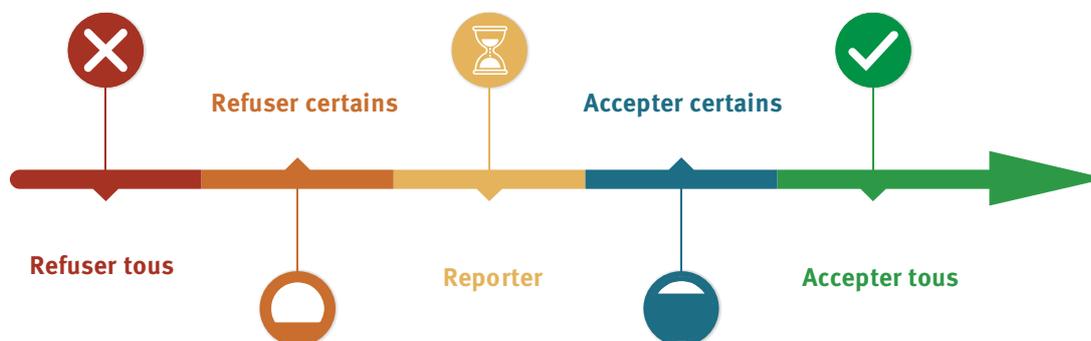
### Acceptation de la vaccination

Le présent rapport met l'accent sur l'acceptation de la vaccination. Ce terme fait référence à la volonté et à l'intention de se faire vacciner. Il reconnaît la complexité des structures et des facteurs environnementaux qui influencent la décision d'une personne de se faire vacciner. En parlant d'acceptation de la vaccination, on évite également de rejeter la responsabilité sur un individu qui peut naturellement se poser des questions sur la vaccination et/ou des vaccins spécifiques, et qui peut donc être «hésitant». En outre, l'acceptation est considérée

comme un continuum qui va de l'acceptation totale au refus catégorique, et la majorité des personnes hésitant à se faire vacciner se situent quelque part au milieu de ce continuum (graphique 1) [13].

Le terme «acceptation des vaccins» implique que, lorsqu'une personne ou une communauté a la possibilité de se faire vacciner, elle choisit de le faire [14]. Toutefois, il est également important de reconnaître que la mise à disposition de la vaccination – par exemple, dans un centre de santé – ne donne pas nécessairement aux individus une possibilité viable de se faire vacciner. Les facteurs contribuant à l'acceptation de la vaccination sont complexes, spécifiques au contexte et varient en fonction du temps, du lieu et du type de vaccin.

### Graphique 1. Le continuum de l'acceptation de la vaccination



Source: ECDC

L'échelle sur le continuum fait référence aux réponses individuelles à la vaccination.

## Réticence à la vaccination

Le cadre des facteurs comportementaux et sociaux de l'OMS - qui donne une vue d'ensemble des principaux domaines liés au taux de vaccination - décrit la réticence à la vaccination comme un «état motivationnel de conflit ou d'opposition à la vaccination» [15]. Cela peut alors entraîner un retard dans l'acceptation ou le refus de la vaccination. Sur la base de cette interprétation, le présent rapport utilise la «réticence à la vaccination» pour faire référence à l'état psychologique d'une personne en ce qui concerne son intention et sa volonté de se faire vacciner.

Les experts ont débattu de la complexité du terme «réticence à la vaccination», et il a été avancé que ce terme ne devrait être utilisé que pour faire référence à une situation spécifique dans laquelle les vaccins suscitent des inquiétudes, plutôt que comme une étiquette pour les personnes [14]. Qualifier les personnes d'«hésitant à se faire vacciner» peut ne pas être utile, étant donné qu'il est naturel d'avoir des questions ou des préoccupations avant d'accepter de recevoir un médicament tel qu'un vaccin.

## Taux de vaccination

Dans le présent rapport, le terme «taux de vaccination» est utilisé pour désigner la réception d'un vaccin par une personne. Il est important de noter que ce terme peut être utilisé pour désigner à la fois la réception d'un vaccin par une personne et le nombre absolu de personnes ayant reçu un vaccin spécifique. Dans ce dernier cas, le taux de vaccination est utilisé comme indicateur de vaccination [16].

Toutefois, il convient de noter que l'acceptation de la vaccination n'équivaut pas au taux de vaccination [17]. En effet, l'«acceptation» ne tient pas compte de facteurs tels que la disponibilité de vaccins ou de facteurs structurels susceptibles d'en entraver l'accès (c'est-à-dire que les personnes peuvent accepter la vaccination, mais que le taux de vaccination reste faible en raison d'autres problèmes). En outre, certaines personnes peuvent se faire vacciner même si elles ont des questions et des préoccupations; par conséquent, elles n'«acceptent» pas entièrement la vaccination sur le plan psychologique.

## Couverture vaccinale

La «couverture vaccinale» est un autre indicateur de vaccination et un terme couramment utilisé pour indiquer la proportion d'une population définie qui a reçu un nombre spécifique de doses d'un vaccin donné.

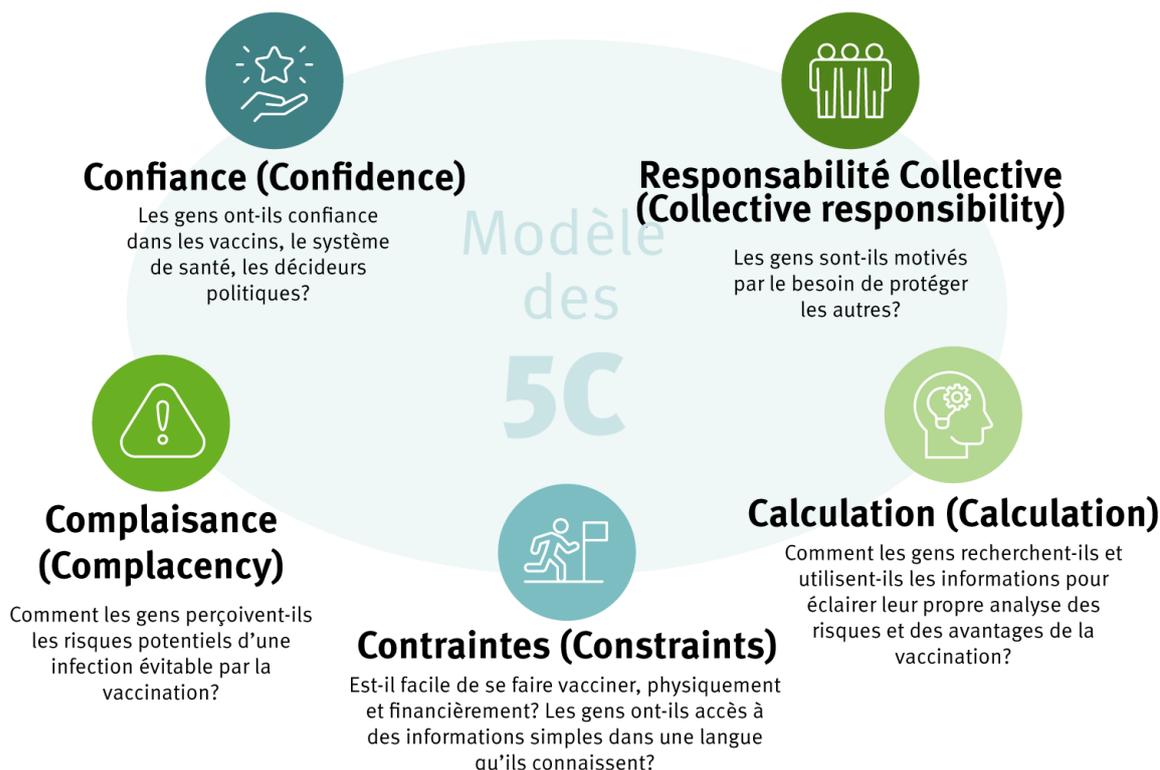
# Partie 1. Approches des sciences sociales et comportementales pour améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE

## 1.1 Le modèle des 5C

Plusieurs modèles issus des sciences sociales et comportementales ont été introduits en tant qu'outils pour décrire l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Ces modèles sont utiles aux praticiens et aux décideurs qui travaillent sur les politiques et les programmes de vaccination, car ils fournissent un moyen systématique de décomposer et de comprendre les facteurs complexes qui peuvent faciliter ou inhiber l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Toutefois, tous les modèles ont leurs points forts et leurs limites: il n'existe pas de modèle unique capable de rendre compte de tous les facteurs et de toutes les complexités. Dans la pratique, les facteurs et les constructions dans les différents modèles sont souvent liés entre eux et se chevauchent.

Le modèle des 5C a été utilisé pour classer les questions dans l'outil d'enquête fourni dans le présent rapport (section 2.1) [18] et pour classer les exemples dans la bibliothèque des interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination (section 2.2). Le modèle des 5C permet d'appréhender de manière structurée les principaux domaines susceptibles d'influencer la volonté d'une personne de se faire vacciner et sa disposition à le faire (graphique 2). Élaboré en 2018, le modèle repose sur cinq éléments qui influencent les intentions et les comportements en matière de vaccination: la Confiance, la Complaisance, les Contraintes, le Calcul et la responsabilité Collective. Elle s'appuie sur des théories d'acceptation de la vaccination, ainsi que sur des modèles psychologiques de comportements de santé [18]. Le modèle peut être utilisé pour diagnostiquer les obstacles et les facteurs facilitant l'acceptation de la vaccination dans une population à un moment précis ou en série, au fil du temps, ce qui facilite la détection précoce des taux d'acceptation de la vaccination plus faibles dans les populations identifiées et permet d'agir rapidement.

### Graphique 2. Vue d'ensemble du modèle des 5C



Source: ECDC, sur la base de [18]

Les cinq composantes du modèle des 5C sont définies et décrites comme suit:

- La **Confiance (Confidence)** fait référence à la confiance d'une personne dans la sécurité et l'efficacité de la vaccination, à la confiance dans les professionnels et les décideurs politiques qui recommandent la vaccination, ainsi qu'à la confiance dans les autorités sanitaires et les systèmes de santé qui les fournissent [18,19].
- Par **Complaisance (Complacency)**, on entend la façon dont une personne perçoit le risque d'un résultat grave résultant de la contractation d'une maladie donnée[19]. La complaisance décrit généralement un manque d'intérêt relatif; par exemple, la complaisance peut être élevée lorsque le risque perçu d'une maladie est faible et que la vaccination est donc perçue comme inutile [20].
- Les **Contraintes (Constraints)** font référence aux obstacles perçus ou réels à la vaccination auxquels un individu est confronté [19]. Ces contraintes peuvent être à la fois psychologiques et structurelles; par exemple, elles font référence à l'efficacité personnelle ou à la capacité perçue d'une personne à se faire vacciner, à accéder à un système de réservation ou à s'absenter du travail pour se rendre à un rendez-vous de vaccination.
- Le **Calcul (Calculation)** fait référence à la manière dont un individu compare et évalue les avantages personnels et les risques potentiels de la vaccination [19]. La manière dont les personnes recherchent et utilisent les informations sur la vaccination peut influencer cette tournure d'esprit, ainsi que la disponibilité des informations, leur qualité perçue et la capacité de l'individu à comprendre les informations relatives à la santé [21].
- La **responsabilité Collective (Collective responsibility)** fait référence à la volonté des personnes de protéger les autres en se faisant vacciner comme moyen de prévenir la propagation de la maladie [19].

Les spécialistes des sciences sociales et comportementales utilisent les données relatives à ces cinq éléments pour comprendre et prévoir les comportements en matière de vaccination. Cela a montré que l'importance de chaque C pour l'acceptation d'un vaccin donné par un individu ou une communauté peut changer au fil du temps à mesure que les contextes et les situations évoluent. Plus généralement, des changements dans un contexte local pourraient entraîner des changements dans l'acceptation de la vaccination, soit de l'acceptation au refus, soit inversement. En se concentrant sur les C spécifiques identifiés comme des obstacles et des facilitateurs de

l'acceptation de la vaccination, on peut soutenir le développement de stratégies et d'interventions ciblées et empiriques pour remédier au taux sous-optimal de vaccination [21].

Bien que le modèle des 5C soit principalement axé sur les antécédents psychologiques de la vaccination, il est clair que le taux de vaccination est sous-optimal en raison de multiples autres facteurs. Par exemple, la composante «Contraintes» du modèle inclut des facteurs structurels qui échappent au contrôle d'un individu, tels que la facilité de se faire vacciner sur les plans pratique et financier, ainsi que la mesure dans laquelle il peut accéder à des informations appropriées.

Le modèle des 5C dérive du modèle des 3C, initialement proposé en 2015, dans lequel les trois principaux facteurs influençant la prise de décision en matière de vaccination étaient la Complaisance, la Commodité et la Confiance [22]. Lors de la pandémie de COVID-19, le modèle des 7C a été développé, qui inclut la Conformité et la Conspiration en plus des 5C. Une échelle des 7C adaptée a également été mise au point pour permettre aux parents d'évaluer leur volonté et leur disposition à vacciner leurs enfants [20].

## 1.2 Travaux visant à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans les pays de l'UE/EEE

Depuis plus de 15 ans, l'ECDC s'efforce d'aider les pays de l'UE/EEE à améliorer l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Plus récemment, en 2021, l'ECDC a publié un rapport technique intitulé «Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake» (Faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 et la couverture vaccinale), sur lequel s'appuie le présent rapport [1]. La même année, l'ECDC s'est également penché sur les stratégies de lutte contre la désinformation en ligne sur la vaccination, avec la publication d'un rapport technique et d'une formation en ligne [23,24]. À la suite de la pandémie de COVID-19, et compte tenu des difficultés à communiquer sur l'importance et l'impact de la vaccination, l'ECDC a également publié un guide sur la communication efficace autour du rapport bénéfices/risques de la vaccination [25]. Tous les guides, outils et recherches de l'ECDC sur la communication relative à l'immunisation et à l'acceptation de la vaccination sont disponibles sur le site web de l'ECDC [26].

En outre, afin de fournir au public une source d'information fiable et scientifique sur la vaccination, l'ECDC a développé le portail européen d'information sur la vaccination (EVIP) en collaboration avec la Commission européenne (CE) et l'Agence européenne des médicaments (EMA). Le portail, disponible dans toutes les langues de l'UE/EEE, a été lancé lors de la Semaine européenne de la vaccination en 2020 [27].

La Commission européenne a également mis au point plusieurs actions visant à soutenir les efforts déployés par les pays pour accroître l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination. Les activités visant à renforcer la confiance en matière de vaccination comprennent, par exemple, la coordination des efforts visant à accroître le taux de vaccination, la facilitation de l'échange de bonnes pratiques, la lutte contre la désinformation et la fourniture d'orientations pour instaurer la confiance [28]. Plus récemment, le Centre commun de recherche de la Commission européenne a publié plusieurs rapports axés sur les sciences du comportement et portant sur l'acceptation et la demande de vaccination [29,30].

Depuis 2018, la Commission européenne s'est engagée dans le projet de confiance envers les vaccins pour mener des enquêtes tous les deux ans afin de surveiller la confiance envers la vaccination dans l'UE [31]. L'enquête utilise un indice qui mesure quatre dimensions: la confiance dans i) l'importance, ii) la sécurité et iii) l'efficacité de la vaccination, ainsi que iv) la compatibilité de la vaccination avec les croyances religieuses ou personnelles. Les résultats montrent que, bien qu'une grande partie des répondants aient des croyances positives à l'égard de la vaccination, la confiance a varié au fil du temps, tant en général qu'en ce qui concerne des vaccins spécifiques et par groupe d'âge. D'importantes variations géographiques de la confiance persistent, les niveaux de confiance les plus faibles étant observés en particulier dans les pays d'Europe centrale et orientale. En outre, la confiance des adultes plus âgés est restée constamment plus élevée que celle des jeunes générations, et cet écart semble se creuser dans la majorité des États membres de l'UE.

En 2019, la Commission européenne a créé une coalition pour la vaccination qui réunit des associations européennes de professionnels de la santé et des associations d'étudiants dans le domaine de la santé et de la vaccination, dans le but d'améliorer l'éducation vaccinale des professionnels de la santé et d'améliorer l'information du grand public [32]. La Commission européenne a également été active avec une campagne de promotion de la vaccination (#UnitedInProtection) [33].

En outre, un certain nombre de projets multinationaux ont bénéficié d'un financement au titre de subventions de l'Union européenne pour la recherche et l'innovation et du programme «L'UE pour la santé» (EU4Health) en faveur d'initiatives visant à accroître le taux de vaccination. Il s'agit notamment du projet [JITSUVAX](#) (selon le principe du Jiu Jitsu à l'encontre de la désinformation à l'ère de la COVID-19: recours à l'apprentissage fondé sur la réputation pour améliorer le taux de vaccination et les connaissances liées à celle-ci), du projet [RIVER-EU](#) (réduction des inégalités au niveau des taux de vaccination dans la région européenne) et du projet [AcToVax4NAM](#) (accès à la vaccination pour les migrants nouvellement arrivés) [34-36]. Les descriptions de l'ensemble des projets, ainsi que de certaines interventions nationales et infranationales liées à JITSUVAX et à RIVER-EU, figurent dans la bibliothèque des interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination, à la section 2.2 du présent rapport.

Dans l'ensemble de la région européenne, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a élaboré l'approche des programmes de vaccination adaptés (Tailoring Immunisation Programmes - TIP) afin d'aider les pays à atteindre un taux de vaccination élevé et équitable [37].

# Partie 2. Outils et méthodes de promotion de l'acceptation des vaccins et du taux de vaccination tout au long de la vie

## 2.1 Outil d'enquête pour la collecte de données comportementales sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination

Cet outil d'enquête peut être utilisé pour recueillir des données sociales et comportementales sur l'acceptation des vaccins et du taux de vaccination, ce qui permet de diagnostiquer les obstacles et les facteurs facilitant la vaccination dans des populations spécifiques (tableau 1; l'outil est également disponible sous la forme d'un [document Word éditable](#)). Il a été élaboré sur la base de questions d'enquête qui ont été validées sur le plan psychométrique dans des études antérieures [15,18,19,31,40-42]. Il comprend:

- une aide au recueil du consentement éclairé;
- huit questions introductives concernant les facteurs sociodémographiques et le comportement en matière de vaccination;
- quinze points basés sur le modèle des 5C, où les répondants peuvent indiquer dans quelle mesure ils sont d'accord ou non avec une série d'affirmations; et
- sept questions qualitatives suggérées.

Dans les 15 points basés sur le modèle des 5C, il y a trois points pour chaque C, l'un d'entre eux étant désigné comme l'indicateur de base pour chaque C. L'idéal est que l'enquête soit menée en utilisant l'ensemble des 15 points; toutefois, en cas de contraintes de ressources, elle peut être limitée aux cinq points de base.

La liste des questions qualitatives ouvertes suggérées peut être ajoutée à une étude d'enquête pour mieux comprendre les processus de pensée et les actions des personnes, ou servir de base à des études qualitatives distinctes (tableau 1; les questions sont également disponibles dans la version [éritable du document Word](#) de l'outil d'enquête). Les questions qualitatives permettant une réponse ouverte peuvent constituer une occasion précieuse pour les répondants de répondre dans leurs propres termes.

Avant d'utiliser l'outil, il est important de réunir une équipe de recherche pluridisciplinaire, comprenant de préférence une personne qualifiée dans la conception d'enquêtes et l'analyse statistique. L'équipe doit décider des questions exactes de recherche et élaborer ensemble un protocole d'étude et un plan d'analyse. Des informations détaillées sur la manière d'adapter l'outil d'enquête et d'élaborer un protocole d'étude sont fournies après l'outil. Un exemple de plan d'analyse est présenté plus loin dans cette section et le [code d'analyse](#) (encadrés 1-3), écrit à la fois en Stata et en R, peut également être téléchargé.

**Tableau 1. Outil d'enquête pour la collecte de données comportementales sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination**

### Consentement éclairé

Merci pour votre intérêt dans cette étude. Nous sommes des chercheurs de (insérer le nom de l'institution) et nous sommes intéressés par (insérer les objectifs de l'étude). Vos réponses nous aideront à éclairer et à adapter nos interventions afin d'accroître le taux de vaccination. Il vous faudra environ (estimation du nombre de minutes) minutes pour répondre à nos questions. Avant d'accepter l'étude, veuillez lire attentivement les informations ci-dessous.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions. Les questions portent sur la vaccination et sur votre attitude à l'égard de celle-ci. Nous vous demanderons également quelques informations vous concernant, telles que votre sexe, votre âge et votre niveau d'éducation. Les réponses que vous donnerez seront anonymisées, ce qui signifie que nous ne pourrions pas retracer les données jusqu'à vous. Ces données seront collectées par (insérer le nom de l'agence de collecte de données) et partagées avec l'équipe de recherche de (insérer le nom de l'institution des chercheurs). Le comité d'examen interne de (insérer l'institution dont relève ce comité) a examiné le protocole de l'étude et a donné son approbation pour la réalisation de l'étude (insérer le numéro d'approbation entre parenthèses).

Vos données seront stockées sur les serveurs de (insérer le lieu de stockage des données) et ne seront accessibles qu'aux chercheurs affiliés à ce projet. Vos données seront conservées ici pendant (indiquer le

nombre d'années) ans. Elles pourront être utilisées à l'avenir pour d'autres projets de recherche visant de la même manière à comprendre les attitudes en matière de vaccination. L'utilisation et le stockage des données seront conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et aux lois nationales.

Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant cette étude ou la manière dont nous utiliserons et stockerons vos données, vous pouvez contacter (insérer le nom) à l'adresse (insérer l'adresse électronique).

### Consentement

En acceptant de participer, je comprends que:

Ma participation est volontaire.

Mes données seront utilisées dans le cadre d'une recherche sur les attitudes à l'égard de la vaccination.

Mes données seront anonymisées.

Mes données seront conservées de manière sécurisée, conformément aux règles du RGPD et à la législation nationale.

Je peux retirer ma participation à tout moment.

Acceptez-vous de participer à cette étude?

Oui/Non

Thème	Point	Questions	Options de réponse
<b>Données sociodémographiques</b>	1	Quel âge avez-vous?	Nombre d'années
	2	Quel est votre sexe?	1. Masculin 2. Féminin 3. Non binaire 4. Autre/je préfère ne pas répondre
	3	Où habitez-vous dans le pays?	Options de région adaptées à la situation du pays (à numéroter à partir de 1)
	4	Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous ayez atteint?	Options adaptées au contexte national (à numéroter à partir de 1)
	5	Êtes-vous actuellement...?	1. Salarié 2. Travailleur indépendant 3. Sans emploi 4. Étudiant 5. Retraité 6. En incapacité de travail 7. Autre 99. Je préfère ne pas répondre
<b>Comportement vaccinal</b>	6	À votre connaissance, avez-vous reçu tous les vaccins qui vous ont été recommandés?	1. Aucun 2. Certains 3. Tous 99. Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre
	7	Avez-vous refusé ou reporté un vaccin qui vous a été recommandé?	1. Aucun 2. Certains 3. Tous

			99. Je ne sais pas/ je préfère ne pas répondre
	8	À l'avenir, avez-vous l'intention de vous faire vacciner selon les recommandations en vigueur dans votre pays?	1. Certainement pas 2. Probablement pas 3. Peut-être 4. Probablement oui 5. Assurément 99. Je ne sais pas/ je préfère ne pas répondre

5C	Point	Question	Options de réponse pour toutes les questions liées aux 5C
		Dans quelle mesure êtes-vous en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants?	1. Pas du tout d'accord 2. Pas tout à fait d'accord 3. Neutre 4. Partiellement d'accord 5. Tout à fait d'accord 99. Je ne sais pas/ je préfère ne pas répondre
<b>Confiance</b>	<b>9 (de base)</b>	<b>Dans l'ensemble, je pense que les vaccins sont sûrs [31].</b>	
	10	Dans l'ensemble, je pense que les vaccins sont efficaces [31].	
	11	Je fais confiance aux autorités de santé publique pour recommander uniquement des vaccins sûrs et efficaces [19].	
<b>Complaisance</b>	<b>12 (de base)</b>	<b>Je me fais vacciner parce qu'il est trop risqué d'être infecté [19].</b>	
	13	Les vaccinations ne sont pas nécessaires pour moi parce que je tombe rarement malade de toute façon [19].	
	14	La vaccination n'est plus nécessaire parce que les maladies évitables par la vaccination ne sont plus courantes [18].	
<b>Contraintes</b>	<b>15 (de base)</b>	<b>En pratique, il me sera difficile de me faire vacciner [40].</b>	
	16	Je veille à ce que les vaccins les plus importants me soient administrés à temps [19].	
	17	Il est facile pour moi d'accéder aux services de vaccination [15].	
<b>Calcul</b>	<b>18 (de base)</b>	<b>Lorsque je pense à me faire vacciner, je pèse les avantages et les risques pour prendre la meilleure décision possible [18].</b>	
	19	En règle générale, je suis les recommandations de mon médecin ou d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la vaccination [41].	
	20	Les informations que je reçois des autorités sanitaires sur les vaccins sont fiables [42].	

responsabilité Collective	21 (de base)	Je me fais vacciner parce que je protège ainsi d'autres personnes [19].	
	22	Lorsque tout le monde est vacciné, je n'ai pas besoin de me faire vacciner à mon tour [18].	
	23	La plupart de mes proches veulent que je me fasse vacciner [15].	

Questions qualitatives nécessitant une réponse ouverte	
1.	Quelles sont les questions ou les inquiétudes que vous avez lorsque vous envisagez de vous faire vacciner?
2.	Quelles sont les premières choses qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez vacciner?
3.	<b>Confiance:</b> d'une manière générale, que pensez-vous de la sécurité et de l'efficacité des vaccins?
4.	<b>Complaisance:</b> comment évaluez-vous votre risque de tomber malade d'une maladie qui peut être évitée grâce à la vaccination?
5.	<b>Contraintes:</b> quels types d'obstacles rencontrez-vous lorsque vous essayez de vous faire vacciner? Il peut s'agir de difficultés physiques, psychologiques ou d'autres types de difficultés.
6.	<b>Calcul:</b> quel type d'informations recherchez-vous et lisez-vous lorsque vous essayez de prendre la décision de vous faire vacciner ou non?
7.	<b>responsabilité Collective:</b> que pensez-vous du fait d'être vacciné pour protéger les autres?

## Comment adapter l'outil d'enquête et élaborer le protocole d'étude et le plan d'analyse?

Cet outil d'enquête devrait être adapté aux questions de recherche, en particulier à la population concernée par l'étude et au(x) vaccin(s) particulier(s), le cas échéant. Des considérations et orientations importantes sur la manière d'élaborer le protocole d'étude et le plan d'analyse sont présentées ci-dessous.

### Population cible

Les questions de recherche et le protocole d'étude doivent clairement indiquer la population cible de l'étude. Les questions de l'outil d'enquête peuvent ensuite être adaptées en fonction de la population cible. Par exemple, en fonction des questions de recherche, on pourrait étudier l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination dans la population adulte générale ou parmi les personnes s'occupant de jeunes enfants, les populations migrantes, les travailleurs de la santé, les personnes âgées de plus de 65 ans ou d'autres populations vulnérables ou mal desservies. Par exemple, si une étude vise à comprendre les attitudes à l'égard de la vaccination infantile, la déclaration générale «Dans l'ensemble, je pense que les vaccins sont sûrs» peut être actualisée comme suit: «Dans l'ensemble, je pense que les vaccins infantiles sont sûrs».

Les questions devront également être adaptées en fonction du ou des vaccins cibles, le cas échéant. L'outil d'enquête cible les attitudes envers les vaccins en général, mais peut être facilement adapté pour cibler des vaccins spécifiques.

Les questions sociodémographiques proposées devront également être adaptées au contexte local. Par exemple, lorsqu'il s'agit de poser des questions sur le niveau d'éducation d'un répondant, les options de réponse doivent refléter le système éducatif dans le contexte. Deuxièmement, l'outil d'enquête original ayant été rédigé en anglais, le pilotage des traductions de l'enquête parmi les membres de votre population cible permettra de déterminer si les éléments traduits sont compris, s'ils sont culturellement appropriés et/ou s'ils doivent être révisés.

### Taille de l'échantillon

En collaboration avec un statisticien, le calcul de la taille de l'échantillon doit permettre de déterminer le nombre minimum de répondants nécessaires à l'étude afin de garantir une puissance statistique suffisante pour détecter des effets significatifs. Il se peut que la taille de l'échantillon doive être gonflée pour compenser la non-réponse et l'attrition potentielles. Afin de permettre un nombre suffisant de répondants, une compréhension approfondie de la population cible et de la manière de l'atteindre est nécessaire avant le début de l'étude.

### Collecte des données

La méthode de collecte des données doit être sélectionnée sur la base de considérations relatives à la population cible, aux ressources disponibles et au type d'échantillonnage. Lorsque l'on cible la population adulte générale dans un pays où le taux de pénétration de l'internet est élevé, les enquêtes ou les entretiens en ligne peuvent être des méthodes appropriées. Les entretiens en présentiel peuvent être mieux adaptés à certains groupes de la population (par exemple, les adultes âgés).

## Échantillonnage

L'échantillonnage de la population cible de l'étude peut se faire de plusieurs manières [43]. Lorsqu'un échantillon représentatif de la population est nécessaire, la meilleure approche est l'échantillonnage de probabilité. Parmi les moyens les plus courants d'y parvenir, on peut citer l'échantillonnage aléatoire simple ou systématique, ainsi que l'échantillonnage en grappes ou stratifié. Si les ressources le permettent, l'échantillonnage peut être externalisé à des entreprises qui disposent d'une expertise dans ce domaine. Si la représentativité - et donc la généralisation à l'ensemble de la population - n'est pas nécessaire pour atteindre les objectifs de l'étude, il est possible de recourir à un échantillonnage non aléatoire. Parmi les méthodes courantes d'échantillonnage non aléatoire figurent l'échantillonnage de commodité, l'échantillonnage boule de neige et l'échantillonnage raisonné.

## Présentation de l'enquête

La manière dont l'enquête est présentée aux répondants dépend de la méthode de collecte des données qui sera utilisée pour l'enquête. Toutes les questions liées aux 5C ont les mêmes options de réponse sur la base d'une échelle de Likert à 5 points (de «Pas du tout d'accord» à «Tout à fait d'accord»). Par conséquent, l'enquête pourrait être présentée par écrit sous la forme d'un grand tableau, l'échelle de Likert étant présentée verticalement à côté de chaque question (comme dans le tableau 1). Les questions peuvent également être posées une à une lors d'un entretien en présentiel ou en ligne, l'échelle de Likert étant communiquée à la personne interrogée sous forme d'options de réponse. Il est préférable de ne pas utiliser les en-têtes de l'outil d'enquête (par exemple, variables sociodémographiques, confiance, contraintes) dans l'enquête proprement dite afin que les répondants ne soient pas influencés par certaines réponses.

Dans l'outil d'enquête, chaque réponse a une valeur numérique attribuée (par exemple, question 6: 1 = Aucun, 2 = Certains, 3 = Tous, 99 = Je ne sais pas/je préfère ne pas répondre). Ces valeurs attribuées ne doivent pas nécessairement être visibles pour les répondants à l'enquête, mais doivent être utilisées dans le backend de l'enquête, de sorte que les résultats soient donnés dans ce format. Le code d'analyse préécrit est basé sur ces chiffres.

## Protocole de l'étude et plan d'analyse

Le protocole de l'étude doit décrire la population cible, la taille de l'échantillon, la méthode de collecte des données et l'approche d'échantillonnage. Il doit également contenir une section sur la manière dont l'analyse des données sera effectuée.

Les analyses doivent être concises et répondre aux questions de recherche. Pour les analyses descriptives, des tableaux récapitulatifs de la démographie des répondants à l'étude pourraient être créés. Les indicateurs de base de chaque C peuvent être résumés et stratifiés en fonction de variables démographiques telles que le sexe et l'éducation, si nécessaire. Les trois indicateurs comportementaux clés de l'outil d'enquête – i) le taux de vaccination antérieur, ii) le refus de se faire vacciner par le passé et iii) l'intention de se faire vacciner – peuvent également être résumés de manière descriptive et stratifiés par variables démographiques. Des analyses statistiques inférentielles peuvent être menées pour tester les associations entre les résultats comportementaux, les 5C et les données démographiques.

Pour pouvoir réaliser cette analyse, il est important de suivre les valeurs numériques attribuées des options de réponse, comme suggéré dans l'outil d'enquête. Un exemple de plan d'analyse comprenant à la fois des analyses descriptives et des analyses inférentielles des résultats de l'enquête est fourni ci-dessous (cases 1 à 3), et le [code d'analyse](#) préécrit (en Stata et en R) peut également être téléchargé.

## Analyse qualitative

Si des questions qualitatives ouvertes sont incluses dans l'étude, les questions proposées dans le tableau 1 doivent être soigneusement examinées et adaptées pour refléter le contexte local. Les réponses écrites aux questions ouvertes d'une enquête ou les transcriptions des entretiens doivent être soigneusement analysées et codées. L'analyse inductive peut aider à identifier les thèmes généraux qui émergent des codes afin de donner un aperçu plus riche des processus de réflexion et des actions des personnes. L'analyse peut également être effectuée de manière déductive en utilisant les 5C en tant que thèmes ou en utilisant une combinaison des deux approches. Pour tirer pleinement parti de ce type de recherche, un chercheur qualitatif expérimenté devrait prendre l'initiative de l'analyse. Des conseils supplémentaires sur la collecte et l'analyse de données qualitatives sont disponibles à la fin de cette section.

## Autorisation éthique

Avant le début de toute collecte de données, il est important de s'assurer que les lignes directrices nationales en matière d'éthique sont respectées. Cela peut inclure l'obligation de demander une autorisation éthique pour l'étude. Les comités d'examen internes examineront les plans de l'étude et détermineront si une autorisation est nécessaire et, dans l'affirmative, examineront en détail les plans d'étude pour donner l'autorisation. Les comités d'examen internes examineront probablement si les plans de collecte et d'analyse des données sont conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD). Cela signifie que la proposition d'étude doit indiquer clairement comment gérer l'anonymisation, le stockage des données et l'accès aux données. Toutes les études doivent informer les participants potentiels des objectifs de l'étude et de la manière dont leurs données seront utilisées et stockées, et souligner que leurs réponses seront anonymisées, que leur participation est volontaire et qu'ils peuvent arrêter l'étude à tout moment sans subir de conséquences négatives. Ces informations doivent être suivies d'une question demandant au participant s'il accepte cela et s'il est disposé à participer à l'étude. Ce processus permet d'obtenir un consentement éclairé, qui doit être obtenu avant qu'une quelconque question ne soit posée au participant. Un modèle à cet effet est fourni dans l'outil d'enquête (tableau 1), ainsi que dans le [document Word éditable](#).

## Établissement de rapports sur les données et interprétation de celles-ci

Après l'analyse des données, il est important de distiller les principaux résultats et d'envisager d'éventuelles interventions. Les principaux résultats peuvent être résumés à l'aide de tableaux et de chiffres et peuvent être décrits dans un rapport ou publiés dans une revue scientifique évaluée par des pairs. L'équipe pluridisciplinaire qui travaille sur l'étude devra examiner la ou les meilleures façons de présenter les données obtenues aux parties prenantes concernées et de les utiliser pour diagnostiquer les obstacles et les facteurs favorables à la vaccination au sein de populations spécifiques. Les données donneront probablement des orientations aux stratégies et interventions potentielles, en particulier en ce qui concerne ceux des 5C qui pourraient être les plus pertinents en tant que domaines prioritaires. Des exemples de la manière dont les pays de l'UE/EEE ont ciblé des C particuliers sont présentés dans la bibliothèque des interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination (section 2.2).

## Exemple de plan d'analyse

Cet exemple de plan d'analyse fournit une structure de base pour l'analyse des données de l'enquête (encadrés 1 à 3; le [code d'analyse](#) complet, écrit à la fois en Stata et en R, peut également être téléchargé). L'analyse devrait idéalement se dérouler en trois phases:

- phase 1: préparation des données (encadré 1);
- phase 2: analyse descriptive (encadré 2); et
- phase 3: analyse inférentielle (encadré 3).

La préparation des données consiste à nettoyer les données et à les préparer pour les analyses (encadré 1). Le nettoyage des données peut consister à vérifier si les réponses sont réalistes (par exemple, personne ne peut avoir 178 ans) et à s'assurer que toutes les variables sont sous forme numérique. Avec le code préécrit, vous pouvez vérifier à deux reprises que toutes les variables ont les valeurs et les étiquettes attribuées correctes. Par exemple, pour la variable de genre, les hommes peuvent se voir attribuer le numéro 1 et les femmes le numéro 2.

Dans le cadre de la préparation des données, certaines variables doivent être codées à l'envers. Toutefois, avant de le faire, il convient de définir la signification d'un score élevé (tableau 2).

**Tableau 2. Signification d'un score élevé, sur la base du code d'analyse préécrit**

Construire	Signification d'un score élevé
Confiance	Confiance élevée dans la vaccination, degré élevé de préparation à la vaccination
Complaisance	Grande complaisance, faible volonté de se faire vacciner
Contraintes	Les contraintes entravent la vaccination, faible disposition à la vaccination
Calcul	Forte implication dans l'analyse coût-bénéfice de la vaccination, faible disposition à la vaccination
responsabilité Collective	La vaccination est perçue comme une responsabilité collective, degré élevé de disposition à la vaccination

Par exemple, en ce qui concerne la complaisance ou autosatisfaction, la question 12 indique ce qui suit: «Je me fais vacciner parce qu'il est trop risqué d'être infecté». Un score élevé sur cette question (c'est-à-dire une personne qui répond «5. Tout à fait d'accord») refléterait une personne dont le niveau de complaisance est faible et qui, par conséquent, est bien préparée à la vaccination. Toutefois, la valeur numérique est élevée, ce qui pourrait être

interprété à tort comme un niveau élevé de Complaisance et donc un faible degré de préparation à la vaccination. Pour atténuer ce problème, il est important d'inverser le codage de ces questions, comme le montre l'encadré 3 (veuillez noter que le [code d'analyse](#) correspondant peut être téléchargé). Une fois le codage inversé effectué, les scores moyens pour chacun des C peuvent être calculés. Les données sont alors prêtes à faire l'objet d'une analyse descriptive.

Pour les analyses descriptives, les trois indicateurs comportementaux clés de l'outil d'enquête – i) le taux de vaccination antérieur, ii) le refus dans le passé de se faire vacciner et iii) l'intention de se faire vacciner – peuvent être résumés et stratifiés par des variables sociodémographiques pertinentes (encadré 2). Ensuite, les indicateurs de base pour chacun des 5 C peuvent être résumés.

Pour les analyses inférentielles, plusieurs suggestions sont formulées (encadré 3). Il pourrait être intéressant de comprendre les facteurs prédictifs sociodémographiques pour chacun des 5C. Par exemple, la complaisance est-elle plus élevée chez les femmes que chez les hommes? La partie suivante des analyses inférentielles vise à comprendre les prédicteurs des trois indicateurs comportementaux clés susmentionnés. Pour ces analyses, les variables sociodémographiques et les 5C sont traitées comme des prédicteurs potentiels. Des conseils supplémentaires sur la manière de réaliser ces analyses inférentielles sont également donnés ci-dessous.

## Encadré 1. Voir les données

Inverser le code des éléments suivants:

- Complaisance (résultats élevés = degré élevé de complaisance/nonchalance et donc faible état de préparation à la vaccination)
  - Q12: Je me fais vacciner parce qu'il est trop risqué d'être infecté.
- Contraintes (scores élevés = nombreuses contraintes – c'est-à-dire des obstacles quotidiens qui entravent la vaccination – et donc une faible disposition à la vaccination)
  - Q16: Je veille à ce que les vaccins les plus importants me soient administrés à temps.
  - Q17: Il est facile pour moi d'accéder aux services de vaccination.
- Calcul (scores élevés = considérations coûts-avantages approfondies et faible disposition à la vaccination)
  - Q19: D'une manière générale, je fais ce que mon médecin ou mon professionnel de la santé recommande en matière de vaccination.
  - Q20: Les informations que je reçois sur les vaccins de la part des autorités sanitaires sont fiables.
- Responsabilité Collective (scores élevés = disposition à la vaccination pour protéger les autres).
  - Q22: Lorsque tout le monde est vacciné, je n'ai pas à me faire vacciner moi aussi.

Calculer les scores moyens de chaque C:

- Additionner les scores des trois points de la rubrique Confiance et diviser par 3.
- Additionner les scores des trois points de la rubrique Complaisance et diviser par 3.
- Additionner les scores des trois points de la rubrique Contraintes et diviser par 3.
- Additionner les scores des trois points de la rubrique Calcul et diviser par 3.
- Additionner les scores des trois points de la rubrique responsabilité Collective et diviser par 3.

## Encadré 2. Analyse descriptive

Résumés des résultats comportementaux:

- % de personnes qui ont été vaccinées selon les recommandations:
  - Par âge
  - Par sexe
  - Par niveau d'éducation
  - Par région
- % de personnes qui ont refusé les vaccinations recommandées:
  - Par âge
  - Par sexe
  - Par niveau d'éducation
  - Par région
- % de personnes qui ont l'intention de se faire vacciner conformément aux recommandations:
  - Par âge
  - Par sexe
  - Par niveau d'éducation
  - Par région

Indicateurs de base:

- Confiance: % de personnes qui pensent que les vaccins sont sûrs (c'est-à-dire qui ont répondu 4 ou 5)

- Complaisance (autosatisfaction): % de personnes qui se font vacciner parce qu'il est trop risqué d'être infecté (réponse 4 ou 5)
- Contraintes: % de personnes qui déclarent que, dans la pratique, il sera difficile de se faire vacciner (réponse 4 ou 5)
- Calcul: % de personnes qui conviennent que lorsqu'elles pensent à se faire vacciner, elles évaluent les avantages et les risques afin de prendre la meilleure décision possible (réponse 4 ou 5)
- responsabilité Collective: % de personnes qui pensent qu'elles se font vacciner parce qu'elles protègent ainsi d'autres personnes (c'est-à-dire qui ont répondu 4 ou 5)

Score moyen par C stratifié par âge, sexe, éducation, région et situation professionnelle.

### Encadré 3. Analyse inférentielle

Facteurs prédictifs sociodémographiques pour chaque C:

Résultat: Confiance (score moyen de 1 à 5): Facteurs prédictifs: âge, sexe, éducation, région, situation professionnelle

Résultat: Complaisance (score moyen de 1 à 5): Facteurs prédictifs: âge, sexe, éducation, région, situation professionnelle

Résultat: Contraintes (score moyen de 1 à 5): Facteurs prédictifs: âge, sexe, éducation, région, situation professionnelle

Résultat: Calcul (score moyen de 1 à 5): Facteurs prédictifs: âge, sexe, éducation, région, situation professionnelle

Résultat: responsabilité Collective (score moyen de 1 à 5): Facteurs prédictifs: âge, sexe, éducation, région, situation professionnelle

Dans cette analyse, chacun des 5C est traité comme un résultat et les variables sociodémographiques sont testées en tant que facteurs prédictifs. Cela permettra de comprendre si les variables sociodémographiques ont une incidence sur le score moyen de chacun des 5C. Étant donné que le résultat est un score moyen, une régression linéaire peut être effectuée. Le résultat de ces analyses est un coefficient qui quantifie la relation entre le facteur prédictif et le résultat, indiquant la variation attendue du score moyen du résultat pour une variation d'une unité de la variable prédictive.

#### Facteurs prédictifs liés au fait d'être vacciné conformément aux recommandations

Résultat: a reçu les vaccins conformément aux recommandations (aucun, certains, tous). Facteurs prédictifs: scores moyens de tous les 5C, âge, sexe, éducation, région, statut professionnel

#### Facteurs prédictifs liés au retard ou au refus de vaccination

Résultat: refus de vaccination (aucun, certains, tous). Facteurs prédictifs: scores moyens de tous les 5C, âge, sexe, éducation, région, statut professionnel

#### Facteurs prédictifs liés à l'intention de vaccination

Résultat: intentions de vaccination (score 1-5). Facteurs prédictifs: scores moyens de tous les 5C, âge, sexe, éducation, région, statut professionnel.

### Conseils supplémentaires sur l'analyse inférentielle

Lors de l'analyse d'une variable de résultat comportant trois ou cinq catégories ordinales, le choix d'un modèle de régression approprié dépend de la manière dont le résultat est traité. En outre, le nombre d'observations dans chaque catégorie joue un rôle crucial. Si certaines catégories comportent trop peu d'observations, il peut être nécessaire de les regrouper pour garantir une puissance statistique.

Si le résultat est conservé sous sa forme ordinale, un modèle de régression logistique ordinal peut être utilisé, en supposant que l'hypothèse des chances proportionnelles soit respectée. Ce type de régression traite les réponses comme des étapes ordonnées, en supposant que le passage d'une réponse de 1 («Pas du tout d'accord») à 2 («Pas d'accord») est similaire au passage de 4 («D'accord») à 5 («Tout à fait d'accord») en termes de facteurs ayant de l'influence. Par exemple, si le fait d'être une femme augmente les chances de passer de 1 à 2, cela augmente également les chances de passer de 3 («Neutre») à 4 («D'accord») dans la même proportion, par rapport aux hommes. De même, si le fait d'être plus âgé augmente la probabilité de progresser d'un point (par exemple de 2 à 3), il est supposé avoir le même effet proportionnel à chaque étape de l'échelle (par exemple également de 4 à 5). Cette hypothèse s'appelle l'hypothèse des chances proportionnelles.

Par ailleurs, si le résultat n'est divisé qu'en deux catégories (par exemple, le résultat «vacciné selon les recommandations» est divisé en 0 = pas complètement vacciné (ce qui comprend «aucun» et «certains») et 1 = complètement vacciné («a reçu tous les vaccins recommandés»), alors un modèle de régression logistique binaire est le choix le plus approprié, en estimant comment ces facteurs augmentent ou diminuent la probabilité d'être complètement vacciné. En ce qui concerne une régression logistique ordinaire et une régression logistique binaire, les résultats seront présentés sous forme de rapports de probabilités.

Si le résultat des cinq catégories est réduit à trois catégories, un modèle de régression logistique multinomiale peut être utilisé. Supposons que nous regroupons les réponses relatives à l'intention de se faire vacciner (score 1-5) en trois catégories: intention faible (1-2 = «Peu susceptible de se faire vacciner»), intention modérée (3 = «Incertain» ou «Neutre») et intention élevée (4-5 = «Susceptible de se faire vacciner»). Étant donné que ces trois catégories n'ont pas d'ordre strict (c'est-à-dire que le fait d'être «modéré» n'est pas nécessairement à mi-chemin entre «faible» et «élevé»), nous pouvons utiliser une régression logistique multinomiale au lieu d'un modèle ordinal. Le modèle choisit une catégorie comme groupe de référence (par exemple, «intention faible») et estimera les probabilités pour «modéré» par rapport à «faible et élevé» par rapport à «faible». Le résultat de la régression logistique multinomiale est donné sous la forme de ratios de risque relatifs.

En fin de compte, le choix du modèle dépend à la fois de considérations théoriques et de contraintes pratiques, telles que la taille des échantillons d'observations dans les différentes catégories. Ces considérations soulignent l'importance d'un statisticien qualifié au sein de l'équipe de recherche pluridisciplinaire.

## Conseils supplémentaires concernant les méthodes qualitatives

Les résultats de l'outil d'enquête fourniront une compréhension fondamentale des obstacles et des facteurs favorables à l'acceptation de la vaccination au sein d'une population spécifique. Cependant, il est peu probable qu'ils expliquent les raisons de l'existence de ces obstacles et de ces facteurs favorables. Les méthodes qualitatives peuvent fournir des informations dans ce domaine en contribuant à mettre au jour les nuances du contexte, en proposant des idées sur la manière de surmonter les obstacles et les facteurs favorables spécifiques à l'acceptation de la vaccination [44].

## Données quantitatives contre données qualitatives

Les méthodes quantitatives sont utiles pour acquérir des données numériques et effectuer des analyses statistiques concernant le domaine d'intérêt de la recherche. Par exemple, les enquêtes quantitatives peuvent aider à comprendre la volonté d'une personne ou d'une communauté de se faire vacciner et les obstacles qu'elle peut rencontrer. Toutefois, étant donné que de nombreux instruments de collecte de données quantitatives – tels que les enquêtes ou les registres – sont préconçus par les chercheurs avec des réponses fixes, les informations produites se limitent à des questions dont on sait déjà qu'elles ne sont pas suffisamment comprises. Les méthodes quantitatives se concentrent également sur la compréhension des tendances centrales d'une population, ce qui peut limiter l'examen plus approfondi des raisons qui sous-tendent ces tendances ou exceptions.

Les méthodes qualitatives, quant à elles, utilisent le chercheur comme un instrument de collecte des données. Elles suivent une approche systématique mais flexible de la collecte des données, en utilisant la conception émergente à l'aide d'adaptations effectuées tout au long du processus. L'utilisation de questions ouvertes est essentielle dans les méthodes qualitatives, car elle permet aux personnes interrogées de répondre et de décrire leurs expériences et leurs points de vue avec leurs propres mots et dans leur propre langue. Il est essentiel de saisir les pensées, les sentiments et les attitudes des participants pour acquérir des connaissances culturelles et sociales, étant donné que les participants peuvent contribuer à définir et à soulever les questions importantes à leurs yeux.

## Sélection des participants

Diverses techniques d'échantillonnage peuvent être utilisées pour sélectionner les participants à une étude qualitative, l'échantillonnage raisonné (c'est-à-dire le choix des participants susceptibles d'être les plus pertinents pour l'étude) étant couramment utilisé. Le nombre de participants est généralement défini sur la base de la «saturation des données», qui est atteinte lorsqu'aucune information analytique/pertinente substantiellement nouvelle n'est plus collectée, stade auquel le processus de collecte des données peut être conclu [45]. Les méthodes de collecte des données et les techniques d'analyse utilisées seront guidées par les questions de recherche.

## Collecte des données

Deux méthodes de collecte de données qualitatives qui peuvent être pertinentes dans ce contexte sont les suivantes [46]:

- **Entretiens semi-structurés**, qui sont menés en tête-à-tête avec un chercheur et un participant. Ils utilisent souvent un guide d'entretien, qui contient des questions pertinentes pour répondre aux questions générales de recherche. Les entretiens semi-structurés durent généralement de 40 à 60 minutes et peuvent avoir lieu en présentiel ou en ligne, de préférence dans un environnement calme et exempt de distraction. Les entretiens sont idéaux pour comprendre les points de vue, expériences, croyances et motivations des personnes en l'absence d'influence d'autrui, ainsi que pour discuter de questions sensibles.

- Les **discussions de groupe de réflexion** sont, en revanche, menées en groupes, avec un animateur et généralement trois à huit participants. Elles ont aussi souvent recours à un guide de discussion adapté à l'ensemble des questions de recherche. Contrairement aux entretiens, cette méthode est utile pour comprendre la dynamique de groupe et les normes au sein d'une communauté, y compris les similitudes et les différences de points de vue. Les groupes de discussion doivent être animés avec compétence afin que tous les participants se sentent à l'aise pour partager leurs opinions.

Les deux méthodes présentent des points communs qu'il convient de garder à l'esprit:

- le guide d'entretien/de discussion doit prévoir le temps nécessaire pour établir la confiance entre le chercheur et le(s) participant(s). Les questions initiales peuvent servir à briser la glace de façon décontractée, être suivies de questions générales sur le sujet, pour ensuite laisser place à des questions plus spécifiques ou sensibles.
- Les questions doivent être ouvertes, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'y répondre par «oui» ou «non». Il s'agit d'encourager les participants à partager ouvertement et largement.
- Il convient d'éviter les questions orientées, c'est-à-dire les questions qui orientent les participants vers une réponse particulière.
- Les entretiens et la facilitation des entretiens devraient être flexibles. Le ou les participants peuvent aborder des sujets qui sont pertinents pour les questions de recherche générales, mais qui ne sont pas abordés dans le guide. Il convient d'accorder du temps à ces discussions, et la conversation peut être ramenée au reste des questions lorsque cela s'avère nécessaire.
- Les intervieweurs et les facilitateurs doivent faire preuve d'empathie et veiller à faire des pauses, à modifier ou à arrêter la conversation afin de garantir le confort des participants, en particulier dans le cas de questions sensibles.

## Analyse des données

Les méthodes qualitatives offrent diverses options en matière d'analyse des données et une certaine souplesse dans leur utilisation, ce qui vous permet de choisir celles qui correspondent à vos besoins spécifiques. Deux d'entre elles sont l'analyse du contenu et l'analyse thématique. Si l'analyse des données qualitatives peut être considérée comme un spectre, l'analyse de contenu tend à être plus descriptive, tandis que l'analyse thématique tend à être plus interprétative.

L'**analyse de contenu** est un terme générique désignant le «codage et la catégorisation systématiques» des données textuelles [47]. Fondée sur les théories de la communication, l'analyse des tendances et des fréquences des mots permet de dégager des schémas et des significations. Les «codes» (c'est-à-dire les petites unités de texte ayant une signification) sont organisés en catégories sur la base de modèles courants. Cela peut se faire à la fois de manière inductive (c'est-à-dire créé à partir des données) et de manière déductible (c'est-à-dire en ayant des catégories préexistantes dérivées d'une théorie, d'un cadre ou d'un modèle). L'analyse du contenu peut être réalisée de manière quantitative, par exemple en comptant le nombre de fois qu'une question particulière est soulevée dans le cadre d'une discussion. Toutefois, dans le cadre d'une approche qualitative, le contexte des mots est également pris en compte pour comprendre à la fois la signification apparente et la signification sous-jacente.

L'**analyse thématique** fait référence au processus d'identification des thèmes ou des modèles d'intérêt dans les données [48]. Bien qu'elle commence par un processus de codification similaire à celui de l'analyse du contenu, l'analyse thématique va au-delà de la catégorisation des données et tente d'interpréter le sens latent d'un texte (c'est-à-dire en déduisant quelles idées, hypothèses, conceptualisations et idéologies peuvent façonner ce que disent les participants). Ces thèmes peuvent être créés de manière inductive ou déductive; toutefois, les thèmes déductifs devront souvent être ajustés pour refléter les significations latentes identifiées dans votre ensemble de données.

## Outils permettant l'autoréflexion et l'atténuation des biais

Il est important de rappeler que, dans toute recherche en matière de santé publique, qu'elle soit qualitative ou quantitative, les chercheurs ne sont pas de simples observateurs passifs, mais peuvent influencer activement la recherche et ses résultats. Toutes les mesures prises par les chercheurs au cours du processus, depuis l'établissement des questions de recherche jusqu'à l'analyse des données, sont influencées par leur contexte, leurs perspectives et leurs préjugés conscients ou inconscients. Il est important d'aborder cette question de manière proactive au cours du processus de recherche et d'interpréter les résultats en conséquence. La méthodologie de recherche qualitative dispose de quelques outils pour permettre ce processus d'autoréflexion et pour atténuer les biais, notamment:

- Les **énoncés de réflexivité** - les chercheurs doivent réfléchir et se demander pourquoi ils s'engagent dans la recherche, quels préjugés ils peuvent avoir concernant le groupe cible par rapport au sujet de la recherche, et comment certaines parties de leur identité ou de leurs antécédents peuvent influencer la manière dont ils

mènent la recherche ou en interprètent les résultats. Cette auto-réflexion est ensuite résumée dans un court paragraphe et jointe à la diffusion des résultats à des fins de transparence [49].

- La **triangulation des chercheurs/le contrôle par les membres** - deux chercheurs ou plus peuvent coder une section de données de manière indépendante, puis comparer les codes pour trouver les différences et les similitudes, avant de parvenir à un consensus sur la manière d'interpréter et de catégoriser les données. Cela renforce la crédibilité des résultats. Un processus similaire peut également être mené avec les participants du groupe cible, afin de valider les enseignements tirés des données auxquelles ils ont contribué. C'est ce que l'on appelle le contrôle par les membres [50].

## Autres ressources

Il existe plusieurs ressources qui décrivent le processus de recherche de manière plus détaillée, y compris la manière de mener l'analyse des données et d'interpréter les résultats. Elles comprennent:

- [«A field guide to qualitative research for new vaccine introduction»](#) (Un guide de terrain pour la recherche qualitative en vue de l'introduction d'un nouveau vaccin) de l'OMS
- [«Rapid qualitative research to increase COVID-19 vaccination uptake: a research and intervention tool»](#) (Recherche qualitative rapide visant à accroître le taux de vaccination contre la COVID-19: un outil de recherche et d'intervention) de l'OMS

La liste de contrôle [«Critères consolidés pour l'établissement de rapports sur la recherche qualitative \(COREQ\)»](#) est un guide utile pour l'établissement de rapports et la description de la recherche qualitative.

## 2.2 Méthodes pour lever les obstacles comportementaux à la vaccination

### Bibliothèque d'interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination

Les tableaux ci-dessous offrent une bibliothèque d'interventions aux niveaux national et infranational afin d'inspirer et d'éclairer la conception des interventions visant à remédier à une couverture vaccinale sous-optimale. Les exemples concernent la vaccination des enfants (tableau 3), la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) (tableau 4), la vaccination contre la COVID-19 et la grippe (tableau 5) et la vaccination contre d'autres maladies (coqueluche et variole) (tableau 6). De nombreuses interventions se concentrent sur les populations vulnérables, telles que les migrants, et sont basées sur le soutien de la conversation entre les travailleurs de la santé qui sont responsables de la vaccination et les patients. Les interventions multinationales financées par l'UE ou partiellement financées par l'UE sont également présentées (tableau 7).

Pour recueillir ces exemples d'interventions nationales et infranationales, le directeur de l'ECDC a contacté les organes de coordination compétents du Centre le 4 septembre 2024. Elle leur a demandé de désigner un ou plusieurs experts en matière d'acceptation de la vaccination dans leur pays, qui pourraient répondre à une enquête (encadré 4) et être disponibles pour apporter les éclaircissements supplémentaires nécessaires. Un rappel a été envoyé au cours de la première semaine d'octobre 2024.

#### Encadré 4. Questionnaire destiné aux experts nationaux sur l'acceptation des vaccins et le taux de vaccination

1. Organisation chef de file (c'est-à-dire nom de l'organisation qui a dirigé l'intervention globale)
2. Collaborateurs (c'est-à-dire les noms des organisations qui ont contribué à la conception/mise en œuvre et/ou à l'évaluation de l'intervention)
3. Niveau d'intervention (c'est-à-dire à quel niveau l'intervention a-t-elle été mise en œuvre?) - Réponse à choix unique:
  - a. National
  - b. Régional
  - c. Niveau local/communautaire
  - d. Niveaux multiples
  - e. Autre: Veuillez préciser: \*Texte libre\*
4. Population cible [c.-à-d. quel(s) groupe(s) de population était(étaient) visé(s) par votre intervention?] - Réponse à choix unique:
  - a. Grand public
  - b. Adultes (âgés de 18 ans et plus)
  - c. Enfants (jusqu'à l'âge de 12 ans inclus)
  - d. Adolescents (âgés de 13 à 17 ans)

- e. Parents/soignants
  - f. Personnes âgées
  - g. Populations socialement vulnérables
  - h. Travailleurs de la santé
  - i. Médias
  - j. Autre (à préciser): \*Texte libre\*
6. Veuillez fournir tout autre détail pertinent concernant votre population cible: \*Texte libre\*
7. Veuillez décrire brièvement l'intervention. Nous sommes intéressés par les aspects suivants (réponse courte mais complète):
- a. Quel était l'objectif spécifique de l'intervention par rapport à la ou aux populations cibles?
  - b. Quelle était la raison d'être de l'intervention? (Expliquez le raisonnement ou la motivation qui sous-tend l'intervention, y compris les recherches antérieures, les données de couverture/l'expérience, le cas échéant)
  - c. Quand et où l'intervention a-t-elle eu lieu?
  - d. Quelles ont été ses principales activités?
  - e. Quels ont été les résultats ou les incidences de l'intervention? (Partager tous les détails des évaluations formelles ou informelles, le cas échéant)
  - f. Quels sont, selon vous, les principaux enseignements que vous avez tirés du processus de conception/mise en œuvre/évaluation de l'intervention? Veuillez fournir des informations détaillées sur les facteurs favorables, les obstacles et les défis éventuels, ainsi que sur les solutions ou les informations que vous avez recueillies au cours du processus.
8. Disposez-vous d'un site web ou d'un document public externe qui résume l'intervention ou fournit des informations sur les principales activités? Partagez un lien ici (le cas échéant): \*Texte libre\* Ou téléchargez les fichiers pertinents ici (le cas échéant): \*Boîte de téléchargement de fichiers\*
- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager au sujet de l'intervention et de votre expérience? \*Texte libre\*

Quatorze des 30 pays de l'UE/EEE ont répondu, fournissant un total de 26 exemples d'intervention, dont 24 sont repris dans les tableaux ci-dessous. Les descriptions des interventions ci-dessous ont été légèrement modifiées afin d'assurer la cohérence du style et de la présentation, mais elles sont par ailleurs présentées telles qu'elles ont été communiquées par les pays dans leurs réponses à l'enquête (y compris les liens lorsqu'ils sont fournis). Dans certains cas, des informations ont été complétées par courrier électronique au cours de la phase d'examen externe, et ces informations ont été incorporées dans le texte ci-dessous.

Un atelier a été organisé avec le personnel de l'ECDC et un expert externe afin d'examiner les exemples d'intervention et de classer chaque intervention à l'aide du modèle des 5C. De nombreuses interventions couvrent au moins deux des 5C, la majorité d'entre elles portant sur la Confiance et/ou les Contraintes. Moins d'exemples concernaient le Calcul ou la Complaisance, et aucun exemple ne portait sur la responsabilité Collective.

L'ECDC a également pris contact avec plusieurs projets multinationaux financés par l'UE dans le cadre de la coordination avec Eurohealthnet, notamment RIVER-EU [Reducing Inequalities in Vaccination uptake in the European Region (Réduction des inégalités dans le taux de vaccination dans la région européenne)] et AcToVax4NAM [Access to Vaccination for Newly Arrived Migrants (Accès à la vaccination pour les migrants nouvellement arrivés)] [34,35]. Un expert national en France, identifié par l'organisme de coordination compétent de l'ECDC en France, a également pris contact avec les coordinateurs de JITSUVAX (le principe du Jiu Jitsu à l'encontre de la mésinformation à l'ère de la COVID-19) [36]. De plus amples informations sur ces projets plurinationaux financés par l'UE figurent dans le tableau 7.

**Tableau 3. Interventions relatives aux programmes de vaccination des enfants**

État membres	Public cible	Description de l'intervention	C correspondant
Danemark [51]	Travailleurs de la santé	Un module de formation d'une demi-journée a été organisé pour les infirmières de santé publique à partir d'un grand nombre des 98 municipalités du Danemark. La formation comprenait des connaissances sur le programme danois de vaccination des enfants et sur les maladies évitables par la vaccination, ainsi que des conseils sur la communication avec les parents qui hésitent à se faire vacciner. Les infirmières ont été désignées «ambassadrices de la vaccination» et encouragées à partager les leçons apprises avec d'autres collègues. Elles ont été choisies comme groupe cible de la formation en raison de leurs visites régulières aux nouveaux parents et de leur présence dans les écoles. Le programme a été mené en 2019, 2021 et 2022.	Confiance

		Aucune évaluation systématique n'a été réalisée, mais un retour d'information a été recueilli à la fin de chaque journée. Les infirmières ont apprécié les informations actualisées sur les maladies couvertes par le programme de vaccination et ont apprécié la possibilité de se rencontrer et de discuter de leurs expériences avec leurs collègues. L'intérêt pour le programme est resté constant chaque année.	
France [52-54]	Parents/soignants	<p>Les sages-femmes ont été formées à l'utilisation d'entretiens motivationnels pour préparer les mères qui venaient d'accoucher et leurs partenaires à la vaccination de leurs nouveau-nés. L'expérience acquise au Québec a montré qu'en établissant un partenariat avec le professionnel de la santé, l'entretien motivationnel peut contribuer à renforcer la motivation et l'engagement d'une personne en faveur d'un changement de comportement. L'intervention s'est déroulée de novembre 2021 à avril 2022 dans deux maternités: Sainte Musse, Toulon; Saint Joseph, Marseille, dans le sud-est de la France.</p> <p>Un essai contrôlé randomisé a été réalisé et a permis de constater une réduction significative de 33 % des inquiétudes liées à la vaccination dans le groupe entretien motivationnel, contre une diminution non significative de 17 % dans le groupe témoin (dépliant). La réduction initialement mesurée des inquiétudes concernant la vaccination est restée tout aussi importante lorsque les mères ont été contactées sept mois après avoir quitté le service de maternité. Un groupe de travail collaboratif examine la transférabilité de cette intervention à d'autres populations cibles.</p> <p>Cette intervention a été en partie soutenue par la subvention 964728 de l'Union européenne pour la recherche et l'innovation «Horizon 2020» (JITSUVAX) décrite dans le tableau 7. Pour en savoir plus: <a href="http://www.jitsuvax.com">www.jitsuvax.com</a></p>	Confiance, Calcul
Suède [55,56]	Travailleurs de la santé	<p>Le programme d'adaptation des vaccinations (Tailoring Immunizations Programmes, TIP) de l'OMS, qui comprend un processus par étapes permettant d'identifier les obstacles et les facteurs facilitant la vaccination dans le contexte local, de concevoir et d'élaborer des interventions adaptées, et de mettre en œuvre et de suivre les activités, a été traduit et adapté au contexte suédois en vue d'une mise en œuvre au niveau régional. Jusqu'à présent, quatre régions ont lancé des projets pilotes sur la base de ce guide.</p> <p>Les principales activités comprennent des ateliers visant à faciliter la méthode TIP avec chacun des acteurs régionaux responsables de la mise en œuvre du programme national de vaccination (PIN). Des réunions et des conférences communes ont également été organisées avec les acteurs régionaux, ainsi qu'une coopération et un échange d'expériences. L'adaptation se fonde sur les travaux antérieurs menés en 2013 sur le guide TIP, axé sur une communauté somalienne en dehors de Stockholm. En effet, malgré une couverture vaccinale généralement élevée en Suède pour la vaccination des enfants dans le cadre du programme national de vaccination, il est nécessaire de mieux aider les acteurs régionaux et locaux à comprendre l'évolution de la couverture vaccinale et de l'acceptation des vaccins.</p> <p>Il ressort clairement de ce qui précède qu'en plus de la traduction, une adaptation contextuelle continue est nécessaire. Les projets pilotes facilitent le renforcement conjoint des capacités ainsi que l'apprentissage collectif et la génération de connaissances. Les projets pilotes ont débuté en 2021 et se poursuivront jusqu'en 2025, une évaluation étant prévue ultérieurement. Le guide du programme d'adaptation des vaccinations suédois sera révisé et mis à jour en 2025 sur la base des retours d'information et des enseignements tirés des travaux menés dans le cadre des quatre projets pilotes.</p>	Confiance, Contraintes, Complaisance
Suède [57,58]	Travailleurs de la santé	Des supports pédagogiques ont été élaborés pour soutenir le dialogue concernant la vaccination. Cette intervention s'adresse aux infirmiers et aux médecins qui travaillent avec la vaccination dans les services de soins de santé pour enfants ou dans les écoles. Elle peut également être utilisée par d'autres	Confiance, Contraintes, Complaisance

		<p>professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la vaccination. L'objectif est d'aider les infirmières vaccinatrices à instaurer un climat de confiance lors des entretiens avec les parents, en leur fournissant un outil pour un dialogue structuré et ouvert, ainsi que des modules de formation pour la réflexion et la formation avec des collègues dans le cadre local. On sait que le dialogue entre le personnel de santé et les parents est un outil puissant pour renforcer la confiance dans la vaccination. Les conclusions d'une étude qualitative réalisée en 2019 par l'Agence de santé publique de Suède auprès d'infirmières (chargées des soins de santé pour enfants et des soins de santé à l'école) ont révélé une lacune dans le soutien et la structure permettant aux infirmières de gérer certaines occasions dans lesquelles elles se sentaient mal à l'aise et ne savaient pas comment elles pouvaient répondre aux questions spécifiques des parents et/ou à l'hésitation générale avant de prendre une décision concernant un vaccin. Pour répondre à ce besoin, le matériel de formation adapté a été élaboré en s'inspirant du matériel de formation de l'OMS intitulé «Conversations to build trust in vaccination and other studies» (Conversations pour renforcer la confiance dans la vaccination et d'autres études). Les principaux supports pédagogiques disponibles à télécharger depuis 2023 à l'intention des professionnels de la santé comprennent un manuel d'utilisation sur la manière de mener la formation, une présentation PowerPoint pour la formation et une brochure résumant l'outil en cinq étapes pour soutenir le dialogue.</p> <p>L'approche en cinq étapes vise à instaurer un dialogue ouvert avec les parents au sujet de la vaccination, tout en explorant et en répondant aux questions qu'ils peuvent se poser. La disponibilité du matériel a été communiquée à plusieurs reprises au cours de la Semaine européenne de la vaccination et par le biais de divers courriels adressés à des réseaux professionnels. Au cours de l'élaboration du matériel, un certain nombre d'ateliers ont été organisés pour tester et co-créeer le matériel avec les groupes cibles dans quelques régions et réseaux professionnels. Après la publication, un certain nombre de présentations et d'ateliers ont été organisés pour diffuser le matériel et suivre les réactions qu'il a suscitées.</p> <p>L'outil n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation systématique. Celle-ci commencera en 2025.</p>	
Roumanie	Parents/soignants	<p>L'intervention se concentre sur l'envoi de messages textuels de rappel aux parents et aux soignants. En Roumanie, un registre électronique national des vaccinations est en place depuis 2011. L'envoi de rappels par SMS a été une intervention mise en place en 2018 dans le but d'accroître l'adhésion des soignants à la vaccination des enfants conformément au programme national de vaccination. L'adhésion des soignants aux vaccins recommandés pour les enfants diminue normalement, à l'exception des vaccins recommandés dans les premiers jours suivant la naissance. Cela pourrait être dû à l'hésitation, mais aussi au manque d'informations concernant les âges auxquels la vaccination est recommandée et la disponibilité des vaccins. Les SMS sont envoyés au niveau national, pour tous les enfants, avant la date estimée de vaccination. Il est prévu d'évaluer l'impact de cette intervention.</p>	Contraintes

**Tableau 4. Interventions relatives à la vaccination contre le papillomavirus humain (HPV)**

État membres	Public cible	Description de l'intervention	Les C correspondants
Danemark [59]	Populations socialement vulnérables	L'intervention s'est concentrée sur le dialogue avec les personnes issues de minorités ethniques dans le but de partager des connaissances sur la vaccination contre le papillomavirus et d'autres services de santé, d'acquérir des connaissances sur les obstacles au sein des groupes cibles et d'accroître la confiance dans les services de santé, les professionnels de la santé et les autorités sanitaires.	Confiance, contraintes, complaisance

		<p>L'autorité danoise de la santé a collaboré avec Mino Danmark pour mener des «Mino Talks», un événement qui promeut le dialogue démocratique et donne la parole aux citoyens issus d'une minorité pour débattre et partager les défis.</p> <p>Six Mino Talks ont été organisés et des efforts de sensibilisation ont été lancés dans tous les domaines qui ont contribué à recruter pour les événements. Chaque Mino Talk a consisté en deux tables rondes, dont la première portait spécifiquement sur la vaccination contre le HPV et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Les panels différaient d'une ville à l'autre afin que les voix locales puissent être entendues. Les événements se sont déroulés en octobre et novembre 2023 dans les régions de Vejle, Brøndby, Gellerupparken (Aarhus), Vollsmose (Odense), Tingbjerg et Slagelse. Les zones ont été sélectionnées sur la base des zones où vivent de nombreux citoyens appartenant à des minorités ethniques.</p> <p>Dans l'ensemble, le public s'est montré très impliqué et a posé de nombreuses questions. En outre, le fait que les panels incluaient des personnes ayant vécu des expériences qui pouvaient partager leurs histoires et qui créaient un espace sûr, était une bonne chose.</p>	
Allemagne [60]	Enfants (âgés de 12 ans et moins), Adolescents (âgés de 13 à 17 ans)	<p>Le bilan de santé des adolescents (J1), réalisé par des médecins généralistes et des pédiatres, peut être réalisé entre 12 et 14 ans. C'est l'occasion de vérifier l'état général de santé, le statut vaccinal et le développement de la puberté.</p> <p>Ces bilans de santé réguliers sont gratuits et permettent aux adolescents et à leurs parents d'interagir avec les professionnels de la santé, ce qui constitue une bonne occasion de rappeler aux groupes cibles la nécessité de se faire vacciner contre le papillomavirus.</p> <p>Les résultats de l'évaluation suggèrent une plus grande probabilité de taux de vaccination contre le papillomavirus si les adolescentes utilisent le bilan de santé J1. L'association entre le bilan de santé J1 et le taux de vaccination contre le papillomavirus était la plus forte chez les jeunes de 12 ans et diminuait avec l'âge. Ce résultat suggère à la fois une association positive du bilan de santé J1 avec la vaccination contre le papillomavirus en général, ainsi qu'un taux de vaccination diligent avant le début de la vie sexuelle. Cependant, le bilan de santé J1 n'est pas encore suffisamment utilisé par les adolescents en Allemagne.</p> <p>Plus d'informations sur le bilan de santé J1:</p> <p>en Allemagne, chaque enfant a légalement droit à 10 examens «U». Les frais sont couverts par l'assurance maladie. Les examens «U» ont lieu au cours des six premières années de vie. Lors de ces rendez-vous, le pédiatre vérifie si l'enfant se développe d'une manière adaptée à son âge. Il s'agit notamment de sujets tels que la protection vaccinale. Les examens «U» permettent de détecter les maladies ou les retards de développement à un stade précoce. Un traitement en temps utile ou un soutien spécial peuvent prévenir ou, à tout le moins, réduire les conséquences possibles sur la santé. À l'adolescence, un nouvel examen préventif, le J1, est ajouté.</p>	Contraintes, confiance, complaisance
Allemagne [61]	Travailleurs de la santé	<p>La formation des professionnels de la santé aux techniques d'entretien motivationnel, y compris les pédiatres et les assistants médicaux travaillant dans des pratiques privées à Brême et en Bavière, a été dispensée afin d'aider les patients dans leur prise de décision concernant la vaccination contre le papillomavirus. L'intervention comprenait une évaluation des besoins de formation des travailleurs de la santé, tels que les sujets difficiles liés à la vaccination contre le papillomavirus, par le biais d'une enquête représentative. Des activités de formation ont été mises au point pour associer les techniques d'entretien motivationnel aux thèmes de la vaccination contre le papillomavirus. Les cabinets privés participants ont reçu soit a) une formation classique sur le</p>	Confiance

		<p>papillomavirus, soit b) une formation sur l'entretien motivationnel, soit c) aucune formation.</p> <p>L'évaluation de la capacité des professionnels de santé participants à mener des conversations sur la vaccination contre le papillomavirus à l'aide de techniques d'entretien motivationnel est en cours au moment de la soumission des données à l'ECDC en octobre 2024. Parmi les limites figuraient les difficultés à recruter des professionnels de la santé et à les convaincre d'apprendre de nouvelles méthodes.</p>	
Roumanie	Groupes de risque	<p>Des vaccins remboursés (de 50 % à 100 %) sont proposés pour certains groupes à haut risque (papillomavirus; varicelle; infection à méningocoques des sérogroupe B, ACWY; hépatite B), en mettant l'accent sur les personnes souffrant de maladies chroniques. En Roumanie, la vaccination des adultes, y compris la vaccination des professionnels de la santé, n'était pas très bien représentée avant septembre 2023. Seuls la COVID-19, la grippe, le dTpa pour les femmes enceintes, le vaccin contre l'hépatite B pour les personnes non vaccinées sous dialyse et la vaccination contre le papillomavirus pour les adolescentes ont été fournis gratuitement dans le cadre du programme national de vaccination. À la fin du mois d'août 2023, un nouveau cadre juridique régissant le remboursement de certains vaccins pour certains groupes à haut risque a été adopté, dans le but d'accroître la disponibilité et l'utilisation de certains vaccins. Des cours sont proposés aux prestataires de soins de santé, ainsi que des campagnes de communication améliorées.</p> <p>Le coût des vaccins, la difficulté d'y accéder et l'absence de recommandation de la part du prestataire de soins habituel sont quelques-unes des raisons qui expliquent le faible taux de vaccination dans certains groupes à haut risque.</p> <p>L'évaluation de cette intervention pour la période 2023-2024 a montré une augmentation de la vaccination contre le papillomavirus. Au cours des 10 premiers mois de vaccination remboursée, plus de 70 000 personnes ont commencé leur programme de vaccination. Une augmentation de la couverture vaccinale contre la grippe, en particulier chez les enfants, a également été observée par rapport à la saison précédente.</p>	Contraintes

**TABLEAU 5: Interventions relatives à la vaccination contre la COVID-19 et la grippe**

États membres	Public cible	Description de l'intervention	C correspondant
Bulgarie [62]	Grand public, professionnels de la santé	<p>Une plateforme éducative en ligne «+men (+me)» sur la vaccination a été lancée pendant la pandémie de COVID-19 afin de promouvoir la vaccination contre la COVID-19 et de répondre aux préoccupations concernant la vaccination. L'objectif était d'aider le grand public à faire des choix éclairés en matière de vaccination en lui fournissant des informations rédigées dans un langage simple par des professionnels de la santé dignes de confiance. Après la pandémie de COVID-19, le site web a été élargi pour inclure l'intégralité du programme de vaccination.</p> <p>Les sujets abordés comprennent des explications sur les risques liés aux maladies évitables par la vaccination et les avantages de la vaccination, ainsi que des informations sur la sécurité et l'accès à la vaccination. Les informations destinées aux différents groupes du grand public sont différenciées en fonction de leurs besoins. Les informations destinées aux professionnels de la santé comprennent des documents scientifiquement fondés sur les avantages de la vaccination, des informations sur les caractéristiques des vaccins et des enregistrements de webinaires présentant un intérêt pour les professionnels. De cette manière, le projet vise à améliorer leur préparation afin d'appliquer de manière optimale l'immunoprophylaxie et de répondre aux préoccupations de leurs patients.</p>	Calcul, Complaisance, Confiance

Danemark [63,64]	Populations socialement vulnérables	<p>Au cours du programme de vaccination contre la pandémie COVID-19, un certain nombre d'interventions d'engagement communautaire ont été mises en œuvre, notamment des vaccinations éclairés et le partage d'informations, afin d'atteindre les populations socialement vulnérables dont le taux de vaccination était inférieur à la moyenne. Une sélection d'entre elles est présentée ci-dessous:</p> <p>Le Conseil danois pour les réfugiés a mis en place une ligne téléphonique d'urgence grâce à laquelle les citoyens issus de minorités ethniques peuvent obtenir des réponses à leurs questions sur la vaccination contre la COVID-19 dans leur langue maternelle et de la part d'employés qui comprennent et appréhendent leur contexte culturel.</p> <p>Un réseau de médecins issus de minorités a procédé à des vaccinations éclairés dans les zones locales du groupe cible.</p> <p>Des professionnels de la santé du Health Dialogue Corps étaient présents sur les sites de vaccination spontanée, par exemple dans les écoles, les lycées et les lieux publics, sur les lieux de travail et lors d'événements culturels, afin de partager des informations et de répondre à des questions.</p>	Contraintes, Confiance
		<p>La Fondation pour la responsabilité sociale a développé des supports d'information distribués par des «ambassadeurs» de district volontaires, qui reflètent tous la composition du groupe cible en termes de genre et d'origine ethnique.</p> <p>Les employés travaillant dans des chaînes de magasins ont pu bénéficier d'une vaccination spontanée lorsque l'organisation représentant les magasins a mis à leur disposition des installations et du personnel, y compris des stands de vaccination dans les entrepôts.</p> <p>La Croix-Rouge a offert un accompagnement à la vaccination aux citoyens vulnérables dans toutes les municipalités et était présente sur les sites de vaccination.</p> <p>La coopération avec l'association du logement social («Danmarks Almene Boliger») a permis à leurs employés et résidents d'être informés de la vaccination par le biais d'articles et d'autres canaux médiatiques.</p> <p>Une évaluation qualitative des expériences tirées des efforts ciblés a été réalisée. Bien qu'il n'ait pas été possible d'établir un lien de causalité, les données de surveillance au niveau local ont montré une augmentation de la couverture vaccinale d'avant à après les efforts ciblés.</p> <p>Un enseignement important est que les sites de vaccination spontanée sont beaucoup moins efficaces s'ils ne s'accompagnent pas d'un effort substantiel en matière d'engagement communautaire et de partage de l'information.</p>	
Estonie	Personnes âgées, groupes à risque	<p>Des messages personnalisés de rappel de vaccination contre la grippe et la COVID-19 via des téléphones portables ont été envoyés par le Fonds d'assurance maladie aux personnes âgées et à d'autres groupes à risque. Les personnes entrant dans les groupes cibles à risque de grippe et de COVID-19 ont été identifiées, et un système de messagerie par téléphone mobile a été mis en place pour envoyer en temps utile des rappels aux groupes identifiés, avec des informations sur le moment et le lieu où ils devraient se faire vacciner. Cette intervention a été conçue en raison de la nécessité de répondre à la question de savoir quand, où et qui devrait vacciner, et de renforcer les campagnes existantes sur les médias sociaux et traditionnels. L'intervention a débuté il y a deux ans et se poursuit aujourd'hui pendant la saison de la grippe.</p> <p>Les retours informels de la population générale et des professionnels de la santé ont été positifs, ce qui indique qu'il s'agit d'une mesure globale visant à améliorer le taux de vaccination.</p>	Contraintes, Complaisance
Finlande	Enfants (6 ans et moins),	<p>Une initiative visant à assurer la vaccination contre la grippe dans les centres de jour à l'aide de vaccinateurs provenant des centres de santé municipaux a été menée. Les groupes cibles de la vaccination comprenaient les enfants de cinq ans et moins, ainsi que les enfants</p>	Contraintes, Complaisance

	parents/soignants	<p>de six ans qui passaient du temps à la garderie avant et après l'école maternelle, ainsi que leurs parents et les personnes qui s'occupaient d'eux s'ils appartenaient à des groupes à risque. L'intervention a eu lieu à Etelä-Savo de 2020 à 2022. L'objectif était de protéger les enfants et la communauté contre la grippe, qui peut se propager facilement, en particulier dans des environnements fermés tels que les centres d'accueil de jour. Des affiches ont été placées dans les centres de jour afin d'informer les parents que la vaccination était proposée, sans qu'aucune commercialisation supplémentaire ne soit nécessaire. Aucun rendez-vous n'a été nécessaire, le vaccin étant administré au moment où l'enfant est déposé ou récupéré à la crèche.</p> <p>De nombreuses familles avec enfants ont pu être atteintes avec des ressources minimales, et la couverture vaccinale a augmenté au niveau local.</p>	
Finlande	Grand public, adultes (18 ans et plus)	<p>Dans de nombreuses villes, par exemple à Espoo et à Tampere, des vaccinations ont été mises à disposition dans de grands centres commerciaux. Le personnel provenait du centre de santé de la municipalité/ville, les vaccins étant distribués par le centre pharmaceutique local/la pharmacie de l'hôpital. Les centres commerciaux ont été considérés comme étant situés au centre-ville et facilement accessibles, ce qui en fait un lieu pratique pour l'administration des vaccinations. Lorsque la vaccination est proposée dans des lieux facilement accessibles, elle peut accroître la couverture vaccinale et contribuer à protéger les communautés contre la grippe et la COVID-19, en permettant aux individus de gagner du temps et des efforts. Le fait de se faire vacciner dans un environnement familier, tel qu'un centre commercial, peut réduire le stress et l'anxiété associés aux procédures médicales.</p> <p>Le trafic élevé de clients dans les centres commerciaux permet d'administrer les vaccinations à un grand nombre de personnes en peu de temps. Cependant, les événements de vaccination organisés dans les centres commerciaux nécessitent une bonne planification et une bonne organisation pour garantir que tout se déroule de manière sûre et efficace.</p> <p>Les discussions avec les régions où cette option a été mise en œuvre à partir de 2020-22 ont clairement montré que les résidents de ces régions en étaient satisfaits. Les personnes n'ont pas eu besoin de prévoir du temps supplémentaire pour se faire vacciner, car la vaccination a été effectuée en même temps que d'autres courses.</p>	Contraintes
Grèce [65]	Populations vivant dans des zones reculées, populations socialement vulnérables	<p>Depuis janvier 2021, de nombreuses actions ont été mises en œuvre afin de faciliter l'accès à la vaccination contre la COVID-19 pour tous les citoyens. Le programme de vaccination a été mis en œuvre dans les régions isolées et les îles grâce à la création de centres de vaccination supplémentaires.</p> <p>Le programme de vaccination à domicile, qui comprend des médecins privés et des unités mobiles de vaccination, a été mis en place pour faciliter la vaccination des personnes qui ne peuvent pas se rendre dans un centre de vaccination, notamment les groupes de population vulnérables, tels que les réfugiés, les migrants et les Roms. À l'appui de ce projet, une nouvelle application logicielle a été développée pour la planification et l'enregistrement des rendez-vous par les médecins privés et les centres de santé. Les données sur la vaccination ont été collectées en mettant en œuvre pour la première fois un registre électronique de vaccination (IIS).</p>	Contraintes
Irlande [66]	Professionnels de la santé, femmes enceintes	<p>L'intervention visait à accroître l'acceptation de la vaccination chez les femmes enceintes en répondant à leurs questions et préoccupations, en mettant l'accent sur l'élaboration de matériel et de formations à l'intention des sages-femmes. Un forum national a été mis en place pour entendre et comprendre les préoccupations des femmes, et pour élaborer du matériel en collaboration avec les tuteurs des sages-femmes, y compris des vidéos pour aider les sages-femmes dans leur communication avec les patients. Les sages-femmes sont des personnes de confiance qui jouent un rôle important dans le soutien apporté aux femmes pendant leur grossesse. En outre, des webinaires ont été organisés régulièrement avec les agents de santé communautaires pour les soutenir dans</p>	Confiance, Contraintes

		<p>leur rôle de messagers clés du programme de vaccination COVID-19, afin qu'ils puissent également répondre rapidement aux questions en apportant des faits et un soutien.</p> <p>Des travaux ont été menés en collaboration avec des ONG représentant des communautés vulnérables telles que les gens du voyage (par exemple Pavee Point), ainsi qu'avec des professionnels de la santé, afin d'élaborer des vidéos contenant des conseils clairs et précis en dix langues. Le vaccin a été mis à disposition dans les pharmacies et dans certaines maternités. Les activités se sont déroulées de septembre à décembre 2021 dans des maternités et des pharmacies. Certains services de maternité ont organisé des cliniques de vaccination dans les maternités, avec un taux d'acceptation élevé. Au cours de l'intervention, le taux de vaccination était de 58 % chez les patientes enceintes et de 77 % chez leurs partenaires.</p>	
Irlande [67]	Populations socialement vulnérables	<p>Entre 2021 et 2023, un forum communautaire des organisations de migrants a été créé pour partager des informations actualisées sur le programme de vaccination contre la COVID-19, afin de comprendre leurs besoins et de soutenir leurs demandes de soutien. En 2022, près de 12 % de la population irlandaise étaient des citoyens non irlandais. L'objectif était d'aider toutes les personnes vivant en Irlande qui étaient éligibles à la vaccination contre la COVID-19 et de comprendre leurs exigences en matière d'informations en tenant compte de la langue, du format des informations et de la manière dont nous parlons des vaccins et répondons aux préoccupations et aux questions.</p> <p>Les activités comprenaient une réunion mensuelle en ligne avec les groupes communautaires pour écouter leurs préoccupations et répondre aux questions qu'ils recevaient de leurs membres, ainsi qu'une mise à jour hebdomadaire sur les activités de campagne du service de santé, communiquée par courrier électronique aux groupes pour qu'ils en fassent part à leurs membres. Une formation adaptée aux entretiens motivationnels a également été dispensée à la communauté. Un faible montant de financement a été mis à la disposition de groupes communautaires afin de mettre au point du matériel pour leurs communautés.</p>	Contraintes, Confiance
Irlande [68]	Grand public, populations socialement vulnérables	<p>L'objectif était de rendre le vaccin contre la COVID-19 accessible au plus grand nombre possible et de réduire la charge de morbidité. Les activités en cours depuis 2021 comprennent des cliniques au sein de la communauté, des conseils sur les risques de la maladie de la COVID-19 et les avantages de la vaccination contre la COVID-19, ainsi que de multiples possibilités de se faire vacciner contre la COVID-19.</p> <p>Une attention particulière a été accordée aux personnes vivant en collectivité en leur fournissant des vaccins (par exemple, dans les prisons, les établissements de soins de longue durée et les réfugiés en quête de protection) et aux personnes appartenant à des populations vulnérables (par exemple, celles qui ont accès aux services pour sans-abri). L'accès à la vaccination contre la COVID-19 a également été assuré dans les milieux où des foyers sont apparus, par exemple dans les installations de conditionnement de la viande. Des cliniques de vaccination mobiles ont été mises en place dans des lieux communautaires accessibles et des centres commerciaux. Le vaccin est disponible gratuitement pour les personnes éligibles dans les pharmacies participantes ainsi que dans les cabinets de médecins généralistes.</p> <p>Les épidémies ont été réduites en raison d'un fort taux de vaccination. La confiance a été établie avec les communautés grâce à la compréhension et à la prise en compte de leurs préoccupations. L'accessibilité de la vaccination a été un point central lors de l'examen de la manière dont les cliniques de vaccination devraient être mises en place.</p> <p>Des messages textuels et des rappels par courrier électronique ont également été envoyés aux groupes éligibles.</p>	Contraintes

Lituanie [69]	Professionnels de la santé	<p>Une intervention visant à accroître la vaccination des groupes à risque contre la COVID-19 en prévoyant une incitation financière pour les professionnels de la santé afin qu'ils encouragent les personnes à risque à se faire vacciner à la fois contre la grippe saisonnière et contre la COVID-19 au cours de la même visite. Les groupes à risque auxquels la vaccination est recommandée sont les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes âgées de plus de 65 ans, les travailleurs de la santé, les personnes vivant dans des maisons de retraite et les femmes enceintes.</p> <p>La vaccination contre la COVID-19 peut être administrée dans tous les établissements de santé personnels qui disposent de vaccins contre la COVID-19, mais pas nécessairement dans l'établissement de santé personnel où la personne est enregistrée. L'enregistrement en vue de la vaccination est effectué par l'intermédiaire du système d'enregistrement préalable des patients (IPR IS); la vaccination contre la COVID-19 est gratuite pour tous.</p>	Contraintes
Slovaquie [70]	Groupes socialement vulnérables	<p>Une campagne a été menée pour lever les obstacles à la vaccination contre la COVID-19 dans le district de Rožňava, une région où les villages sont peu peuplés et très éloignés les uns des autres, dans le but de lutter contre la désinformation et la méconnaissance des avantages de la vaccination. Les principaux groupes cibles étaient les groupes marginalisés et minoritaires, à savoir les Roms et une minorité hongroise. La campagne s'est déroulée entre mai 2021 et mars 2022 et a impliqué les visites d'équipes de vaccination mobiles dans les villes, les petites municipalités, les lieux de travail et les ménages, ainsi que la rencontre de représentants d'endroits où le taux de vaccination est faible et où des jours de vaccination supplémentaires ont été organisés dans les hôpitaux. Une ligne téléphonique a été mise en place pour s'enregistrer en vue de la vaccination et répondre aux questions relatives à celle-ci. Des informations ciblées ont été fournies au moyen de brochures disponibles en plusieurs langues, de spots télévisés, d'une page web de campagne et de publications sur les médias sociaux.</p> <p>Cette intervention a entraîné une augmentation des taux de vaccination, qui sont passés de 21 % en mai 2021 à 42 % en mars 2022 dans le district de Rožňava, avec une variation de 13 à 60 % dans les différentes municipalités. D'autres bureaux régionaux de santé publique en Slovaquie se sont montrés intéressés par l'application des enseignements tirés de cette expérience à leurs propres activités.</p>	Confiance, Contraintes, Complaisance
Suède	Groupes à risque	<p>Les personnes âgées de 18 à 64 ans appartenant aux groupes à risque médical pour la vaccination contre la grippe sont identifiées au moyen de dossiers de santé électroniques (sur la base des codes ICD-10). Des informations sur la vaccination contre la grippe saisonnière sont envoyées à ces personnes sous la forme d'une lettre à l'adresse de leur domicile. Cette opération a lieu chaque année avant la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière.</p> <p>En fournissant les informations directement aux personnes concernées, le personnel de santé peut les supprimer et ainsi accroître la couverture.</p>	Contraintes
Roumanie	Population générale, groupes à risque	<p>La vaccination antigrippale a été effectuée dans les pharmacies communautaires et un programme de formation a été mis en place à l'intention des pharmaciens afin qu'ils puissent promouvoir et administrer la vaccination antigrippale. Les pharmacies ont été autorisées à fournir un vaccin contre la grippe, et les pharmacies proposant ce service ont fait l'objet d'une promotion.</p> <p>En Roumanie, le taux de vaccination contre la grippe est faible, tant parmi les groupes à risque que parmi la population générale. Cette intervention, qui a débuté en 2022-2023, visait à améliorer l'accès à la vaccination contre la grippe, en particulier pour la population générale, et à réduire la circulation des virus de la grippe au sein des communautés.</p> <p>Un nombre croissant de pharmaciens ont été formés. Le nombre de pharmacies inscrites a également augmenté, de même que le</p>	Contraintes

		nombre de vaccinations contre la grippe effectuées dans les pharmacies.	
--	--	-------------------------------------------------------------------------	--

**Tableau 6: Interventions sur la vaccination contre d'autres maladies (variole, coqueluche)**

États membres	Public cible	Description de l'annexe	C correspondant
Finlande [71]	Groupes à risque de variole du singe	<p>En 2022, la vaccination contre l'infection à virus mpox a été administrée au personnel du HIV Point dans leurs installations. HIV Point est géré par la Fondation finlandaise contre le VIH et vise à promouvoir la santé, le bien-être et l'égalité des personnes les plus touchées par le VIH, en mettant l'accent sur la prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Des services de dépistage, de soutien et de conseil sont fournis aux personnes atteintes du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Les personnes peuvent recevoir leur vaccination de manière anonyme et obtenir des informations sur le VIH et l'hépatite B.</p> <p>Les personnes étaient satisfaites du service. HIV Point a été considéré comme un lieu sûr où les personnes appartenant au groupe à risque pouvaient se faire vacciner sans être montrées du doigt ou stigmatisées.</p>	Contraintes
Norvège [72,73]	Femmes enceintes, travailleuses de la santé maternelle	<p>L'intervention s'est concentrée sur l'équipement des professionnels de la santé pour vacciner les femmes enceintes contre la coqueluche. Les activités comprenaient l'adaptation des lignes directrices en matière de soins prénataux, l'ajout de la vaccination maternelle au programme d'études des sages-femmes, une modification de la réglementation pour donner aux sages-femmes le droit de demander des vaccins, et des clarifications juridiques concernant la surveillance adéquate de la couverture, de l'efficacité et de la sécurité des vaccinations (c'est-à-dire l'accès légal aux données personnelles de plusieurs registres centraux de la santé). L'intervention s'effectue à l'échelle nationale et est administrée lors de la visite prénatale de routine au cours de la 24<sup>e</sup> semaine de la grossesse. Les personnes ayant dépassé la 24<sup>e</sup> semaine se voient également proposer une vaccination de rattrapage lors de la prochaine visite de contrôle.</p> <p>Des enquêtes sur les attitudes, les intentions et les besoins d'information des professionnels de la santé et des femmes enceintes concernant la vaccination contre la coqueluche maternelle ont été menées pour éclairer la planification de l'intervention. En outre, des syndicats du personnel de santé ont été impliqués et des lettres ont également été envoyées aux municipalités avant et pendant la mise en œuvre. La mise en œuvre a débuté en mai 2024.</p> <p>Au cours des six premiers mois de l'intervention, 27 058 femmes enceintes du groupe cible ont été vaccinées, ce qui correspond à un taux de couverture estimé à 69 %.</p>	Confiance, Contraintes

**TABLEAU 7. Interventions multinationales financées par l'UE ou partiellement financées par l'UE**

Pays	Public cible	Description de l'intervention	C correspondant
France, Allemagne, Roumanie, Royaume-Uni [36,74]	Travailleurs de la santé	<p>JITSUVAX (le principe du Jiu Jitsu à l'encontre de la désinformation à l'ère de la COVID-19) est un projet européen financé par Horizon 2020 et coordonné par l'Université de Bristol en collaboration avec cinq autres organisations européennes et une organisation canadienne. Le projet se déroulera d'avril 2021 à mars 2025.</p> <p>Un cadre en quatre étapes visant à améliorer les conversations relatives à la vaccination entre le personnel de santé et le public, appelé Empathetic Refutational Interview (ERI) (entretien</p>	Confiance, Calcul

		<p>empathique de réfutation), a été développé et testé par le biais d'études en ligne avec des membres du public ayant des préoccupations au sujet de la vaccination, puis mis en œuvre en tant qu'intervention de formation au Royaume-Uni, en France, en Allemagne et en Roumanie.</p> <p>L'intervention a consisté à former les professionnels de la santé à utiliser l'ERI et à évaluer l'impact de l'enseignement de cette technique sur les compétences et la confiance des professionnels de la santé, ainsi que l'impact qui en a résulté sur la confiance, les attitudes et le taux de vaccination des patients. L'ERI a ses fondements dans les entretiens motivationnels, mais vise en outre à lutter directement contre les fausses informations sur la vaccination.</p> <p>L'intervention a été effectuée entre 2022 et 2024. Les tests en ligne ont montré que les personnes ayant des inquiétudes au sujet de la vaccination étaient plus réceptives à un professionnel de la santé utilisant l'approche ERI qu'une approche de contrôle consistant à répondre directement par des faits aux idées fausses sur la vaccination.</p> <p>Les interventions de formation dans les quatre pays ont montré que la formation à l'ERI augmentait les compétences et la confiance des professionnels de la santé dans les discussions sur la vaccination et la lutte contre la désinformation.</p> <p>L'intervention de l'ERI a été en partie soutenue par la subvention 964728 de l'Union européenne pour la recherche et l'innovation Horizon 2020 (JITSUVAX).</p>	
Grèce, Pologne, Pays-Bas, Slovaquie [34]	Communautés mal desservies	<p>Réduire les inégalités dans le taux de vaccination dans la région européenne – Mobiliser les communautés mal desservies (RIVER-EU) est un projet sur cinq ans financé par l'UE (2021-2026), qui a mis en œuvre diverses interventions visant à éliminer les obstacles sanitaires à la vaccination pour les groupes mal desservis dans quatre pays européens: la Grèce, la Pologne, les Pays-Bas et la Slovaquie.</p> <p>RIVER-EU a commencé par étudier les obstacles et les facteurs favorables à l'accès à la vaccination dans chaque groupe mal desservi, sur la base des éléments constitutifs du système de santé de l'OMS (Building Blocks of the Health System) [75]. En outre, un examen réaliste a permis d'identifier 36 interventions efficaces du système de santé afin d'améliorer le taux de vaccination dans les communautés mal desservies. Sur la base de ces conclusions, une «recherche participative sur la transférabilité» a été menée dans chaque contexte afin d'identifier et de sélectionner des interventions utiles et potentiellement transférables pour surmonter les obstacles et renforcer les catalyseurs en collaboration avec tous les groupes de parties prenantes concernés dans le contexte cible respectif [76].</p> <p>Il s'agissait, par exemple, de parents, d'adolescents, de praticiens, d'enseignants, d'autorités médicales et locales, d'ONG et de décideurs politiques. L'intervention jugée indépendamment la plus utile et sélectionnée par tous les pays était une «intervention de promotion de la santé». Les promoteurs de la santé tirent parti de leur alignement culturel et linguistique avec la communauté mal desservie afin de fournir des informations sur mesure en matière de vaccination, de contribuer à surmonter les obstacles propres à la communauté, d'instaurer la confiance et d'aider les individus à naviguer dans le système de soins de santé pour accéder à la vaccination. En outre, d'autres approches d'intervention provenant d'autres interventions fondées sur des données probantes ont été examinées individuellement en fonction du contexte spécifique [76].</p> <p>Sur la base des données probantes fournies par les promoteurs de la santé dans d'autres contextes, chaque pays a adapté l'intervention avec des éléments d'intervention et des formes de mise en œuvre spécifiques à son contexte spécifique, en utilisant les résultats de l'analyse participative de la</p>	Confiance, Contraintes, Complaisance, Calcul

		<p>transférabilité [77,78]. Dans tous les contextes, l'engagement des professionnels de la santé, principalement des médecins, était un aspect important de l'acceptabilité. Les professionnels de la santé étaient eux-mêmes formés à la promotion de la santé (Pologne), étaient associés à un promoteur de la santé (Grèce, Pays-Bas) ou étaient présents pour fournir des informations médicales spécialisées en cas de besoin (Slovaquie). La principale constatation commune est que l'intervention est adaptable, flexible et répond aux besoins de la communauté sur place afin de supprimer les obstacles à l'accès à la vaccination.</p> <p>RIVER-EU a continué à mettre l'accent sur les perspectives des membres de la communauté eux-mêmes par le biais de la recherche participative.</p>	
<p>Chypre, Allemagne, Grèce, Italie, Malte, Pologne, Roumanie, Espagne [35]</p>	<p>Professionnels POUR la santé (PFH), tous les professionnels de la santé et de l'aide sociale impliqués dans la vaccination des migrants nouvellement arrivés.</p>	<p>L'accès à la vaccination pour les migrants nouvellement arrivés (AcToVax4NAM) était un projet d'une durée de trois ans et demi, financé par le programme «L'UE pour la santé» (EU4Health).</p> <p>Le projet AcToVax4NAM a utilisé une méthodologie complète et multidimensionnelle visant à améliorer l'accès à la vaccination et le taux de vaccination parmi les migrants nouvellement arrivés dans l'UE/EEE. Le projet a permis de mettre au point un cadre conceptuel complet représentant l'ensemble du processus de vaccination, en le divisant en cinq pôles: droit, accessibilité, adhésion, réalisation et évaluation. Cet outil est utile pour caractériser les obstacles systémiques et proposer des solutions pour les surmonter.</p> <p>Pour renforcer les capacités des professionnels de la santé et des services sociaux, AcToVax4NAM a conçu une formation spécialisée, spécifique à chaque pays, axée sur la connaissance des vaccins au niveau de l'organisation et sur les questions de compétence culturelle.</p> <p>Parmi les autres outils mis au point figurent un glossaire des termes essentiels de la vaccination qui vise à accroître la réactivité du système de santé face aux problèmes d'alphabétisation vaccinale, en informant et en partageant, de manière facilement utilisable, les informations essentielles relatives aux vaccins.</p> <p>Le glossaire s'adresse principalement à tous les non-professionnels de la santé qui rencontrent des migrants nouvellement arrivés dans le cadre de leur travail quotidien et peuvent donc promouvoir leur santé et les inviter à se faire vacciner. Des organigrammes ont également été produits pour aider les pays à identifier des obstacles spécifiques et à appliquer des solutions ciblées dans leur contexte spécifique. Une base de données conviviale des outils identifiés et nouvellement développés est également disponible.</p> <p>Tous les résultats du projet, ainsi que les solutions testées et les recommandations finales, sont disponibles sur le site web du projet.</p>	<p>Contraintes</p>

## Comment utiliser le cadre en 5 étapes de l'OMS pour structurer l'élaboration de stratégies et d'interventions en matière d'acceptation de la vaccination?

Les «5 étapes pour l'application des sciences comportementales» de l'OMS constituent un cadre étape par étape qui peut être utile pour structurer l'élaboration de stratégies et d'interventions d'acceptation de la vaccination [2]. Elles utilisent une approche fondée sur la «pensée systémique» — qui tient compte de la manière dont les différentes parties d'un système interagissent et s'influencent mutuellement — pour remédier à la complexité des problèmes de santé publique. Cette section fournit des instructions sur la manière dont le cadre en cinq étapes

peut être appliqué à l'élaboration de stratégies et d'interventions d'acceptation de la vaccination, y compris sur la manière d'intégrer les outils et les méthodes présentés dans le présent rapport dans ce processus.

Ces cinq étapes sont les suivantes:

- Étape 1: **définir** le problème en termes de comportement;
- Étape 2: **diagnostiquer** les facilitateurs et les obstacles au comportement identifié;
- Étape 3: **concevoir** la stratégie pour tenir compte des besoins des publics spécifiques;
- Étape 4: **mettre en œuvre** la stratégie; et
- Étape 5: **évaluer** l'intervention afin d'en tirer des enseignements et de procéder à des ajustements si nécessaire.

### **Étape n° 1: définir**

La première étape consiste à sélectionner un comportement cible en vue d'une intervention en tenant compte de l'incidence probable du changement de comportement sur le résultat que vous cherchez à influencer, ainsi que de la possibilité de modifier le comportement et de mesurer le changement. La définition d'un comportement cible aussi précis que possible permettra de mieux cibler le développement et l'évaluation de l'intervention.

En d'autres termes, pour définir le problème en termes de comportement, il faut se demander «qui» doit faire «quoi» différemment, ainsi que «où», «quand» et «à quelle fréquence» il doit le faire. Il est important d'examiner le comportement d'autres personnes, ainsi que celui du groupe cible.

Il convient de poser les questions suivantes:

- Qui doit changer de comportement?
- Quel comportement devrait changer? Qui doit faire quoi différemment?
- Où doit-on le faire?
- Quand et à quelle fréquence cela doit-il être fait?

### **Étape n° 2: diagnostiquer**

La deuxième étape consiste à diagnostiquer les obstacles au comportement souhaité et les facteurs le facilitant, qu'il s'agisse d'adopter un comportement souhaité, de cesser un comportement indésirable ou de modifier un comportement. Les obstacles et les facteurs favorables peuvent se situer au niveau d'une personne (par exemple, ses capacités, ses motivations), de son environnement social et culturel (par exemple, ce que d'autres font/attendent, consciemment ou inconsciemment), ou au-delà (par exemple, les infrastructures, le caractère abordable).

L'outil d'enquête (section 2.1), qui est basé sur le modèle des 5C (Complaisance, Commodité, Confiance, Calcul et responsabilité Collective), permet de collecter des données pour diagnostiquer les obstacles et les facteurs favorables à la vaccination, ce qui permet de comprendre ce qu'il faut changer pour améliorer l'adhésion. L'outil d'enquête peut être utilisé soit de manière transversale (un instantané dans le temps), soit de manière longitudinale (au fil du temps).

L'outil d'enquête comprend des questions quantitatives et qualitatives, ainsi que des questions visant à recueillir des informations sociodémographiques. La combinaison de questions quantitatives et qualitatives dans le cadre d'une approche mixte permettra d'obtenir des informations plus approfondies à partir de perspectives multiples, ce qui contribuera à mieux identifier les domaines dans lesquels des interventions ciblées sont nécessaires.

Même dans un contexte de pénurie d'expertise et de ressources, le diagnostic est une étape qui devrait être systématiquement franchie avant de passer à la conception de stratégies et d'interventions efficaces.

Il convient de poser les questions suivantes:

- Quels sont les obstacles comportementaux et les facteurs favorables à l'acceptation de la vaccination?
- Parmi les 5C, lesquels sont importants pour le(s) groupe(s) de population ciblé(s) en ce qui concerne la vaccination spécifique?
- Plusieurs des 5C sont-ils importants pour certains groupes de population en relation avec la vaccination spécifique?

### **Étape n° 3: concevoir**

Les conclusions de l'étape 2 (diagnostiquer) servent de base à la conception des stratégies et des interventions les plus susceptibles d'avoir une incidence positive sur la vaccination. La bibliothèque d'interventions visant à accroître l'acceptation de la vaccination, présentée précédemment dans cette section, fournit des exemples concrets qui peuvent inspirer et éclairer la conception de stratégies et d'interventions adaptées à des C spécifiques.

Les stratégies et les interventions doivent être adaptées pour répondre aux besoins et aux préférences uniques de la population cible. Elles doivent être conçues en collaboration avec la population cible et les parties prenantes concernées, et sont susceptibles d'avoir le plus d'impact lorsqu'elles comprennent un ensemble d'interventions pouvant fonctionner en synergie.

Il convient de poser les questions suivantes:

- Quelles stratégies et interventions pourraient motiver et/ou faciliter le comportement cible?
- Les stratégies et les interventions sont-elles acceptables et adaptées aux besoins et préférences uniques de la population cible?
- Les stratégies et les interventions que vous avez sélectionnées impliquent-elles un mélange d'approches synergiques, couvrant par exemple plus d'un des 5C?

#### **Étape 4: mettre en œuvre**

Planifier la mise en œuvre d'une stratégie ou d'une intervention en termes de quoi, où, quand et qui est l'étape suivante. Un plan d'intervention détaillé, comprenant des éléments spécifiques (par exemple, le mode de prestation, le prestataire, le cadre) et les obstacles et facilitateurs potentiels liés à chaque élément, peut s'avérer utile. Tirer parti des synergies avec d'autres initiatives locales, nationales et internationales, telles que la Semaine européenne de la vaccination, peut contribuer à accroître la portée et le soutien de l'initiative [80].

La co-conception avec le public cible peut être mise à profit pour accroître les chances de réussite de la mise en œuvre. En plus de contribuer à accroître l'acceptabilité auprès de votre public cible et d'autres parties prenantes importantes (telles que celles qui le produisent), la collaboration avec des représentants du public cible peut également contribuer à recenser obstacles et facteurs favorables importants à la mise en œuvre.

Voici quelques exemples d'obstacles et de facteurs favorables à la mise en œuvre:

- Coûts pour les personnes accédant à l'intervention, par exemple, s'agit-il d'une intervention à faible coût ou à coût élevé pour votre public cible?
- Intégration dans un système plus large, par exemple comment votre intervention s'intègre-t-elle dans les flux de travail existants? Ce système a-t-il l'adhésion d'autres parties prenantes?
- Les contraintes technologiques, par exemple, votre public cible a-t-il accès à l'internet et possède-t-il des compétences en matière de culture numérique?
- Contraintes de temps, par exemple, votre public cible a-t-il le temps de participer à votre intervention?
- Contexte politique, par exemple, comment le contexte politique général peut-il avoir un impact sur votre intervention?
- Accès physique: votre public cible est-il physiquement en mesure d'accéder à votre intervention ou est-il trop mobile en termes de changement de lieu?

Il convient de poser les questions suivantes:

- De quelle manière l'intervention sera-t-elle dispensée, par exemple en présentiel, par des médias numériques, par des médias imprimés, par une application mobile?
- Quel contenu doit être fourni?
- Qui fournira le contenu?
- Où la mise en œuvre aura-t-elle lieu?
- Au cours de quelle période de temps la mise en œuvre aura-t-elle lieu?

#### **Étape 5: évaluer**

L'évaluation est une composante essentielle de toute stratégie ou intervention, afin de comprendre si les objectifs sont atteints, de démontrer l'impact et d'apporter les ajustements nécessaires en cours de route. Concrètement, l'évaluation peut contribuer à:

- recueillir des preuves de l'efficacité d'une intervention;
- comprendre pourquoi cela a fonctionné (ou non) et pour qui;
- identifier les résultats inattendus;
- estimer le caractère généralisable d'un programme;
- justifier l'utilisation des ressources;
- apporter des ajustements ou des améliorations à l'intervention sur la base du suivi et de l'évaluation.

Il existe trois grands types d'évaluation qui se rapportent aux différentes phases de la stratégie ou de l'intervention:

- Évaluation des processus – Quels types d'activités liées à la stratégie ou à l'intervention peuvent être contrôlés?
- Évaluation des résultats - Peut-on tirer des conclusions sur l'effet des stratégies et des interventions, en établissant généralement des comparaisons entre l'avant (l'intervention) et l'après (par exemple, des changements dans les connaissances, les attitudes ou les comportements)?
- Évaluation de l'impact: Quelle a été l'incidence des stratégies et des interventions sur le taux de vaccination (par exemple, les changements potentiels dans la couverture vaccinale dans la population à risque)?

L'évaluation à petite échelle peut générer des données et des informations utiles pour affiner et contextualiser une stratégie ou une intervention afin d'en accroître l'impact sur la santé avant de l'étendre à plus grande échelle. Les

données peuvent être collectées à partir de différentes sources, y compris des analyses de documents, ainsi que des données primaires collectées à l'aide de méthodes qualitatives et/ou quantitatives.

Des orientations détaillées sur la manière d'évaluer l'impact des interventions portant sur les comportements en matière de santé, comprenant des considérations et des outils, ont été publiées par l'OMS [81].

Il convient de poser les questions suivantes:

- La stratégie ou l'intervention est-elle réalisable et acceptable?
- La stratégie ou l'intervention a-t-elle été mise en œuvre comme prévu?
- Quels sont les changements observés dans le comportement cible qui peuvent être attribués à la stratégie ou à l'intervention?

# Références

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. Stockholm: ECDC, 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/facilitating-covid-19-vaccination-acceptance-and-uptake>
2. World Health Organization (WHO). Principles and steps for applying a behavioural perspective to public health. Geneva: WHO; 2021. Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1\\_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39_5&download=true)
3. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Habersaat KB. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. 2019;24(2):1800204. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat assessment brief: Measles on the rise in the EU/EEA – Considerations for public health response. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-measles-rise-eueea-considerations-public-health-response>
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Increase of pertussis cases in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-pertussis-cases-eueea>
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations>
7. European Commission (EC). Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. Brussels: EC; 2009. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2009/1019/oj>
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccination-coverage-eueea-during-2023-24-season-campaigns-1-september>
9. World Health Organization (WHO). Immunisation Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
10. Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. Expert Rev Vaccines. 2018 Nov;17(11):989-1004.
11. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data – 2015–2017. Vaccine. 2018 Jun 18;36(26):3861-7.
12. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):526-35.
13. Vaccination Acceptance Research Network (VARN) – Sabin Vaccine Institute. VARN2022: Shaping Global Vaccine Acceptance with Localized Knowledge. Washington, DC: Sabin Vaccine Institute; 2022. Available at: <https://www.sabin.org/global-immunization/vaccination-acceptance-research-network/varn2022-conference>
14. Dudley MZ, Privor-Dumm L, Dubé È, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination. Vaccine. 2020 Jan 22;38(4):709-11.
15. World Health Organization (WHO). Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>
16. MacDonald SE, Russell ML, Liu XC, Simmonds KA, Lorenzetti DL, Sharpe H, et al. Are we speaking the same language? an argument for the consistent use of terminology and definitions for childhood vaccination indicators. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(3):740-7.
17. Dubé È, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. Vaccine Hesitancy, Acceptance, and Anti-Vaccination: Trends and Future Prospects for Public Health. Annu Rev Public Health. 2021 Apr 1;42:175-91.

18. 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.
19. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *Eur J Psychol Assess*. 2022;38(4):261-9.
20. Rees F, Geiger M, Lilleholt L, Zettler I, Betsch C, Böhm R, et al. Measuring parents readiness to vaccinate themselves and their children against COVID-19. *Vaccine*. 2022 Jun 21;40(28):3825-34.
21. Lewandowsky S, Schmid P, Habersaat KB, Nielsen SM, Seale H, Betsch C, et al. Lessons from COVID-19 for behavioural and communication interventions to enhance vaccine uptake. *Commun Psychol*. 2023 Nov 24;1(1):35.
22. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 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>
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). E-learning: how to address online vaccination misinformation. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/e-learning-how-address-online-vaccination-misinformation>
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/effective-communication-around-benefit-and-risk-balance-vaccination-eueea>
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communication on immunisation. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines/communication>
27. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Vaccination Information Portal. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://vaccination-info.europa.eu/en>
28. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Factsheet – Implementation of EU actions to boost vaccine confidence. Brussels: European Commission; 2022.
29. European Commission: Joint Research Centre, Hoffmann M, Baggio M, Krawczyk M. Vaccination demand and acceptance – A literature review of key behavioural insights. Publications Office of the European Union; 2023.
30. European Commission: Joint Research Centre, Baggio M, Krawczyk M, Nohlen H, Pantazi M, et al. Applying lessons from behavioural sciences to vaccination acceptance and demand – Final report. Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2760/420194>
31. The Vaccine Confidence Project. State of vaccine confidence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b89452df-6958-11ed-b14f-01aa75ed71a1/language-en>
32. Coalition for Vaccination. Brussels: 2025. Available at: <https://coalitionforvaccination.com>
33. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. #UnitedInProtection. Brussels: European Commission. Available at: [https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index\\_en](https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index_en)
34. Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region (RIVER-EU). Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities. RIVER-EU [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://river-eu.org/>
35. Access to vaccination for newly arrived migrants (Act2Vax4NAM). Results. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.accesstovaccination4nam.eu/results>
36. University of Bristol. The JITSUVAX Project – Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19. [Accessed 11 Apr 2025]. Available at: <https://jitsuvax.info>
37. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). TIP Tailoring Immunization Programmes. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054492>
38. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong 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.

39. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019 Apr 24;37(18):2494-501.
40. Oudin Doglioni D, Gagneux-Brunon A, Gauchet A, Bruel S, Olivier C, Pellissier G, et al. Psychometric validation of a 7C-model of antecedents of vaccine acceptance among healthcare workers, parents and adolescents in France. *Nature. Sci Rep* 2023;13:19895. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46864-9>
41. Marron L, Ferenczi A, O'Brien KM, Cotter S, Jessop L, Morrissey Y, et al. A national survey of parents' views on childhood vaccinations in Ireland. *Vaccine*. 2023 Jun 7;41(25):3740-54.
42. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019;37(18):2494-501. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>.
43. Guest G, Namey E. Sampling: The foundation of good research. In *Sampling: The foundation of good research*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications Inc; 2015. Available at: <https://doi.org/10.4135/9781483398839.n17>
44. Stickley T, O'Caithain A, Homer C. The value of qualitative methods to public health research, policy and practice. *Perspect Public Health*. 2022 Jul;142(4):237-40.
45. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):9-18.
46. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 2008 Mar 22;204(6):291-5.
47. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*: Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009. Available at: [https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content\\_analysis.pdf](https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content_analysis.pdf)
48. Moira Maguire BD. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *Dundalk: All Ireland Journal of Higher Education*; 2017. Available at: <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
49. Michelle K, Jamieson GHG, Pownall M. Reflexivity in quantitative research: A rationale and beginner's guide. 2023;17(4). Available at: <https://doi.org/10.1111/spc3.12735>
50. Stahl NA, King JR. Understanding and Using Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal of Developmental Education*. 2020;44(1).
51. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Sundhedsplejersker som vaccinations-ambassadører [Sundheds nurses as vaccination ambassadors]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Vaccination-af-boern/Boernevaccinationsprogrammet/Sundhedsplejersker-som-vaccinationsambassadoerer>
52. Verger P, Cogordan C, Fressard L, Gosselin V, Donato X, Biferi M, et al. A postpartum intervention for vaccination promotion by midwives using motivational interviews reduces mothers' vaccine hesitancy, south-eastern France, 2021 to 2022: a randomised controlled trial. *Euro Surveill*. 2023 Sep;28(38): 2200819. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.38.2200819>
53. Garrison A, Fressard L, Mitilian E, Gosselin V, Berthiaume P, Casanova L, et al. Motivational interview training improves self-efficacy of GP interns in vaccination consultations: A study using the Pro-VC-Be to measure vaccine confidence determinants. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 31;19(1):2163809.
54. Mitilian E, Gosselin V, Casanova L, Fressard L, Berthiaume P, Verger P, et al. Assessment of training of general practice interns in motivational interviews about vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Nov 30;18(6):2114253.
55. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja [A method to understand changes in vaccination acceptance and uptake]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/kommunicera-om-vaccinationer/metod-for-att-forsta-forandringar-i-vaccinationstackning-och-vaccinationsvilja>
56. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Uppföljning av orsaker till lägre vaccinationstäckning [Follow-up of reasons for lower vaccination coverage]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-orsaker-till-lagre-vaccinationstackning/>

57. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination inom barnhälsovård, elevhälsa och andra verksamheter [To talk about vaccination in child healthcare, student health and other activities]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-inom-barnhalsovard-elevhalsa-och-andra-verksamheter-anvandarhandledning-for-verksamhet-som-erbjuder-vaccination>
58. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination – fem steg för att utforska och möta frågor [Talking about vaccination – five steps to explore and meet questions]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-fem-steg-for-att-utforska-och-mota-fragor>
59. Mino Danmark. Homepage. Copenhagen.. [Accessed: 11 Apr 2025]. Danish. Available at: <https://mino.dk/>
60. Rieck T, Feig M, Deleré Y, Wichmann O. Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine*. 2014 Sep 29;32(43):5564-9.
61. Robert Koch Institute Germany (RKI). Intervention Study to Increase HPV Vaccination Coverage in Germany. Berlin: RKI; 2023. Available at: <https://www.rki.de/EN/Topics/Infectious-diseases/Immunisation/Research-projects/invest-hpv.html?nn=16781014>
62. Bulgarian Ministry of Health. Специализиран сайт за имунизациите в България [Specialized site for immunizations in Bulgaria]. Bulgarian. Sofia: Bulgarian Ministry of Health [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.плюсмен.бг>
63. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Særligt målrettede vaccinationsindsatser [Specially targeted vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc\\_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43)
64. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Evaluering af den nære vaccinationsindsats [Evaluation of the vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2021. Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Vaccination/Evaluering-af-den-saerlige-vaccinationsindsats-i-uge-22-til-25-2021.ashx>
65. Government of Greece. Εμβολιασμός κατά της COVID-19 [Vaccination against COVID-19]. Greek. Athens: Government of Greece; 2022. Available at: <https://emvolio.gov.gr>
66. Leader reporter. Covid-19 vaccination clinic to open at University Maternity Hospital Limerick. Limerick: Limerick Live; 2021. Available at: <https://www.limerickleader.ie/news/coronavirus/666433/covid-19vaccinationclinic-to-open-at-university-maternity-hospital-limerick.html>
67. Health Service Executive (HSE) Ireland. Translated COVID-19 information. Dublin: HSE Ireland; 2024. Available at: <https://www.hse.ie/eng/services/covid-19-resources-and-translations/translated-covid19-information>
68. Niamh Griffin. Vaccine uptake among homeless people reaches 80%. Dublin, Cork: Irish Examiner; 2021. Available at: <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40308689.html>
69. Official Statistics Portal Lithuania. Šaltojo sezono skiepai [Cold season starting]. Lithuanian. Vilnius: Official Statistics Portal Lithuania. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://osp.stat.gov.lt/skiepu-svieslente>
70. RÚVZ so sídlom v Rožňave [Rožňava Regional Health Office]. VIDEOSPOT - Vakcinačná kampaň RÚVZ Rožňava [Vaccination campaign of the Rožňava Regional Health Office]. Slovak. Rožňava: Rožňava Regional Health Office; 2021. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=ODsVbK2AUJs>
71. HIV Point. Homepage (English). Helsinki: HIV Point. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://hivpoint.fi/en>
72. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Kikhostevaksine til gravide [Whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide>
73. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Innføring av tilbud om gratis kikhostevaksine til gravide [Introduction of offer of free whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide/om-innforingen-av-kikhostevaksine-til-gravide/>
74. Holford D, Schmid P, Fasce A, Lewandowsky S. The empathetic refutational interview to tackle vaccine misconceptions: Four randomized experiments. *Health Psychology*. 2024;43(6):426-37.

75. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/258734>
76. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implement Sci.* 2018 Jun 26;13(1):88.
77. Molokwu J, Dwivedi A, Mallawaarachchi I, Hernandez A, Shokar N. Tiempo de Vacunarte (time to get vaccinated): Outcomes of an intervention to improve HPV vaccination rates in a predominantly Hispanic community. *Prev Med.* 2019 Apr;121:115-20.
78. Parra-Medina D, Morales-Campos DY, Mojica C, Ramirez AG. Promotora Outreach, Education and Navigation Support for HPV Vaccination to Hispanic Women with Unvaccinated Daughters. *J Cancer Educ.* 2015 Jun;30(2):353-9.
79. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. 'Communicate to vaccinate': the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC Int Health Hum Rights.* 2013 May 11;13:23.
80. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Immunization Week. Copenhagen: WHO/Europe; 2025. Available at: <https://www.who.int/europe/campaigns/european-immunization-week>
81. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Evaluating the impact of interventions addressing health behaviour: considerations and tools for policy-makers. Copenhagen: WHO/Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10200-49972-75147>

**European Centre for Disease  
Prevention and Control (ECDC)**

Gustav III:s Boulevard 40  
16973 Solna, Sweden

Tel. +46 858 60 10 00  
[ECDC.info@ecdc.europa.eu](mailto:ECDC.info@ecdc.europa.eu)

[www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)



Publications Office  
of the European Union