



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Perception du COVID et de sa vaccination : enquête dans les Hauts de France auprès des patients consultant en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juin 2023 à 14 heures
Au Pôle Formation
Par Arnault SAVEY

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Nathalie DHALENNE

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AZ : AstraZeneca

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Études Professionnelles

BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive

CAE : Conseil d'Analyse Économique

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CM : CoMorbidités

COCONEL : Coronavirus et Confinement : Enquêtes Longitudinales

COMPARE : Communauté de Patients pour la Recherche

CoV : CoronaVirus

COVID-19 : COronaVirus Disease appeared in 2019

COVIPREV : Covid Prevention

COVIREIVAC : Covid - Réseau national d'Investigation clinique spécialisé en
Vaccinologie

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPICOV : ÉPIdémiologie et COnditions de Vie

ESMS : Établissement Social ou Médico-Social

H1N1 : Hémagglutinine 1 Neuraminidase 1 (Virus de la grippe A)

HAS : Haute Autorité de Santé

ID : ImmunoDéprimés

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IMC : Indice Masse Corporelle

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques

JDD : Journal Du Dimanche

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORM : Observatoire de Recherche sur les Médias et le journalisme

PS : Professionnel de Santé

QCM : Question à Choix Multiple

SARS : Acronyme anglais de « Severe Acute Respiratory Syndrome »

SARS-Cov : Acronyme anglais de « Severe Acute Respiratory

Syndrome *Coronavirus* »

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SPF : Santé Publique France

SPIKE : *protéine SPIKE*, qui se situe à la surface du SARS-CoV-2

URPSML : Union Régionale des Professionnels de santé et des Médecins Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

RESUME	8
INTRODUCTION	10
PRÉAMBULE : Chronologie d'une crise sanitaire.....	16
MATÉRIELS ET MÉTHODES	21
I. Type d'étude et population cible	21
II. Conception du questionnaire	21
III. Recueil des données.....	22
IV. Interprétation des données et analyse statistique	23
V. Ethique	23
RÉSULTATS.....	25
I. FLOWCHART	25
II. Analyses univariées	26
A. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	26
1. Sexe	26
2. Âge.....	26
3. Niveau d'étude	26
4. Contexte socioprofessionnel	27
5. Origine géographique.....	28
6. Contexte de vie au foyer / situation familiale	28
7. Nombre d'enfants à charge au foyer	28
B. Supports et pertinence de l'information recueillie sur le COVID et sa vaccination, place des médias et du médecin traitant dans la décision vaccinale.....	28
1. Impression subjective de connaissance du COVID.....	28
2. Sources d'information concernant le virus du COVID.....	29
3. Sources d'information concernant la vaccination contre le COVID	29
4. Qualité de la communication des médias	30
5. Effet émotionnel de l'information des médias.....	30
6. Place et influence des médias sur la décision vaccinale.....	30
7. Place et influence du médecin traitant dans la vaccination.....	30
C. Perception individuelle du risque et représentation du COVID	31
1. Perception individuelle du risque de forme grave	31
2. Perception de la gravité du COVID	31
3. La peur du COVID ?.....	32
D. Perception du vaccin COVID et des modalités spécifiques de la campagne vaccinale	32
1. Taux de vaccination de la population étudiée	32

2.	Lieux de vaccination choisis par les vaccinés	32
3.	Raison principale de non-vaccination chez les non vaccinés	33
4.	Perception de la fiabilité du vaccin	33
5.	Perception de l'information donnée par les médias/gouvernement sur le schéma de vaccination	33
6.	Opinion sur le PASS sanitaire comme un outil d'incitation à la vaccination	34
7.	Pourcentage de personnes qui se sont vaccinés principalement pour avoir un PASS sanitaire valide et pour pouvoir circuler librement	34
8.	Perception de l'accessibilité au centre de vaccination	34
9.	Opinion sur la place du pharmacien dans la vaccination	35
10.	Lieux de vaccination préférés	35
11.	Perception de la qualité globale de la campagne vaccinale.....	36
12.	Intention de vaccination pour la 2 ^{ème} dose de rappel (soit la 4 ^{ème} dose)	36
III.	Analyses bivariées	37
A.	Caractéristiques de la population selon le statut vaccinal.....	37
B.	Discordance entre risque individuel perçu et risque individuel vrai de COVID grave.....	38
C.	Peur du COVID par tranche d'âge	38
D.	Perception de la gravité du COVID en fonction de l'âge	39
E.	Opinion sur le PASS sanitaire en fonction de l'âge.....	39
F.	Opinion sur le PASS sanitaire en fonction des patients ayant été incités à se faire vacciner ou pas par celui ci.....	40
G.	Accessibilité aux centres de vaccination en fonction de l'âge	40
H.	Lieu de vaccination idéal en fonction de l'âge	41
I.	Lieu de vaccination choisi en fonction de l'âge.....	41
J.	Perception de la fiabilité des vaccins selon l'âge	42
K.	Intention de faire la 4 ^{ème} dose selon âge	42
L.	Perception de la qualité globale de la campagne selon âge	43
	DISCUSSION	44
I.	Discussion de la méthode, forces et limites de l'étude.....	44
A.	Méthode de l'étude.....	44
B.	Forces de l'étude	44
C.	Limites de l'étude	45
D.	Représentativité de la population étudiée (Données sociodémographiques)	47
II.	Résultats et comparaisons bibliographiques	50
A.	Supports et pertinence de l'information recueillie sur le COVID et sa vaccination, place des médias et du médecin traitant dans la décision vaccinale.....	50
B.	Perception individuelle du risque et représentation du COVID.....	54

C. Perception du vaccin COVID et des modalités spécifiques de la campagne vaccinale	56
D. Caractéristiques sociodémographiques impliquées dans le refus ou l'acceptation de la vaccination	61
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES.....	74

RESUME

Contexte : En 2009, seuls 7.9 % des Français se sont vaccinés face à la pandémie de grippe H1N1. Un tel échec doit servir pour mieux se préparer à une autre pandémie, d'autant plus si celle-ci est plus létale. C'est le cas de la pandémie de COVID, qui table à la 7^{ème} position des pandémies les plus meurtrières de l'histoire. Dès début 2022 la campagne vaccinale du COVID fait nettement mieux car 75 % des Français ont reçu 2 doses de vaccin. Les modalités de cette campagne sont bien différentes, notamment avec l'utilisation du PASS sanitaire. Devant ces chiffres, nous nous sommes interrogés sur la perception qu'ont eu nos patients de cette campagne, du vaccin et du COVID.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative descriptive fondée sur 506 auto-questionnaires anonymes distribués aux patients de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste dans les Hauts de France.

Résultats : Un total de 459 questionnaires a pu être analysé. 80 % se disent bien informés sur le COVID et 62 % se sont informés sur le COVID via les médias. Pour la vaccination, 45 % s'informent via les médias mais 24 % font appel à leur généraliste. 67 % trouvent la communication des médias bonne mais 51 % sont inquiétés par les informations retransmises. Malgré cette peur, les médias, tout comme le médecin, ressortent comme des moteurs de la vaccination. 79% des patients pensent que le COVID est une maladie grave mais seulement 37% craignent le COVID. 28 % des patients ne se pensent pas à risque de forme grave alors qu'ils le sont vraiment selon la liste de la HAS. 71 % se sont vaccinés en centre de vaccination alors que 43 % préféreraient idéalement se vacciner au cabinet. Globalement, 57 % se disent favorable au PASS sanitaire, mais rapporté à l'âge, seul 42 % des 18-25 ans y sont

favorables. Il y a 90 % de vaccinés dans l'étude et 71 % disent la campagne de bonne qualité globale. Néanmoins, 43 % refusaient de faire la dose de rappel.

Conclusion : Dans l'ensemble, le taux de vaccination est très satisfaisant et la majorité de notre population estime la campagne de bonne qualité. Le PASS est un outil controversé mais efficace et assez bien accepté. Une opposition est retrouvée chez les jeunes qui restent les plus réfractaires à la vaccination. Il existe des disparités sociales dans la vaccination avec un refus de vaccination plus élevé chez les personnes de bas niveau social.

INTRODUCTION

La pandémie du COVID est une crise sanitaire inédite qui frappe le monde depuis décembre 2019 et qui sévit encore aujourd'hui (1). Par son ampleur, son impact sur nos vies et son omniprésence dans la tête des gens, elle va marquer nos générations. Elle demande aux gouvernements mondiaux une réactivité nouvelle et l'obligation de trouver des propositions rapides à la crise. Développer un vaccin efficace et sûr, en un temps record, était le meilleur moyen pour lutter contre l'épidémie (2). Dès le début de la crise, les laboratoires pharmaceutiques se sont mis sur le pied de guerre pour proposer le « meilleur » vaccin et les pays sont rentrés dans une course à la « meilleure » campagne vaccinale. En 2009, la pandémie de grippe H1N1 touche le monde, un vaccin est développé rapidement, la campagne est lancée. Les chiffres sont inquiétants, seuls 7.9 % des français sont vaccinés (3). Un tel échec doit servir pour mieux se préparer à une autre pandémie, d'autant plus si celle-ci est plus létale. Le nombre de morts du COVID dans le monde a atteint en juillet 2022 le chiffre de 6.39 millions (4), contre un nombre estimé à 300 000 pour la grippe H1N1 (5). La réussite de la campagne était donc vitale.

Les perceptions et réticences vis-à-vis de la vaccination contre le COVID ont semblé évoluer à mesure que la campagne avançait. Il s'est écoulé un an entre le début de la crise et le lancement de la vaccination. Initialement, avant la perspective du premier vaccin et la mise en route d'une campagne vaccinale, la méfiance semblait importante. Une enquête réalisée fin mars 2020 auprès de la population française indiquait que 26% des Français refuseraient le vaccin contre le SARS-CoV-2 (6). Les enquêtes COCONEL révèlent également une méfiance. Elles ont été réalisées pendant et après le confinement, dans l'objectif d'analyser l'intention de se faire

vacciner contre le COVID-19 des français selon leur âge, et plus spécifiquement, l'intention des personnes les plus vulnérables. Parmi les 8 036 répondants, 27,5 % refuseraient ce vaccin s'il était disponible ; 29,2 % des 18-64 ans contre 12,4 % des 65 ans et plus (7). Le principal motif de cette réticence était l'idée que ce vaccin serait réalisé trop vite et risquait par conséquent d'être peu sûr (8). Cette défiance est encore retrouvée dans un sondage réalisé en juillet 2020 par l'institut YouGov pour Le Huffington Post, qui montre que 32% des français interrogés n'accepteraient pas de se faire vacciner si un vaccin contre le COVID était disponible (9). Rien d'étonnant car dans la représentation générale française, une étude mondiale réalisée par l'institut de sondage américain Gallup, pour l'ONG médicale britannique Wellcome en 2018, montre que la France serait un des pays les plus sceptique vis-à-vis des vaccins. Parmi 144 pays étudiés, un français sur trois ne croit pas que les vaccins soient sûrs. Ils sont aussi 19 % à ne pas croire les vaccins efficaces et un français sur dix ne croit pas qu'il soit important de vacciner les enfants (10)(11).

Pour ce qui est de la perception des risques du COVID, une des enquêtes COCONEL réalisée en mars 2020, juste avant le premier confinement, a montré que les français prenaient la mesure de la gravité de la situation épidémique : 70 % des personnes interrogées considéraient le COVID-19 particulièrement contagieux et grave, bien plus que la grippe saisonnière. La perception des risques étant plus aigüe chez les femmes et les plus de 65 ans, logiquement plus à risque par leur âge (12).

Puis la campagne avance, les vaccinations débutent, avec une priorisation des personnes les plus à risque (13), et l'adhésion à la vaccination semble s'améliorer et progresser. L'enquête COVIREIVAC réalisée en mai 2021, à la veille du PASS sanitaire et de l'élargissement de la vaccination à tous les adultes et de la possibilité de vacciner les adolescents, montre que 77% des répondants comptent se faire

vacciner contre le COVID-19 ou l'ont déjà fait, ce qui confirme la décline progressive des réticences à se faire vacciner. Il existe cependant une persistance d'une proportion importante de refus (14). Une autre enquête est intéressante, l'enquête EPICOV, réalisée en 3 phases, les 2 premières en mai et novembre 2020, puis la 3^{ème} en juillet 2021, juste après la mise en place du PASS sanitaire en juin 2021 et avant la généralisation de la dose de rappel proposée en septembre 2021. Elle révèle dans son 3^{ème} volet que 72 % des personnes majeures interrogées déclaraient être vaccinées, 10 % avaient l'intention de le faire, une même proportion ne savait pas encore quelle attitude adopter et 8 % ne souhaitaient pas se faire vacciner. Elle soulève également des inégalités sociales marquées quant au recours à la vaccination. Dans la population de vaccinés, neuf personnes sur dix étaient vaccinés chez les 10 % ayant le niveau de vie le plus élevé, contre cinq personnes sur dix parmi les 10 % ayant le niveau de vie le plus faible (15).

Puis en septembre 2021, la dose de rappel a été proposée à l'échelle nationale et les intentions vaccinales ont continué d'augmenter comme le montre les 2 figures (fig. 1) (fig. 2) tirées de l'étude COVIPREV, qui étudiait l'évolution de la vaccination, des intentions de se faire vacciner et de l'adhésion à la dose de rappel au cours du temps. On remarque aussi sur ces graphiques que même si la vaccination progresse, la proportion de français refusant de se faire vacciner ne diminue pas et reste stable sur les derniers mois. (16).

Évolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre la COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 34), France métropolitaine

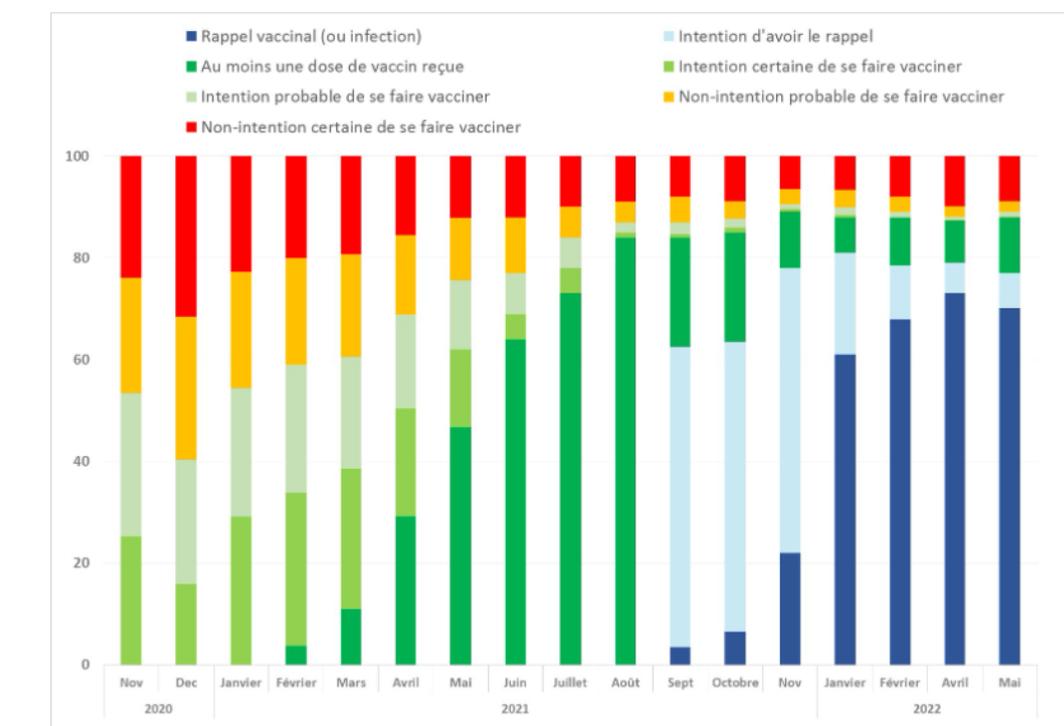


Figure 1 : Evolution de la vaccination et des intentions de se faire vacciner contre le COVID-19 (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 34), France métropolitaine.

À l'été 2022, la HAS s'est prononcée sur la nécessité d'administrer une seconde dose de rappel pour les personnes les plus à risque de forme grave et depuis juillet 2022 le 2^{ème} rappel s'élargit de plus en plus, notamment aux soignants, ou aux personnes de plus de 60 ans (17). Mais les français semblaient bouder l'aiguille devant une épidémie qui n'en finissait pas. Au 21 juillet 2022, **seuls 20.5 % des 60-79 ans et 29,5% des 80 ans et plus, ont reçu leur seconde dose de rappel** indique [Santé Publique France](#) dans ses derniers points épidémiologiques. **Et la couverture vaccinale relative à la première dose de rappel progresse peu (84,7 % chez les 65 ans et plus) (18).**

Évolution de l'adhésion vaccinale à la dose de rappel contre la Covid-19 (dose de rappel reçue et intentions de le faire) selon les classes d'âge (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 31), France métropolitaine.

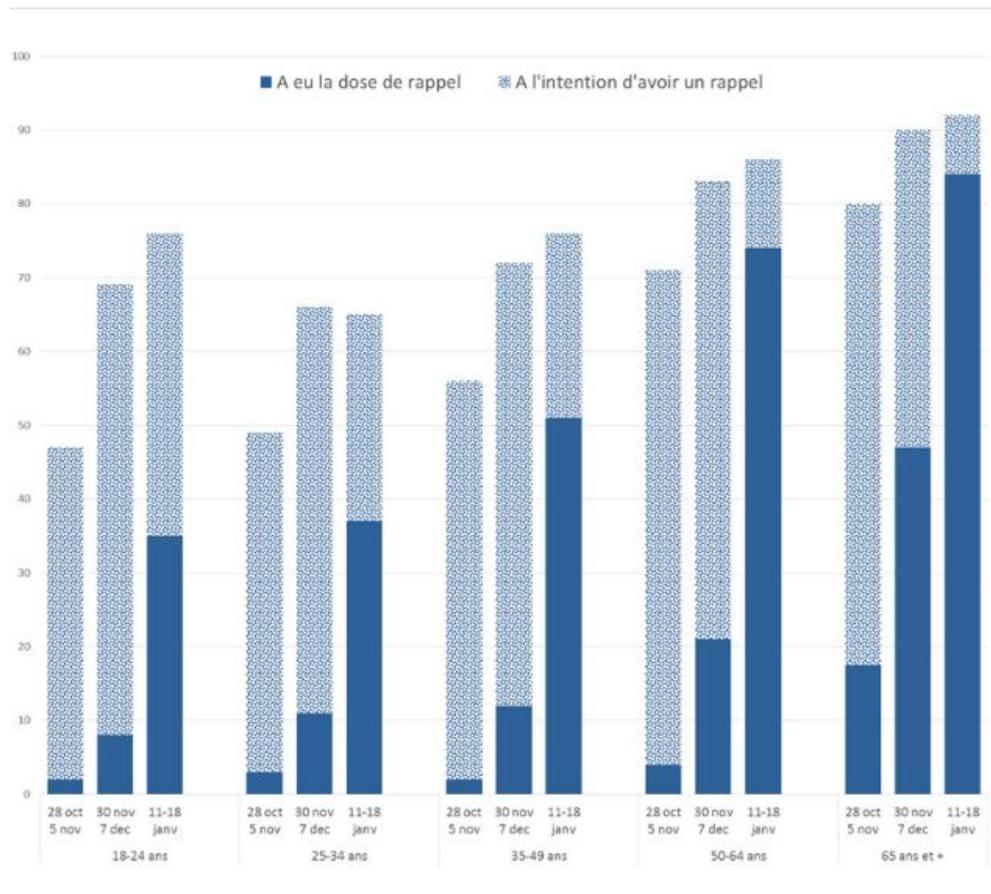


Figure 2 : Evolution de l'adhésion vaccinale à la dose de rappel contre le COVID 19 (dose de rappel reçue et intentions de le faire) selon les classes d'âges (% pondérés). Enquête CoviPrev (vague 31), France métropolitaine.

À l'automne 2022, la HAS ne recommandait pas encore la généralisation totale de la seconde dose de rappel pour plusieurs facteurs tels que la possible mise en circulation de nouveaux vaccins adaptés aux différents variants circulants, le recul encore limité sur la baisse dans le temps de la protection vaccinale d'un premier rappel, les incertitudes relatives à la persistance de l'efficacité vaccinale d'un second rappel, et les enjeux d'acceptabilité par la population de campagnes de rappels successives et

rapprochées. La HAS était en réflexion sur la trajectoire qu'elle voulait donner à la campagne de vaccination et cherchait à trouver des solutions à moyen ou plus long terme plutôt que proposer une campagne de rappels rapprochés et successifs (19).

Même si la motivation des Français s'effrite et qu'une lassitude d'une pandémie trop longue s'installe, on peut quand même se féliciter, car fin 2022, la campagne vaccinale du COVID fait nettement mieux que la crise de la grippe H1N1 de 2001. Soixante-dix-neuf pourcents des français ont reçu une primovaccination complète et 80.3 % ont reçu une 1^{ère} dose de vaccin (20). Les modalités de cette campagne et le rôle du médecin généraliste sont bien différents, notamment avec l'utilisation du PASS sanitaire, le développement des vaccinodromes et leur accessibilité, la mise en place d'un dispositif de vaccination plus étendu avec une valorisation des vaccinations en cabinet et par les pharmaciens. Cette couverture vaccinale historique contrecarre l'habituelle méfiance des français et la difficile adhésion à la vaccination. Est-ce que des méthodes incitatives comme le PASS sanitaire ont forcé la vaccination ou les français ont simplement mieux adhéré ? Devant ces chiffres encourageants et les caractéristiques inédites de cette campagne, je voulais m'interroger sur la perception qu'en ont eu nos patients. L'objectif principal de mon travail est d'évaluer la perception qu'ont eu les patients de la campagne, du vaccin et du COVID en général et de sonder une adhésion ou une méfiance de la population. Notre objectif secondaire est de faire ressortir des éléments de réussite ou d'amélioration de cette campagne qui pourraient servir d'exemple pour d'autre future pandémie et de mettre en évidence d'éventuelles caractéristiques sociodémographiques impliquées dans le refus ou l'acceptation de la vaccination.

PRÉAMBULE : Chronologie d'une crise sanitaire

Pour mieux se situer il est important de faire la chronologie de l'épidémie. Tout aurait probablement commencé à la mi-décembre 2019, en Chine à Wuhan, où apparaît un foyer de pneumonie virale assez grave avec plusieurs patients admis en hospitalisation. La réalisation d'un séquençage du génome du virus identifie un virus de la famille du SARS-cov, celui apparu en 2002. Le virus se propage très rapidement puisqu'entre le 21 et le 24 janvier 2020, on confirme des cas de COVID en France, en Europe et aux États-Unis (21). L'OMS surveille de près l'épidémie et celle-ci prend ensuite l'ampleur qu'on lui connaît avec une reconnaissance comme urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2021 et finalement une déclaration de pandémie le 11 mars 2020 (22).

Devant cette situation historique, nos gouvernements ont dû s'adapter à la crise et prendre des décisions inédites pour gérer l'urgence sanitaire. Nous ne listerons évidemment pas l'ensemble de ces décisions de manière exhaustive mais ciblerons les plus importantes.

Courant mars 2020, le personnel soignant et l'hôpital ont été conditionnés et préparés pour accueillir la vague redoutée de COVID 19 avec plusieurs mesures comme l'activation du plan blanc le 6 mars 2020, le report des soins et opérations non urgentes et conjointement l'augmentation de la capacité du nombre de lits en réanimation (23).

D'un autre côté, les mesures restrictives pour limiter la propagation du virus dans la population française se sont enchaînées. De fin février à la mi-mars 2020, les rassemblements en grand nombre en espace clos (concert, spectacle etc..) sont limités à 5000 puis 1000 puis 100 personnes pour enfin être interdits à l'entrée dans

le confinement et le 14 mars il y a fermeture des lieux jugés « non indispensables » (bars, restaurants, cafés, cinémas, discothèques.). Le 12 mars 2020, de grandes décisions tombent avec d'abord la fermeture de toutes les structures scolaires et universitaires, la mise en place d'un grand dispositif de chômage partiel ou la favorisation du télétravail s'il est possible (23).

Et enfin et surtout, le gouvernement a décidé d'avoir recours au confinement généralisé à plusieurs reprises pour limiter la contagion du virus. Le premier confinement est déclaré le 17 mars 2020 et dure deux mois. Il y a eu ensuite une diminution des restrictions sur la période estivale 2020 pour finalement, devant une reprise épidémique en octobre, et après des tentatives de couvre-feu par régions insuffisamment efficaces, déclarer un 2^{ème} confinement généralisé le 30 octobre et pour un mois et demi. Le troisième confinement aura lieu du 20 mars au 3 mai 2021 (23).

En plus du confinement, d'autres mesures importantes ont été utilisées pour combattre le COVID 19 telles que l'obligation du port du masque, l'utilisation du gel hydroalcoolique, le respect des mesures barrières, des couvre-feux ou encore la mise en place inédite du PASS sanitaire ou du PASS vaccinal (24). Ces mesures sont résumées sur la figure 3.

Évidemment le lancement de la campagne vaccinale, débuté le 27 décembre 2020, soit environ un an après le début de la pandémie, est le meilleur moyen de lutte contre le COVID (25). Selon le journal le monde, la découverte de ces vaccins a été étonnamment rapide pour un ensemble de raisons. D'abord il y a notre capacité d'identification et de séquençage génomique des virus qui est phénoménale aujourd'hui et une connaissance préalable du virus de la famille du SRAS déjà étudié en 2003 et 2012, avec notamment sa protéine SPIKE. Ensuite il y a eu un déblocage

de moyens financiers dantesques, une mobilisation de toute la communauté scientifique pour la recherche, et enfin des agences de validation qui ont pris des risques en accélérant les examens de validation mais sans sauter d'étapes. (26).

La vaccination a été prévue par étapes de priorisation en permettant aux personnes fragiles et/ou exposées d'être vaccinées en premier (27). Elle a donc commencé par les résidents en EHPAD, puis les professionnels de santé de plus de 50 ans, puis les personnes âgées de plus de 75 ans, avant d'être beaucoup plus élargie petit à petit pour être finalement disponible pour tous les Français de plus de 18 ans en mai 2021. Pour se situer, on peut s'aider d'une frise chronologique résumant la campagne vaccinale et ses moments phares, tirée d'une thèse de médecine (Fig. 4) (28).

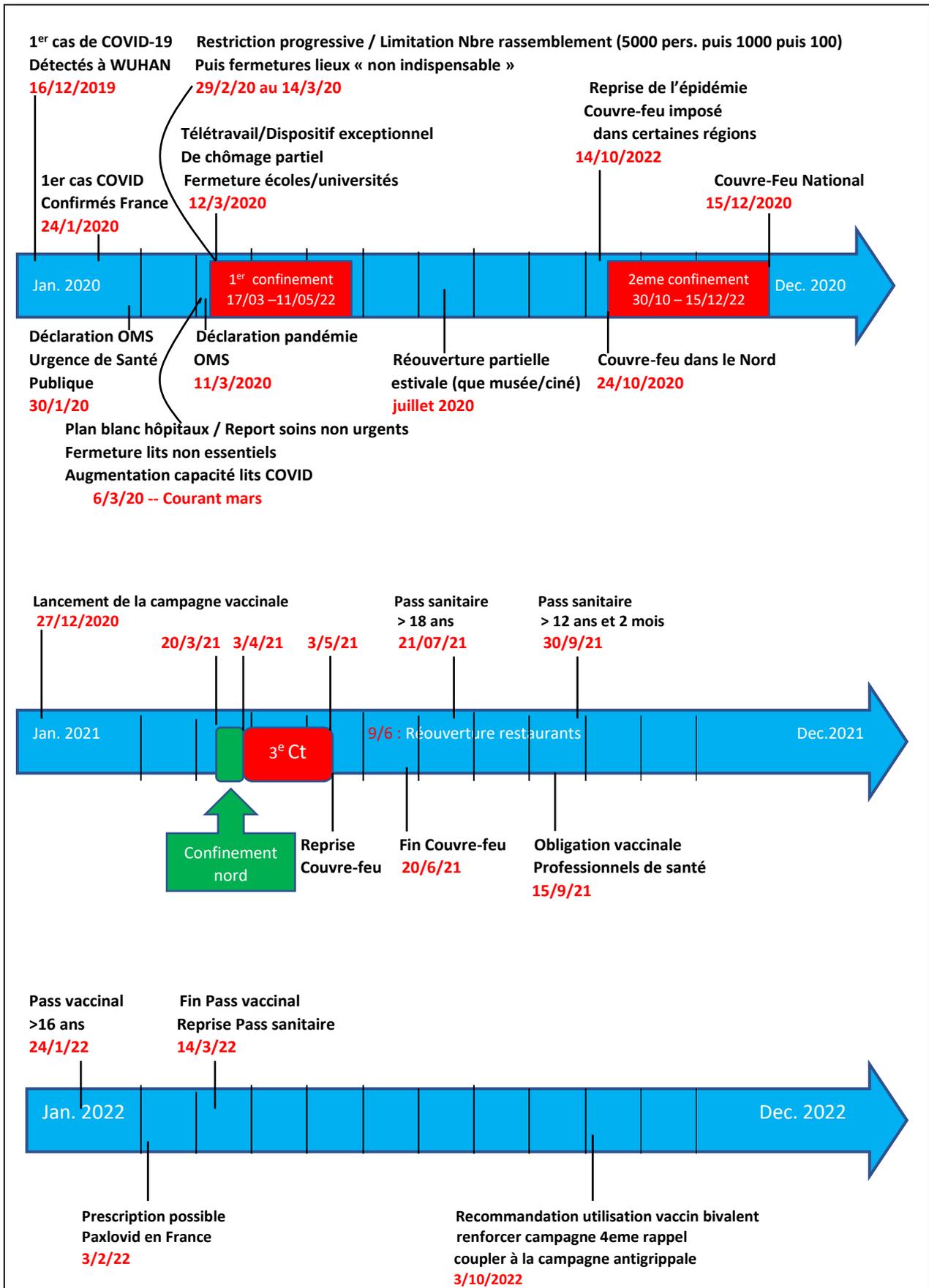


Figure 3 : Frise chronologique de l'épidémie et des décisions gouvernementales

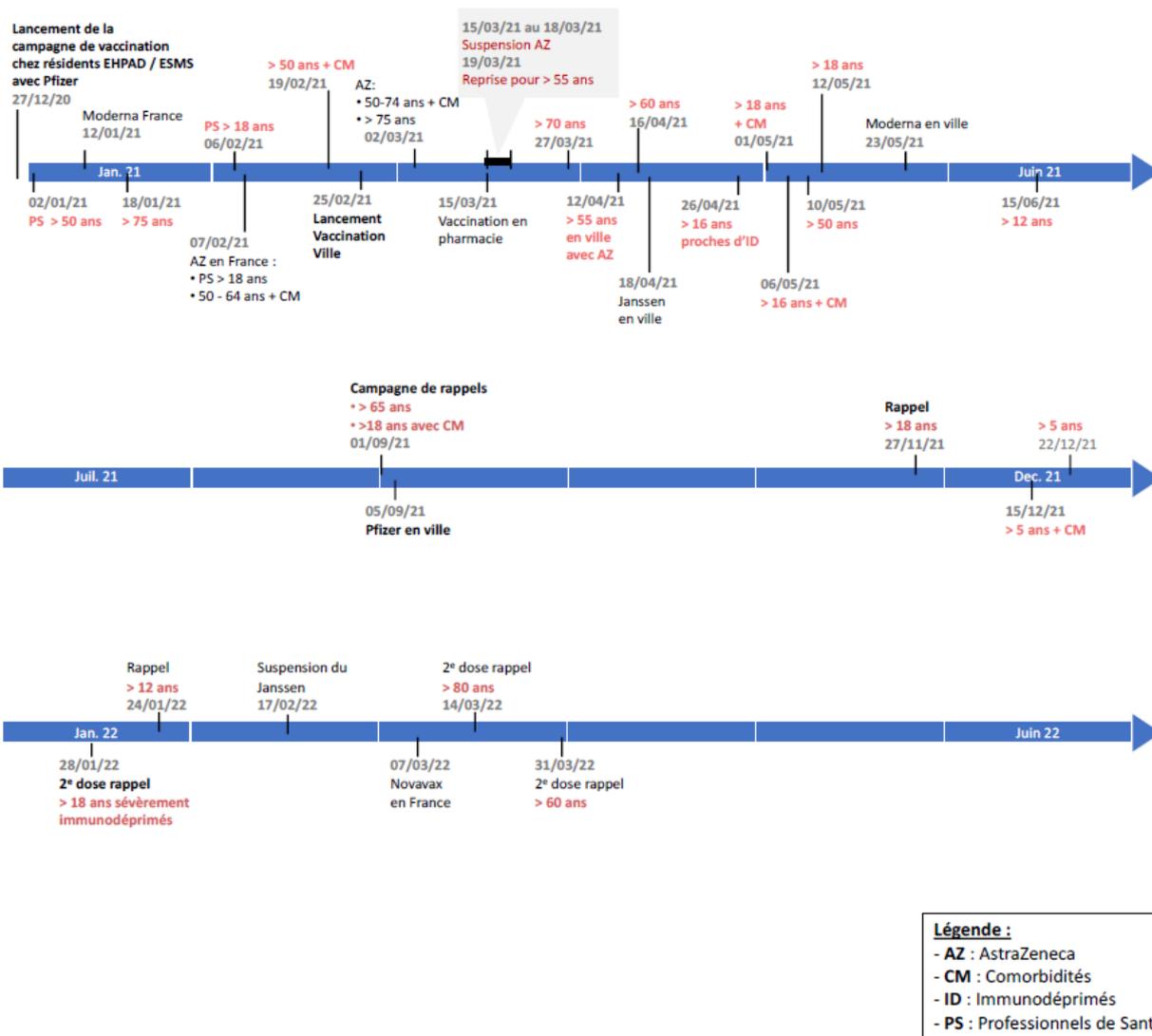


Figure 4 : Chronologie de la vaccination en France, extrait de la Thèse : « vaccination anti-COVID-19, une polémique évitable ? »

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude et population cible

Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative, multicentrique, transversale, descriptive et régionale. La population cible était les patients consultant en médecine générale dans les Hauts de France. Au total, 601 questionnaires ont été déposés dans différents cabinets de médecine générale, 459 ont été récupérés afin d'être analysés. 25 médecins généralistes de secteurs assez élargis dans les Hauts de France ont participé à la distribution des questionnaires (Arrageois, Avesnois, Hem, Dunkerquois, Lille et alentours.). 11 médecins sont en secteur urbain, 7 en milieu semi-rural et 7 en milieu rural.

- Critère d'inclusion : tout patient majeur, sachant lire et écrire, habitant dans les Hauts de France, consultant son généraliste quel qu'en soit le motif et volontaire pour remplir le questionnaire.
- Critère d'exclusion : tout questionnaire incorrectement rempli (illisible, oubli de plus de 3 réponses aux questions).
- Critère de non-inclusion : patient mineur, analphabètes ou barrière linguistique.

II. Conception du questionnaire

Le questionnaire se divise en 4 parties. (Annexe 1)

La première interroge sur les supports d'informations et la pertinence d'informations recueillis sur le COVID et sa vaccination, avec une évaluation de la place donnée aux médias et au médecin traitant dans la décision vaccinale.

La deuxième partie concerne la perception individuelle du risque et les représentations du COVID par la population cible.

La troisième partie concerne la perception plus ciblée du vaccin contre le COVID et des modalités spécifique de la campagne vaccinale.

La quatrième et dernière partie correspond aux critères sociodémographiques. Elle classifie le répondant par son âge, son sexe, son lieu de vie, son niveau d'étude, sa situation professionnelle et familiale. Cette partie est principalement inspiré du livret « Questionnaire » de François de Singly et du « tableau des catégories socioprofessionnelles » de l'INSEE (29).

L'élaboration du questionnaire est inspirée de différentes études avec notamment des études et des questionnaires réalisés pour la campagne contre la grippe H1N1 en 2009 (30)(31)(32)(33). Pour le choix de la population à risque de COVID grave dans la 2^{ème} partie, les recommandations de la HAS et de l'URPSML des Hauts de France ont servi de référence (34)(13).

Au total, 30 questions fermées sont posées sous forme de QCMs à choix unique. Ce questionnaire a été testé avant distribution sur une trentaine de patients afin de s'assurer de la bonne compréhension. Cela a permis la correction de certains items pour obtenir des réponses à choix unique, là où certains patients répondaient en choix multiples. Les questionnaires test n'ont pas été conservés pour l'analyse des données.

III. Recueil des données

Les questionnaires ont été distribués de la mi-juin 2022 à novembre 2022, soit durant 5 mois. Ces derniers ont été donnés aux différents médecins généralistes soit en main propre, soit par courrier postal, soit par le biais de leur SASPAS dans certains cas de MSU. Les médecins donnaient les questionnaires soit à remplir librement dans une

bannette en salle d'attente, soit via leur secrétaire, soit en proposant le questionnaire au patient en fin de consultation. Il s'agissait de questionnaires anonymes, tous remplis de manière autonome sans aide du praticien. Ils étaient ensuite récupérés ou par le médecin ou par la secrétaire. Pour la distribution, la question d'informatiser le questionnaire s'est posée, mais nous avons volontairement choisi un questionnaire papier afin d'éviter un biais de sélection de la population cible, en obtenant beaucoup plus de répondants jeunes habitués aux outils informatiques. Le support papier était simple et à portée de main pour le plus grand nombre.

IV. Interprétation des données et analyse statistique

Le questionnaire a été informatisé sur l'outil Googleform, et l'ensemble des questionnaires papier validés ont ensuite été intégrés, un à un, dans l'outil, pour rassembler les données. Cela a permis d'obtenir le tableur rassemblant les données de l'étude, sur le logiciel Microsoft Excel®. L'élaboration des histogrammes a été faite via le logiciel Scimago Graphica®. L'analyse statistique a été principalement réalisée avec le site de biostatistique BiostaTGV et pour une moindre partie avec le logiciel R. Les variables, toutes qualitatives, étaient exprimées par leur effectif et leur pourcentage. Ces dernières ont fait l'objet d'un test Chi-2 quand les conditions étaient réunies, et lorsque ce n'était pas possible avec un test exact de Fisher. L'intervalle de confiance est de 95% avec un risque alpha à 5%.

V. Ethique

La fiche de thèse et le questionnaire ont été soumis à une évaluation par un délégué à la protection des données à caractère personnel de l'Université de Lille. La sécurité des données est assurée par le fait que le questionnaire est anonyme. Le

questionnaire ne comportant pas suffisamment d'informations personnelles, il est impossible d'identifier les participants. De plus, le consentement de la personne répondante est constitué par le fait qu'elle accepte de répondre aux questions.

RÉSULTATS

I. FLOWCHART

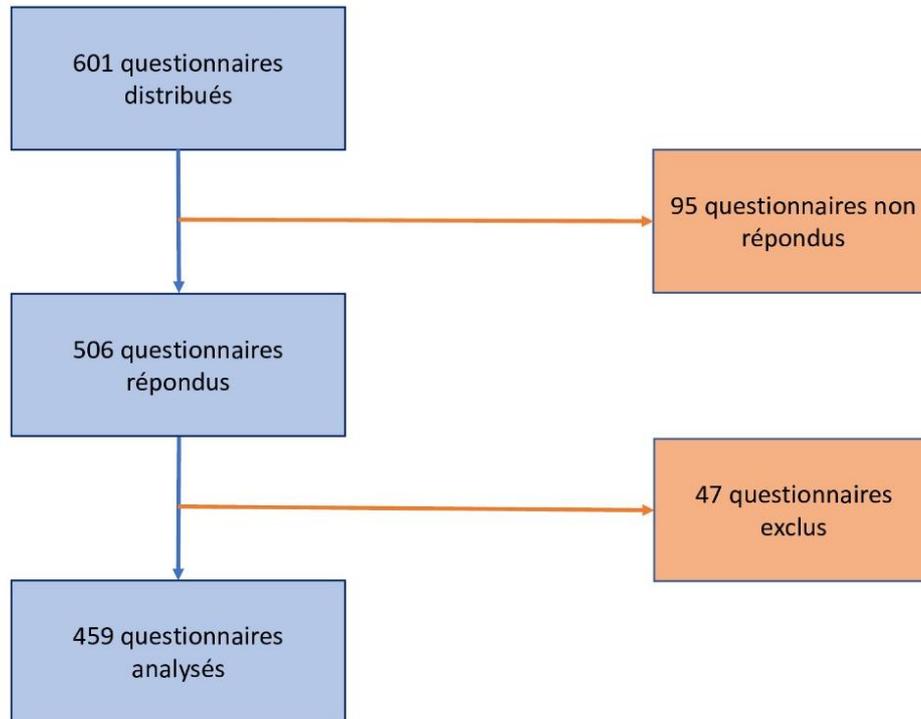


Figure 5 : Diagramme de flux de la distribution des questionnaires

Les 47 questionnaires exclus correspondent à des questionnaires partiellement remplis avec trop de réponses manquantes (supérieures ou égale à 4 réponses manquantes).

II. Analyses univariées

A. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

1. Sexe

Avec un sex-ratio de 0.63, la population étudiée présente une prédominance féminine. Nous avons obtenu les réponses de 281 femmes (61 %) contre 177 hommes (39 %).

2. Âge

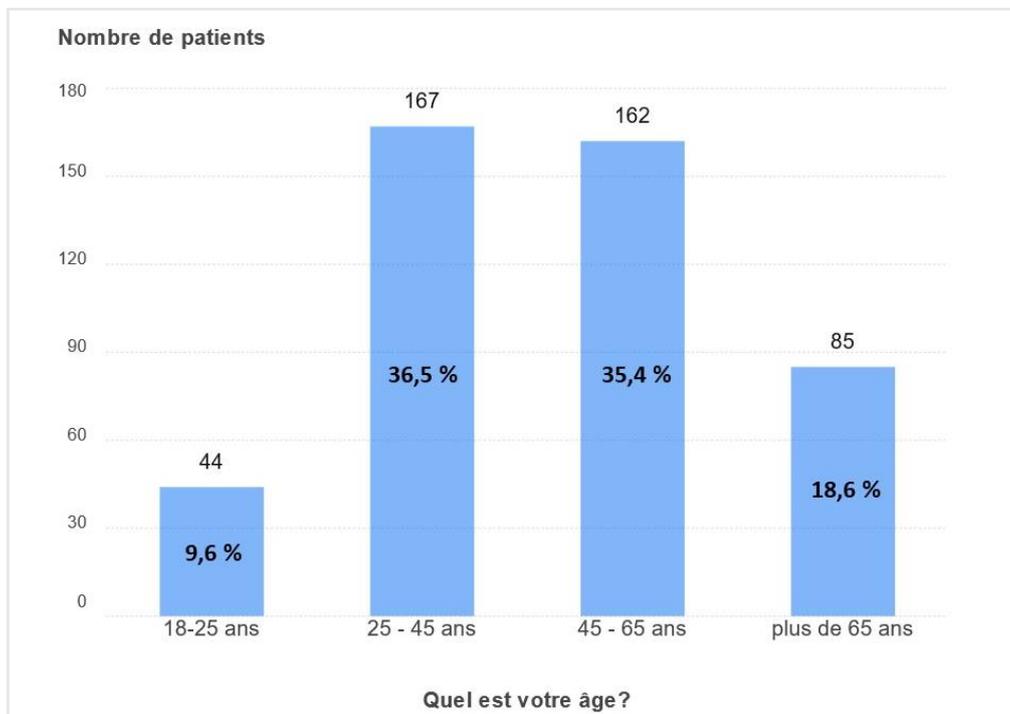


Figure 6 : Répartition des patients selon leur âge

3. Niveau d'étude

Dix pour cent des participants n'ont aucun diplôme, environ 48 % ont au moins un diplôme de niveau scolaire classique (inférieur ou égale au baccalauréat), et presque 42 % ont suivi des études supérieures.

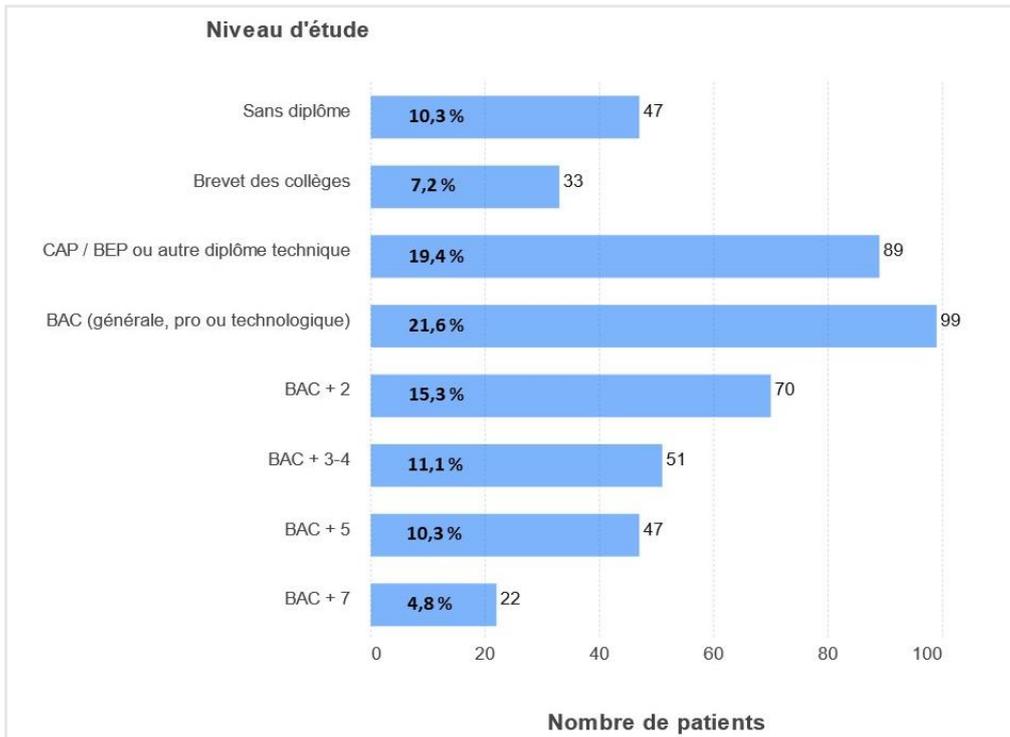


Figure 7 : Répartition des répondants selon leur niveau d'étude

4. Contexte socioprofessionnel

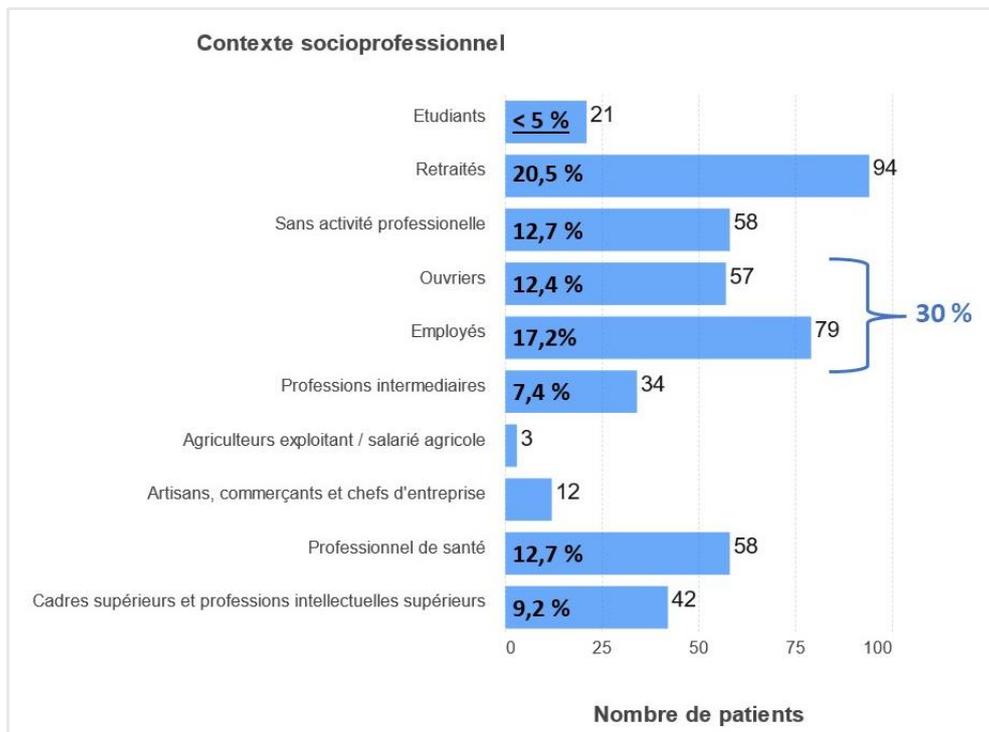


Figure 8 : Répartition des répondants selon le contexte socio-professionnel

5. Origine géographique

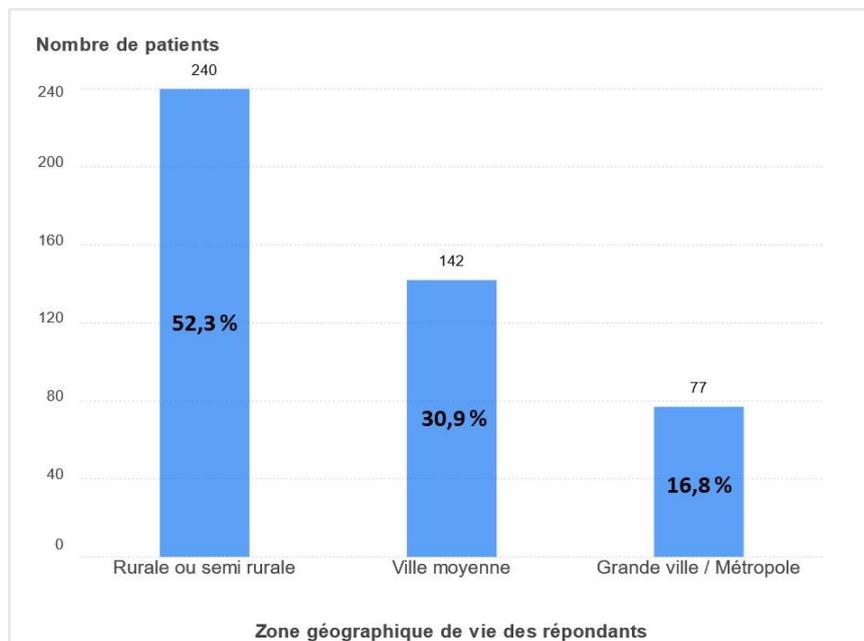


Figure 9 : Répartition des patients selon leur zone géographique de vie

6. Contexte de vie au foyer / situation familiale

Concernant le contexte de vie au foyer, 80 % (367) des répondants vivaient avec au moins une personne au domicile (conjoint, parent, enfant, colocataire etc...), contre 20 % (92) qui vivaient seul.

7. Nombre d'enfants à charge au foyer

Concernant la parentalité, 225 (49.1 %), soit la moitié des répondants, étaient sans enfant à charge au domicile, 179 (39.1 %) avait 1 à 2 enfants à charge, et 54 (11.8 %) en avaient 3 ou plus au domicile.

B. Supports et pertinence de l'information recueillie sur le COVID et sa vaccination, place des médias et du médecin traitant dans la décision vaccinale

1. Impression subjective de connaissance du COVID

En interrogeant les patients sur leur impression d'avoir une bonne connaissance du COVID, 367 (80.1%) estiment se sentir bien informés sur le COVID contre 91 (19.9 %)

qui se disent mal informés. Après 2 ans d'épidémie, une majorité des patients estiment donc bien connaître le COVID.

2. Sources d'information concernant le virus du COVID

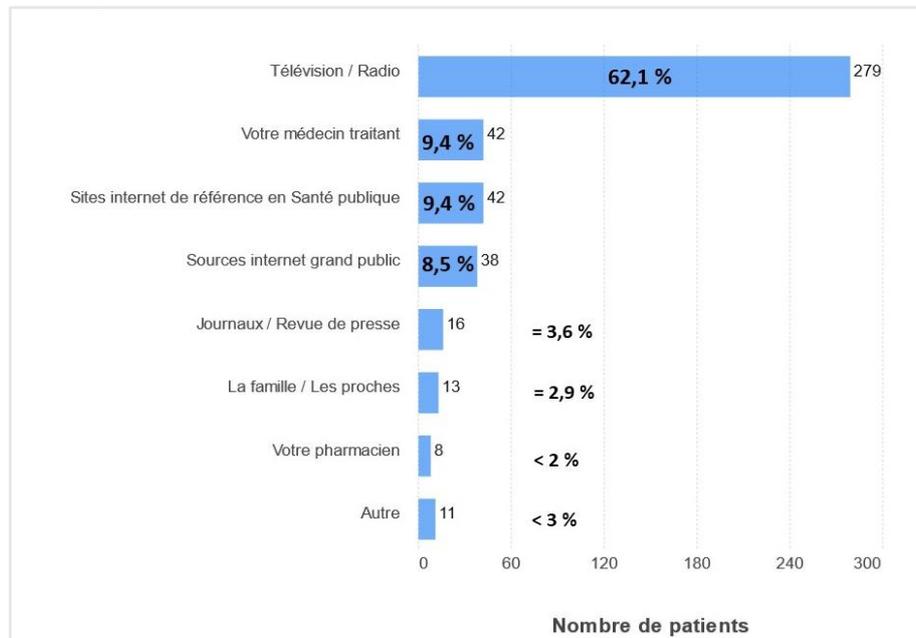


Figure 10 : Principales sources d'information concernant le virus du COVID

3. Sources d'information concernant la vaccination contre le COVID

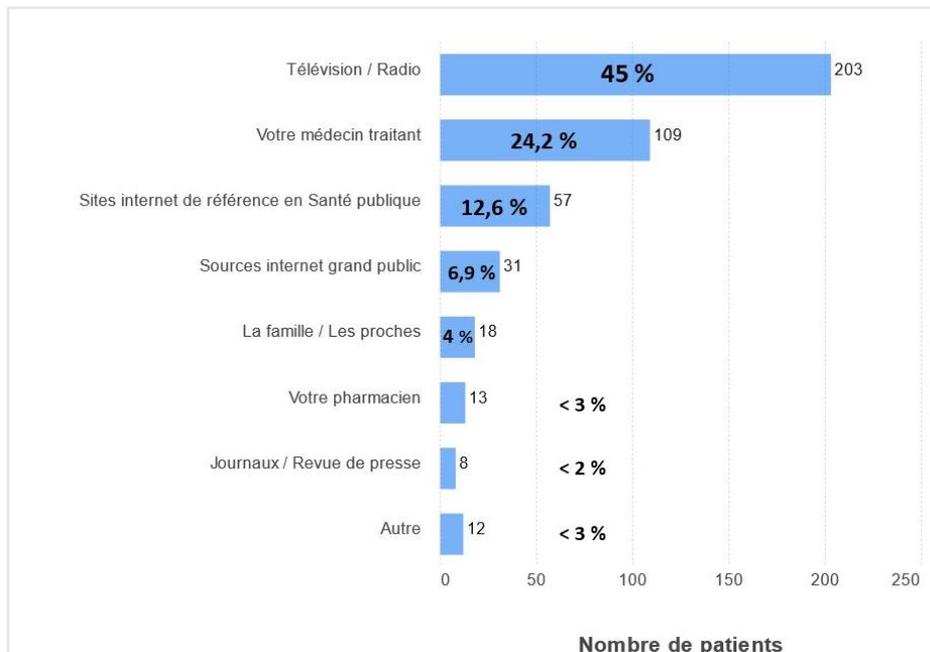


Figure 11 : Principales sources d'information concernant la vaccination

4. Qualité de la communication des médias

En interrogeant les répondants sur leur perception de la qualité de communication des médias au sujet du COVID, une majorité des patients (67.1 %) ont une perception positive de cette communication avec 230 patients (50.3 %) qui estiment que la communication est « « plutôt bonne » et 77 patients (16.8 %) qui estiment que la communication est « bonne ». A contrario, 117 patients (25.6 %) perçoivent la communication comme « plutôt mauvaise » et 33 patients (7.2 %) l'estiment « mauvaise ».

5. Effet émotionnel de l'information des médias

A cette question, la moitié, soit 232 patients (50.9 %) sont inquiétés par l'information, 80 patients (17.5 %) se sentent eux rassurés par les médias et enfin 144 patients (31.6 %) restent indifférents à cette information.

6. Place et influence des médias sur la décision vaccinale

Deux cent soixante-sept patients (58.3 %) ont répondu que les médias n'avaient pas influencé leur décision vaccinale, 191 patients (41.7 %) ont répondu que cela avait influencé.

Dans le sous-groupe qui s'estime influencé par les médias pour la vaccination, 148 (77.5 %) disent que les médias ont influencé positivement leur choix et le font ressortir comme moteur, 43 (22.5 %) disent avoir été influencé négativement et font ressortir les médias comme une limite à la vaccination.

7. Place et influence du médecin traitant dans la vaccination

Deux cent quatre-vingt-huit patients (62.7%) ont abordé le sujet de la vaccination avec leur médecin traitant, contre 171 patients (37.3%) qui ne l'ont pas fait.

Dans l'ensemble de l'échantillon, 231 patients (50.8%) disent avoir été influencés positivement par leur médecin traitant dans la décision de vaccination, contre 224 (49.2%) répondant qu'il n'y a pas eu de rôle du médecin traitant dans leur décision.

Si on cible le sous-groupe qui a discuté de la vaccination avec leur généraliste, 220 patients (77.2 %) estiment que l'information donnée par ce dernier a influencé positivement leur décision vaccinale, contre 65 patients (22.8 %) qui disent que non.

C. Perception individuelle du risque et représentation du COVID

1. Perception individuelle du risque de forme grave

Sur notre échantillon, 114 patients (24.9 %) se percevaient subjectivement à risque de COVID grave contre 344 patients (75.1 %) qui ne se pensaient pas à risque de forme grave. En parallèle, en se fiant à la liste de la haute autorité de santé (HAS) des populations à risque de forme grave du COVID, qui répondait à des critères plus objectifs, 197 personnes (42.9%) faisaient partie des personnes à risque contre 262 (57.1%) qui n'étaient pas à risque.

2. Perception de la gravité du COVID

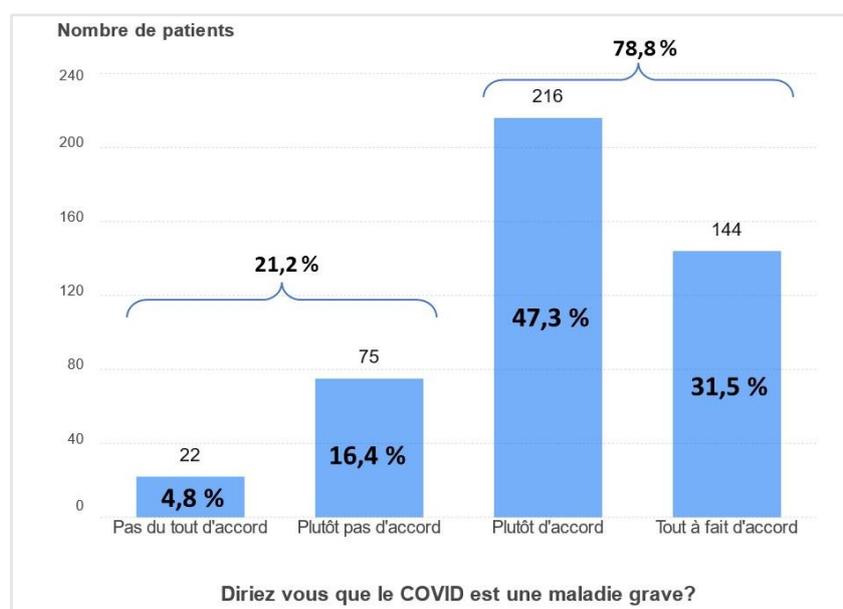


Figure 12 : Perception de la gravité du COVID

3. La peur du COVID ?

En questionnant sur une peur potentielle des patients au sujet du COVID, 287 (62.8 %) répondent ne pas craindre le COVID, contre 170 (37.2 %) qui eux en ont peur.

D. Perception du vaccin COVID et des modalités spécifiques de la campagne vaccinale

1. Taux de vaccination de la population étudiée

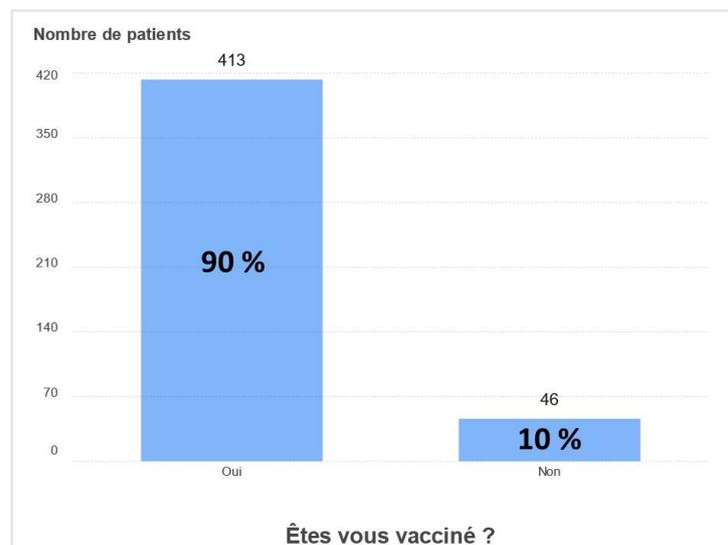


Figure 13 : Répartition selon vaccination ou non vaccination

2. Lieux de vaccination choisis par les vaccinés

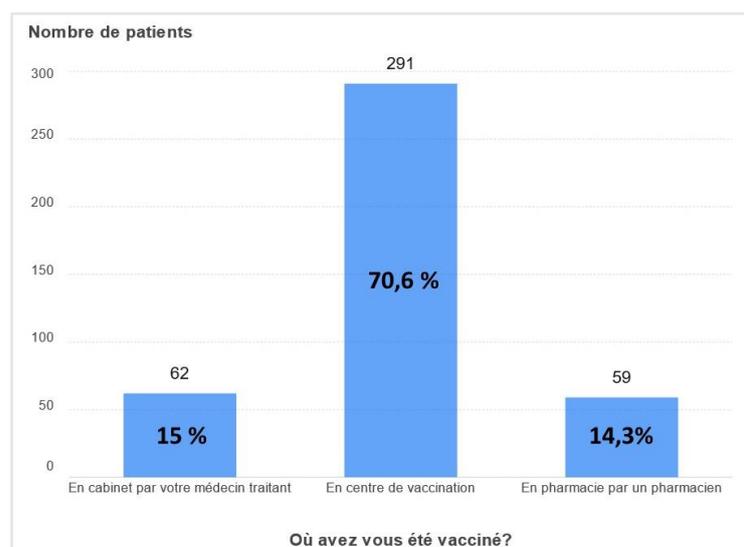


Figure 14 : Lieux de vaccination principaux choisis par les vaccinés

3. Raison principale de non-vaccination chez les non vaccinés

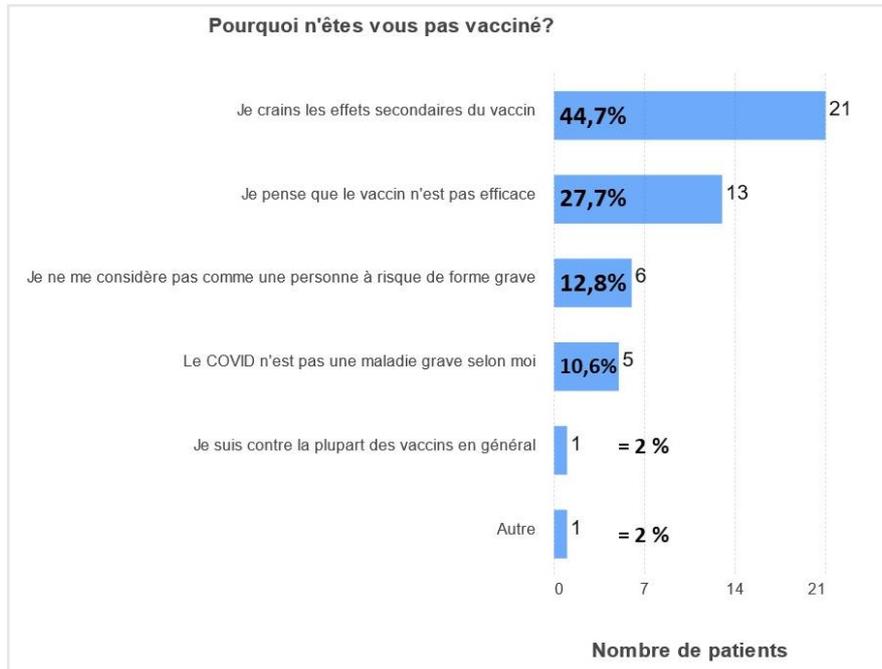


Figure 15 : Raisons principales de non-vaccination par les non vaccinés

4. Perception de la fiabilité du vaccin

Deux cent quatre-vingt-dix patients (soit 63.9 %) pensent que les vaccins sont fiables contre 164 (36.1 %) qui pensent qu'ils ne le sont pas.

5. Perception de l'information donnée par les médias/gouvernement sur le schéma de vaccination

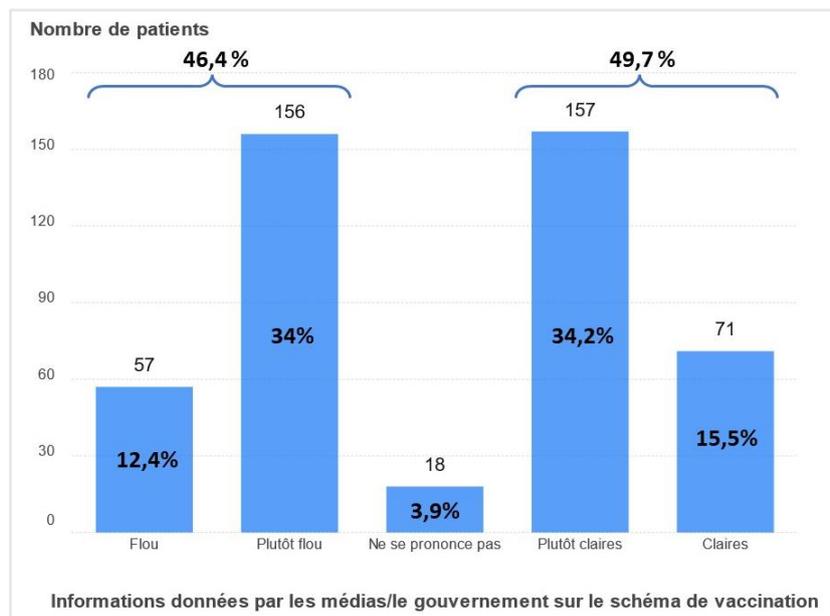


Figure 16 : Perception de l'information donnée par les médias sur le schéma de vaccination

6. Opinion sur le PASS sanitaire comme un outil d'incitation à la vaccination

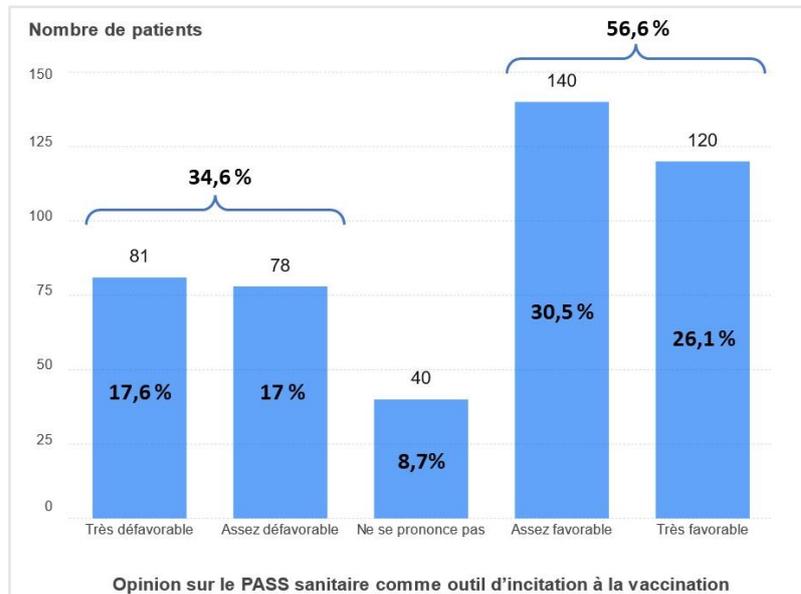


Figure 17 : Opinion sur le PASS sanitaire comme outil d'incitation à la vaccination

7. Pourcentage de personnes qui se sont vaccinés principalement pour avoir un PASS sanitaire valide et pour pouvoir circuler librement

Cent quatre-vingt-dix-huit répondants (soit 43.2 %) disent s'être vaccinés pour avoir un PASS sanitaire valide et pouvoir circuler librement contre 260 répondants (soit 56.8 %) qui, eux, ne disent pas avoir été incités à la vaccination par le PASS.

8. Perception de l'accessibilité au centre de vaccination

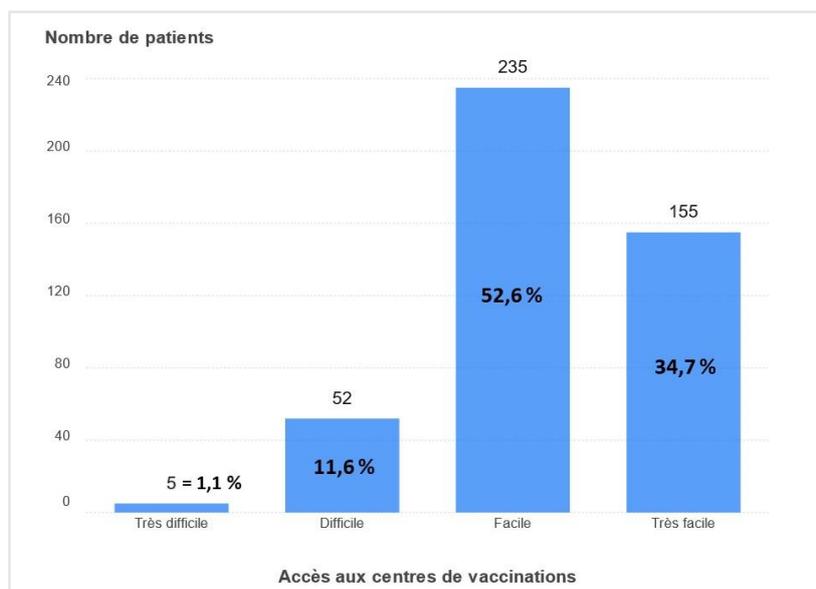


Figure 18 : Perception de l'accessibilité aux centres de vaccination

9. Opinion sur la place du pharmacien dans la vaccination

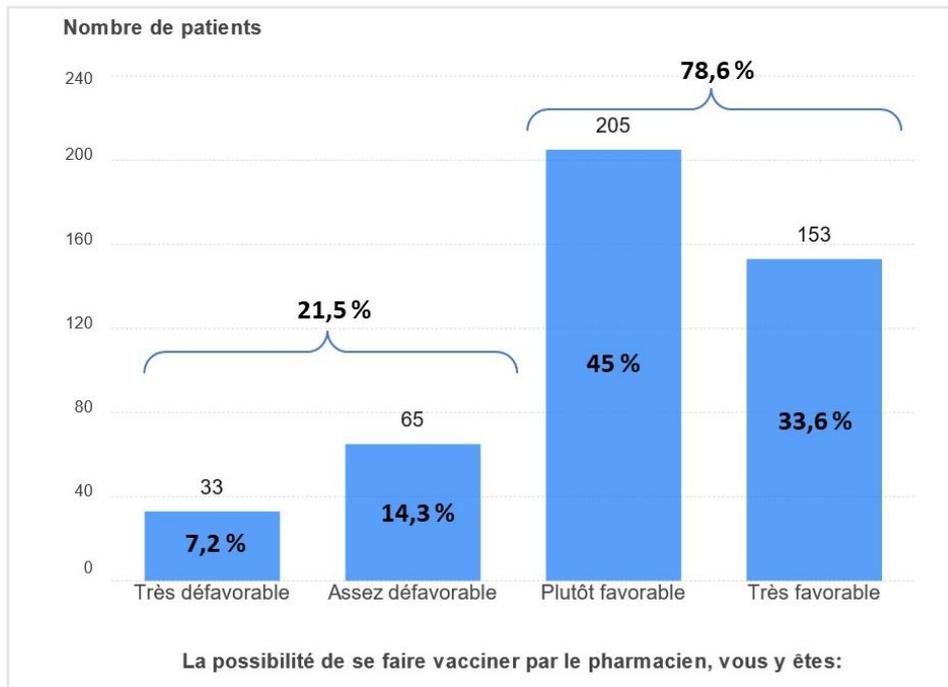


Figure 19 : Opinion sur la possibilité de vaccination par le pharmacien

10. Lieux de vaccination préférés

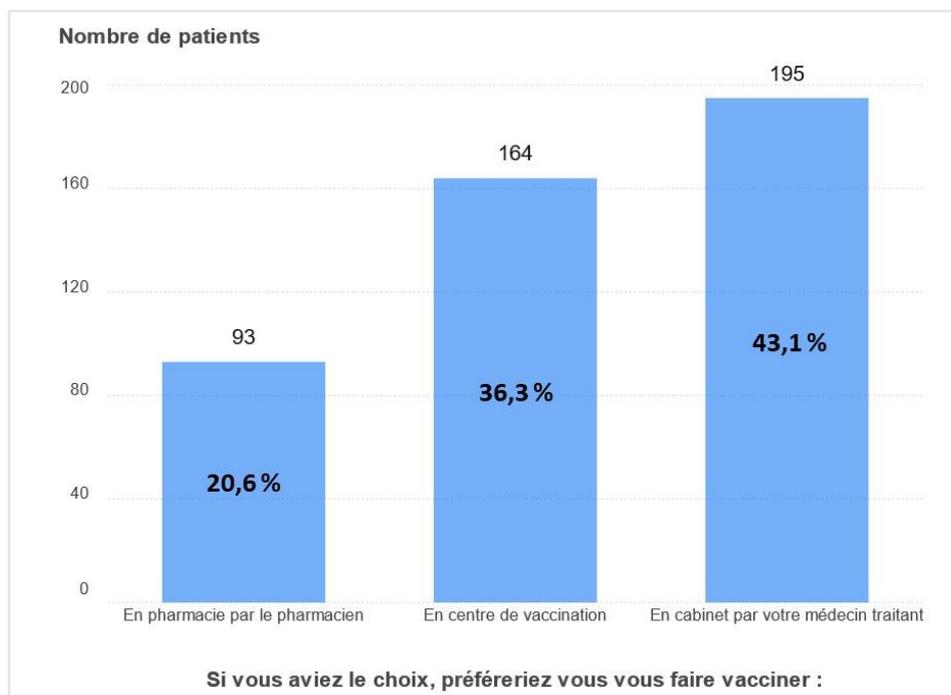


Figure 20 : Préférences des patients par rapport aux lieux de vaccination

11. Perception de la qualité globale de la campagne vaccinale

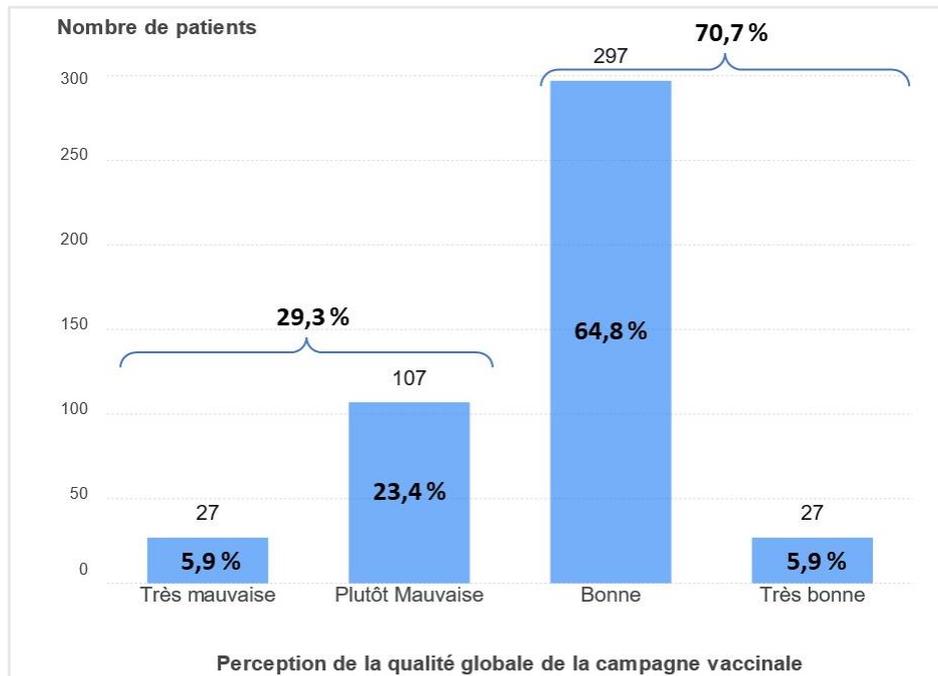


Figure 21 : Perception de la qualité globale de la campagne vaccinale

12. Intention de vaccination pour la 2^{ème} dose de rappel (soit la 4^{ème} dose)

Au moment de notre étude, 252 patients (soit 57.1 %) étaient prêts à faire la dose de rappel, contre 189 (42.9 %) qui ont répondu qu'ils ne feraient pas la dose de rappel.

III. Analyses bivariées

A. Caractéristiques de la population selon le statut vaccinal

Caractéristique de la population selon le statut vaccinal	Non / Non vacciné, N = 46	Oui / vacciné, N = 413	p-value ²
Quel est votre sexe ?			0.3
Femme	25 (8.9%)	256 (91%)	
Homme	21 (12%)	156 (88%)	
Réponse manquante	0	1	
Quel est votre âge ?			0.2
18-25 ans	7 (16%)	37 (84%)	
25 - 45 ans	21 (13%)	146 (87%)	
45 - 65 ans	13 (8.0%)	149 (92%)	
Plus de 65 ans	5 (5.9%)	80 (94%)	
Réponse manquante	0	1	
Quel est votre niveau d'étude ?			<i>p non calculable</i>
Sans diplôme	7 (15%)	40 (85%)	
Brevet des collèges	6 (18%)	27 (82%)	
CAP / BEP ou autre diplôme technique	8 (9.0%)	81 (91%)	
BAC (général, pro ou technologique)	13 (13%)	86 (87%)	
BAC + 2	8 (11%)	62 (89%)	
BAC + 3-4	3 (5.9%)	48 (94%)	
BAC + 5	0 (0%)	47 (100%)	
BAC + 7	1 (4.5%)	21 (95%)	
Réponse manquante	0	1	
Quel est votre contexte socio-professionnel ?			<i>p non calculable</i>
Retraités	8 (8.5%)	86 (91%)	
Etudiants	2 (9.5%)	19 (90%)	
Sans activité professionnelle	10 (17%)	48 (83%)	
Ouvriers	10 (18%)	47 (82%)	
Employés	9 (11%)	70 (89%)	
Agriculteurs exploitant / salarié agricole	1 (33%)	2 (67%)	
Professions intermédiaires	0 (0%)	34 (100%)	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	2 (17%)	10 (83%)	
Professionnel de santé	3 (5.2%)	55 (95%)	
Cadres supérieurs et professions intellectuelles supérieures	1 (2.4%)	41 (98%)	
Réponse manquante	0	1	
Dans quel type de zone géographique habitez-vous ?			0.7
Rurale ou semi rurale	26 (11%)	214 (89%)	
Ville moyenne	12 (8.5%)	130 (92%)	
Grande ville / Métropole	8 (10%)	69 (90%)	
Au foyer, vivez-vous ?			0.14
Avec d'autres personnes	33 (9.0%)	334 (91%)	
Seul	13 (14%)	79 (86%)	
Combien avez-vous d'enfant à charge au foyer ?			0.2
Aucun	22 (9.8%)	203 (90%)	
1-2	15 (8.4%)	164 (92%)	
3 et plus	9 (17%)	45 (83%)	
Réponse manquante	0	1	
1 n (%)			
2 Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test			

Figure 22 : Tableau en analyse bivariée des caractéristiques de la population selon le statut vaccinal

B. Discordance entre risque individuel perçu et risque individuel vrai de COVID grave

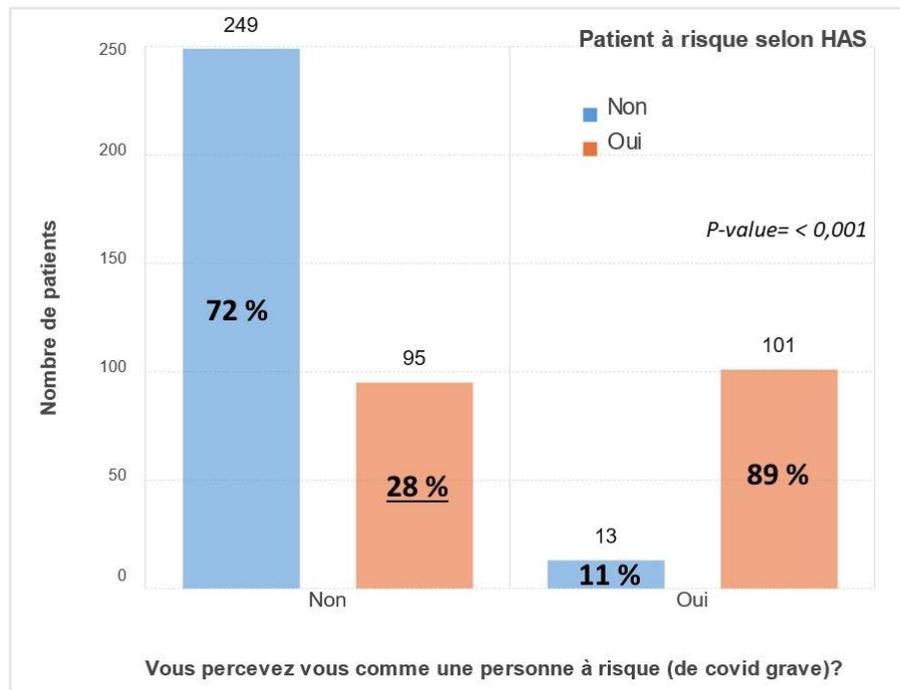


Figure 23 : Risque individuel perçu de COVID grave comparé au risque individuel vrai selon l’HAS

C. Peur du COVID par tranche d’âge

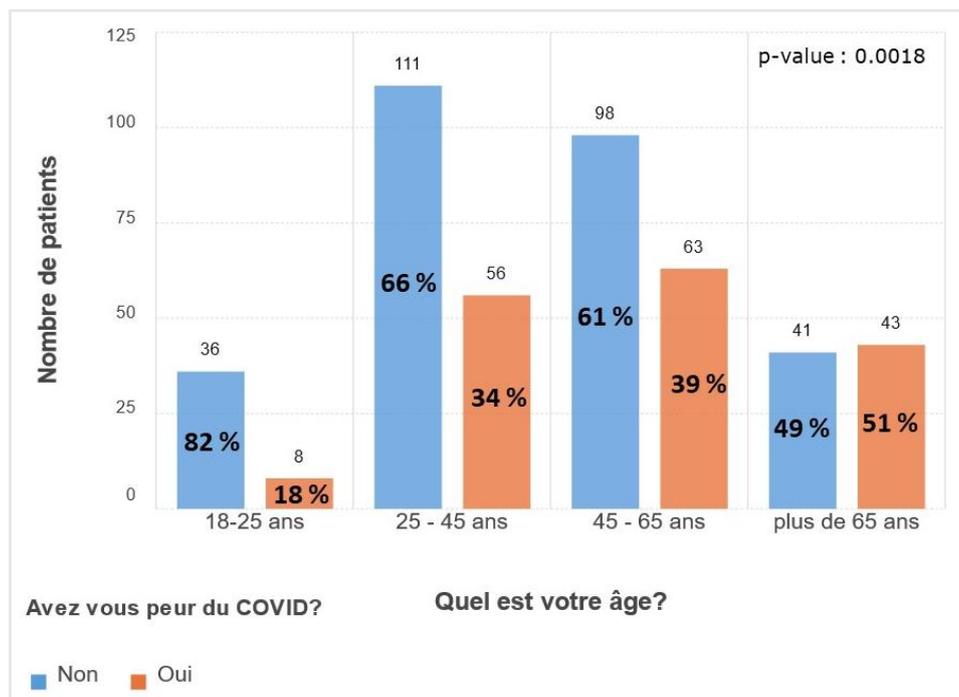


Figure 24 : Peur du COVID selon la tranche d’âge des patients

D. Perception de la gravité du COVID en fonction de l'âge

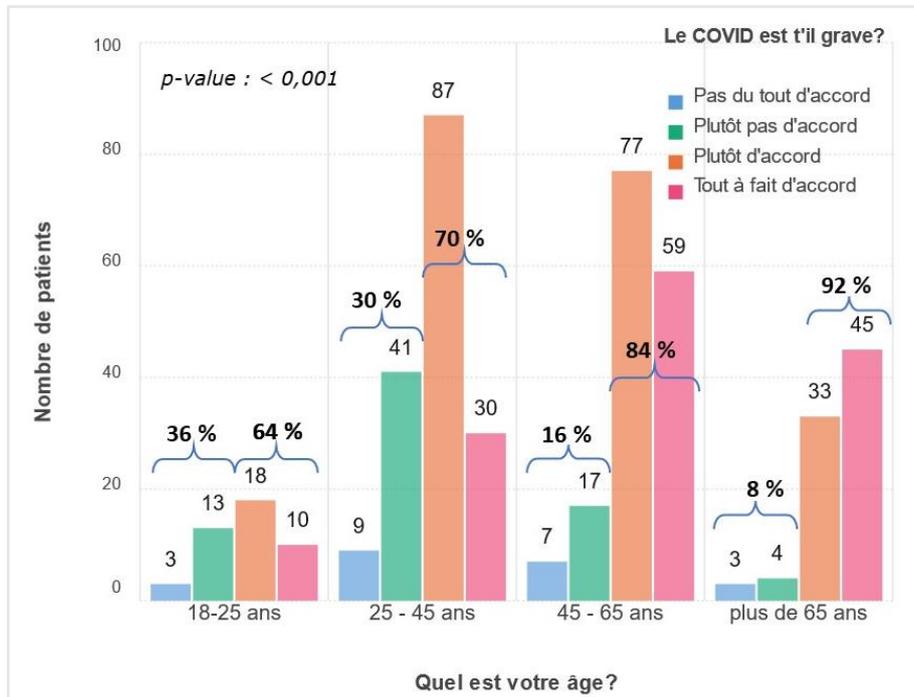


Figure 25 : Perception de gravité du COVID selon la tranche d'âge des patients

E. Opinion sur le PASS sanitaire en fonction de l'âge

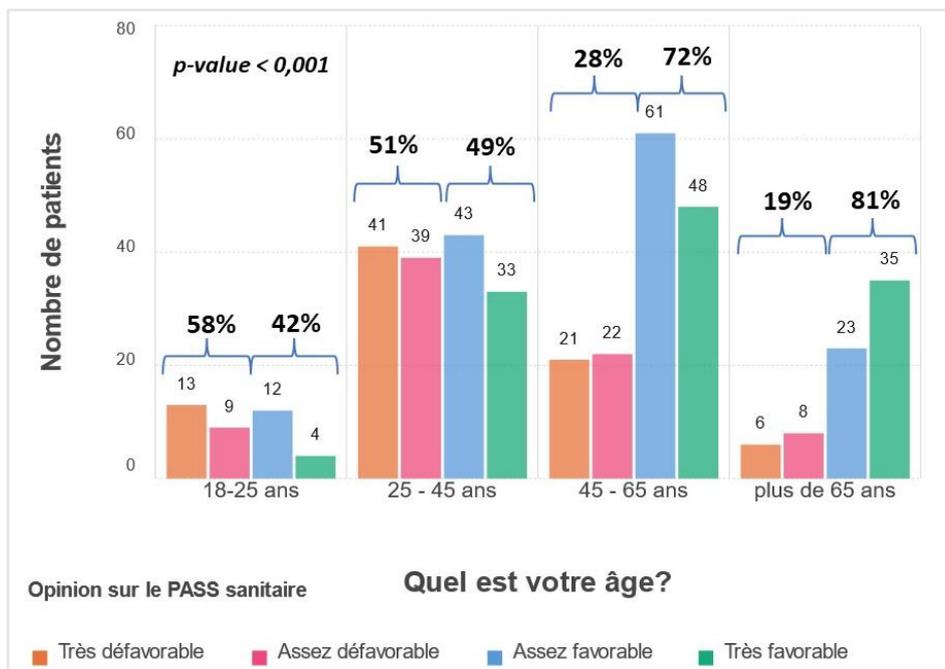


Figure 26 : Opinion sur le PASS sanitaire en fonction de l'âge

F. Opinion sur le PASS sanitaire en fonction des patients ayant été incités à se faire vacciner ou pas par celui ci

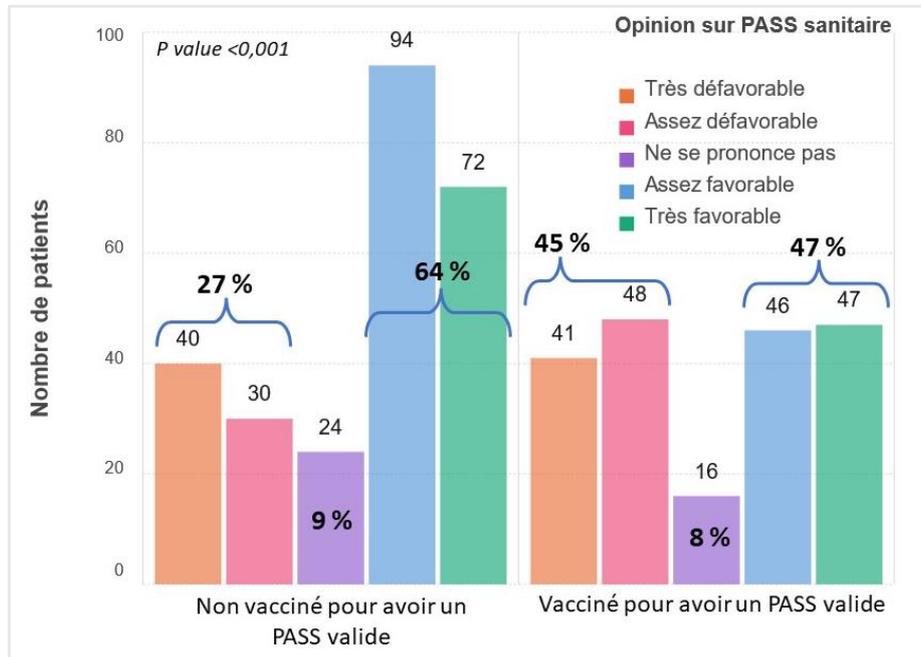


Figure 27 : Opinion sur le PASS sanitaire en fonction des patients ayant été incités ou pas à se faire vacciner par celui-ci

G. Accessibilité aux centres de vaccination en fonction de l'âge

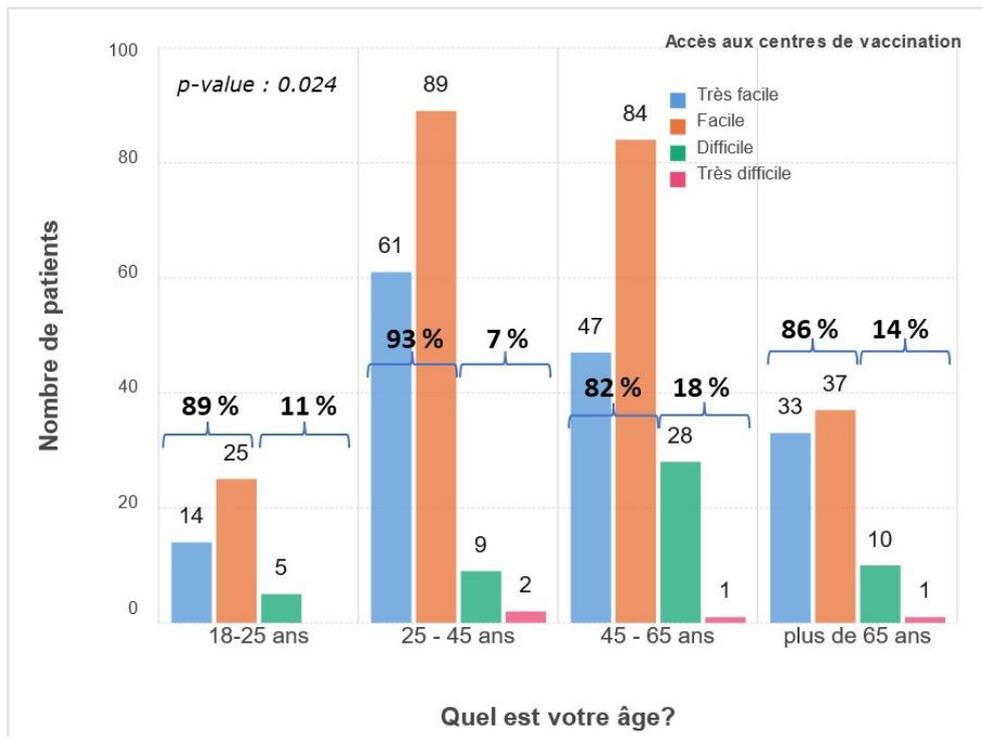


Figure 28 : Accessibilité aux centres de vaccination en fonction de l'âge

H. Lieu de vaccination idéal en fonction de l'âge

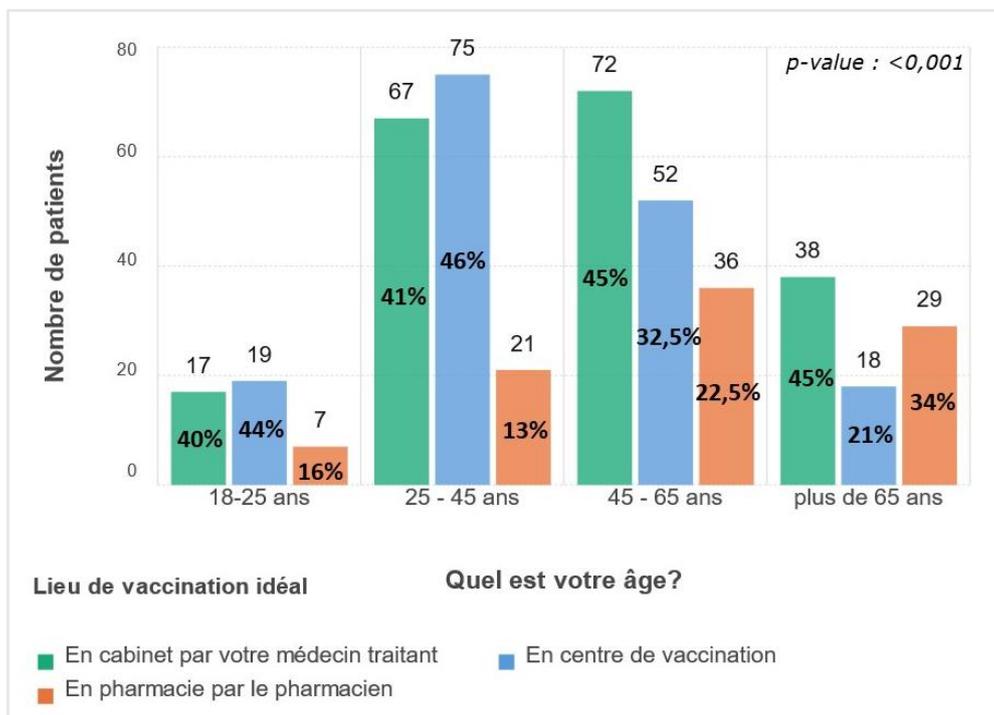


Figure 29 : Lieu de vaccination idéal en fonction de l'âge

I. Lieu de vaccination choisi en fonction de l'âge

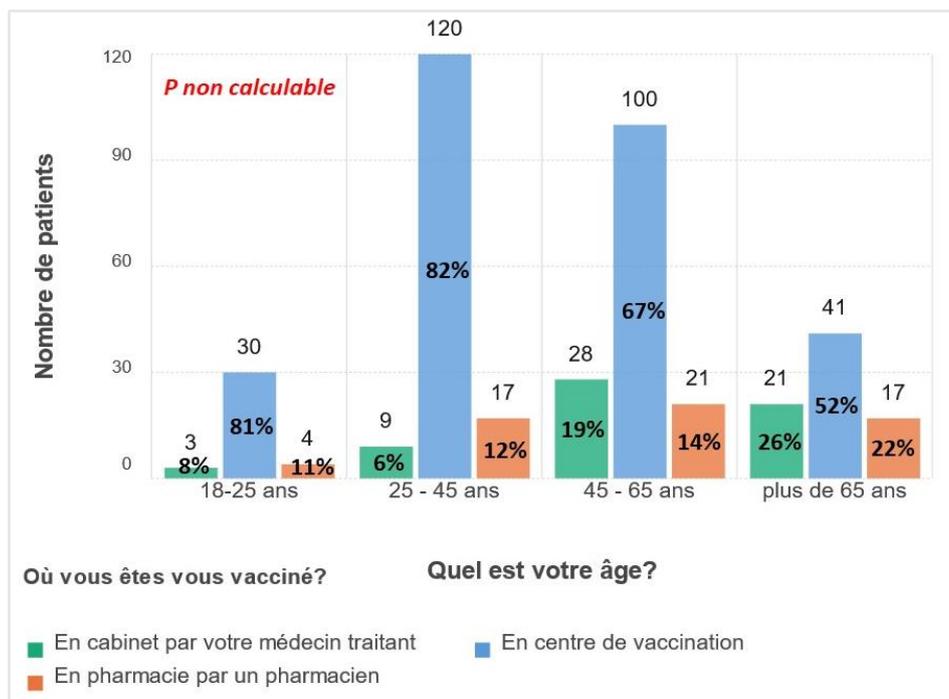


Figure 30 : Lieu de vaccination en fonction de l'âge

J. Perception de la fiabilité des vaccins selon l'âge

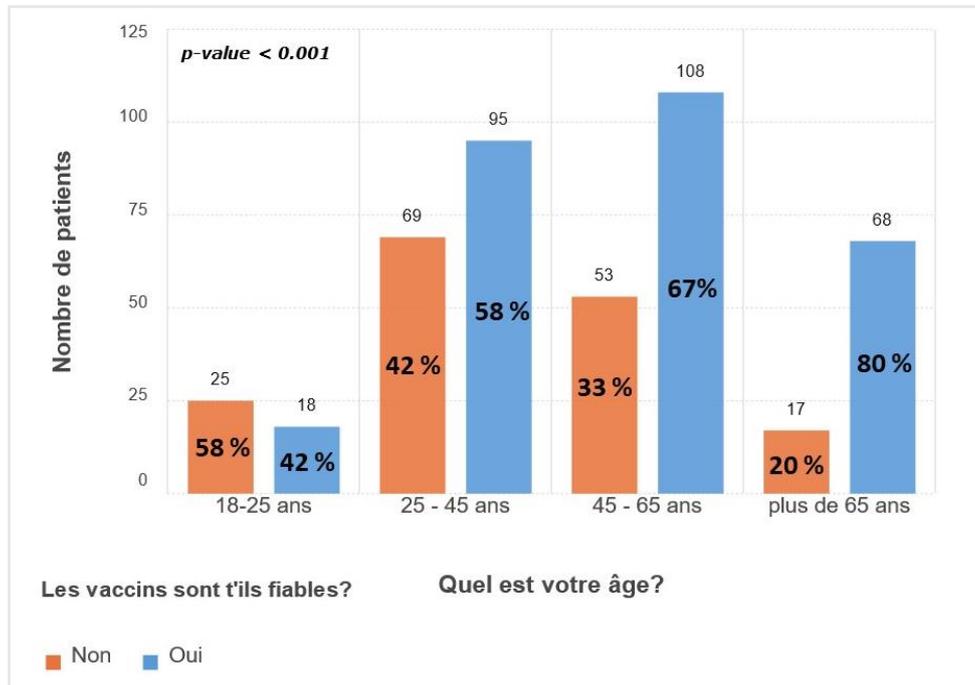


Figure 31 : Perception de la fiabilité des vaccins en fonction de l'âge

K. Intention de faire la 4ème dose selon âge

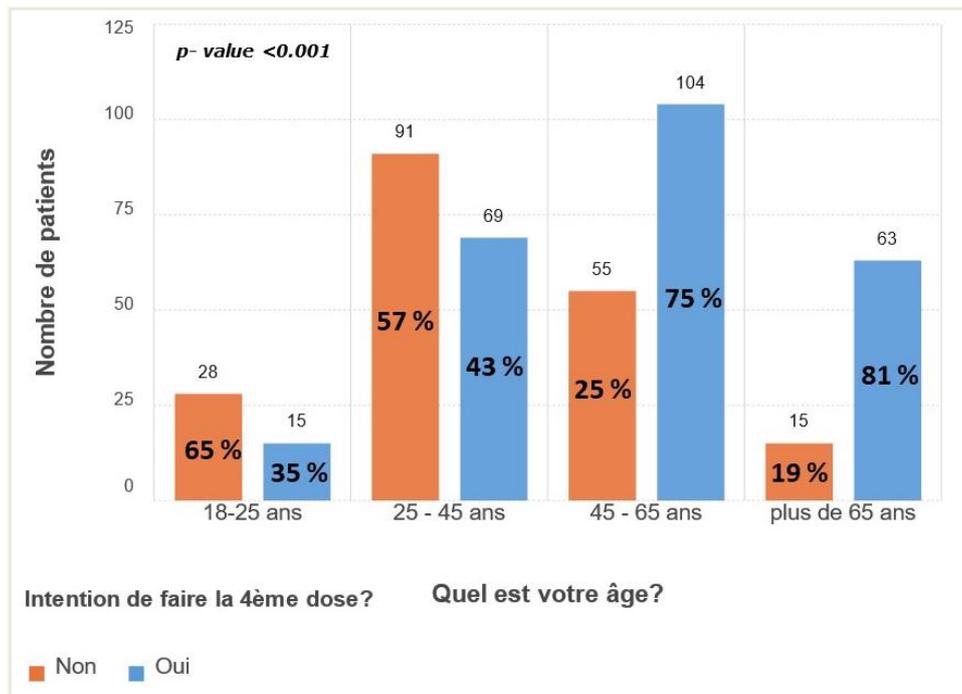


Figure 32 : Intention de faire la 4eme dose en fonction de l'âge

L. Perception de la qualité globale de la campagne selon âge

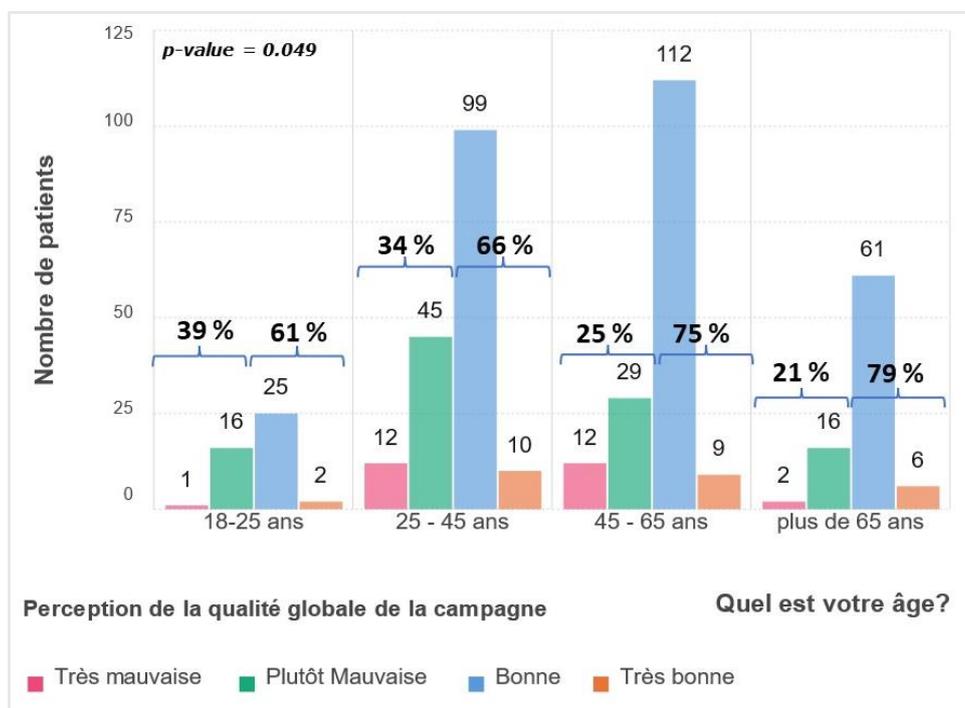


Figure 33 : Perception de la qualité globale de la campagne en fonction de l'âge

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode, forces et limites de l'étude

A. Méthode de l'étude

Au premier abord, utiliser une méthode qualitative aurait semblé plus adapté pour interroger la « perception » des patients. La méthode quantitative suppose des hypothèses préalables que l'on cherche à vérifier et que l'on interroge par le biais du questionnaire, quand la méthode qualitative, elle, fait ressortir les hypothèses spontanément par le patient, sans lui imposer d'à priori. Mais j'avais pour volonté de faire un sondage de grande ampleur et d'essayer de ne pas exclure les personnes âgées par mon format d'étude. Obtenir dans mon étude un nombre convenable de réponses chez les personnes les plus âgées, celles-ci étant jugées les plus vulnérables dans une épidémie, me semblait important. La forme du questionnaire directement fournie au cabinet, et donc une forme quantitative, semblait plus adaptée pour cela. Je ne voulais pas avoir de biais de sélection avec une prédominance de patients jeunes liés à mon format d'étude. Les études qualitatives interrogent des échantillons de petite taille et cela ne concordait pas avec mon souhait de sondage de grande ampleur.

B. Forces de l'étude

Mon étude était basée sur plusieurs cabinets du Nord et du Pas de Calais. J'ai choisi une distribution assez élargie dans un nombre important de cabinets (environ 26) et dans des cabinets se différenciant par leur format (cabinet seul, MSP ou cabinet de groupe), ou leur zone géographique (zone rurale, semi rurale ou urbaine), pour

essayer d'obtenir une population d'étude diversifiée et représentative. Cet aspect multicentrique augmente la validité externe de l'étude.

Les critères d'inclusion étaient simples et ouverts, ce qui permettait une facilité de recrutement et l'obtention d'un nombre important de réponses assez rapidement.

Le questionnaire étant anonymisé et rempli en salle d'attente, cela permettait aux patients de répondre librement et sans impression de jugement direct par le médecin.

Cependant le questionnaire étant donné en fin de consultation et quand même rempli au cabinet, on peut imaginer une possible influence sur certaines réponses.

Le nombre de participants (459) représente une vraie force à notre étude, donnant une puissance satisfaisante avec une constitution d'un groupe assez homogène et plutôt bien distribué. De plus, le taux de participation au questionnaire est de 76.37 %.

C. Limites de l'étude

Le questionnaire en lui-même peut présenter des faiblesses. Composés de 30 questions, il est relativement long et cela a pu jouer sur le nombre de questionnaires non répondus ou de questionnaires exclus car incorrectement remplis. Par ailleurs, mon questionnaire n'est pas un questionnaire standardisé. Je l'ai composé à partir d'un certain nombre de sources bibliographiques.

Au niveau de la temporalité, une étude évalue une perception à l'instant précis du recueil de données. Cette perception de la campagne a pu évoluer au fil du temps avec peut-être l'installation progressive d'une lassitude et d'une vision plus critique. Mon étude interroge la perception à un an et demi du lancement de la campagne vaccinale et à deux ans du début de l'épidémie. On peut estimer ce moment tardif. Si l'on voulait interroger la perception des patients en plein lancement de la campagne

vaccinale, alors oui l'étude est tardive. Mais mon étude a l'avantage d'un plus grand recul et a peut-être permis une meilleure connaissance de la campagne, du COVID, du vaccin et des réponses plus assurées par les patients. Et le recueil des réponses s'est fait durant une période intermédiaire importante. Celle de l'entre deux, avant et pendant l'officialisation du 2^{ème} rappel, qui était un moment charnière de relancement de la campagne, ou une lassitude semblait s'installer et la campagne battait de l'aile. Il était intéressant de recueillir les avis à ce moment précis de relance de la campagne. Selon la perspective, la temporalité de mon étude peut donc être vu comme une force, tout comme une faiblesse.

Mon étude peut présenter un ensemble de biais.

Un biais d'information et un biais social, lié à une mauvaise compréhension de certaines questions, peuvent être observés. Nous avons essayé de limiter ce biais en testant le questionnaire avant distribution sur une trentaine de patients, afin de s'assurer de la bonne compréhension et de faire quelques corrections.

Un biais de déclaration ne peut être évité par les fausses réponses des participants. Même s'il est rempli en salle d'attente, le questionnaire est donné par le médecin à la fin d'une consultation et reste rempli au cabinet. Certains patients ont pu modifier leurs réponses pour être en accord avec leur médecin traitant et par peur de l'irriter. Par exemple, s'agissant d'un questionnaire anonyme, certains ont pu répondre à tort qu'ils avaient été vaccinés.

L'idéal est d'avoir une population représentative. Un biais de sélection avec un biais d'échantillonnage a pu être engendré par la distribution de nos questionnaires uniquement en cabinets de médecine générale. Cela a pu également être favorisé par une prédominance de distribution chez des médecins MSU et une prédominance de cabinets en zone semi rurale ou rurale.

Il peut aussi exister un biais de mémorisation pour certaines questions chez certains patients. Les questions 13, 17 et 25 du questionnaire peuvent faire appel à un effort de mémoire.

D. Représentativité de la population étudiée (Données sociodémographiques)

Il y a une prédominance féminine (61 %) dans l'étude. Cette différence se retrouve assez souvent dans les différentes analyses populationnelles. Cela peut être dû au fait que, par rapport aux hommes, les femmes consultent plus (35).

La majorité de mon échantillon (72 %) était âgée entre 25 et 65 ans. 18.6 % ont plus de 65 ans, ce qui est suffisant pour étudier cette population. Seulement 9.6 % de répondant ont entre 18 et 25 ans, les jeunes sont donc moins représentés. Le questionnaire étant distribué aux consultants, cela est probablement dû au fait que les jeunes consultent moins leur médecin, se considérant en meilleure santé. Ce fait est confirmé par une étude DREES où le recours au médecin augmente logiquement avec l'âge (35). On observe que 54 % des répondants ont plus de 45 ans. On peut donc supposer un âge médian entre 45 et 50 ans.

Dans notre population, 18% des participants n'ont aucun diplôme ou le brevet, 41 % ont au moins un diplôme de niveau lycée (inférieur ou égale au baccalauréat), et presque 42 % ont suivi des études supérieures (supérieur au baccalauréat). Notre population semble légèrement moins formée que la moyenne française comme on peut le voir sur la figure 34 tirée du site de l'éducation nationale (36). En comparaison

des autres moyennes régionales, cela peut être lié à un plus faible niveau de diplôme spécifique à la région des Hauts de France (37).

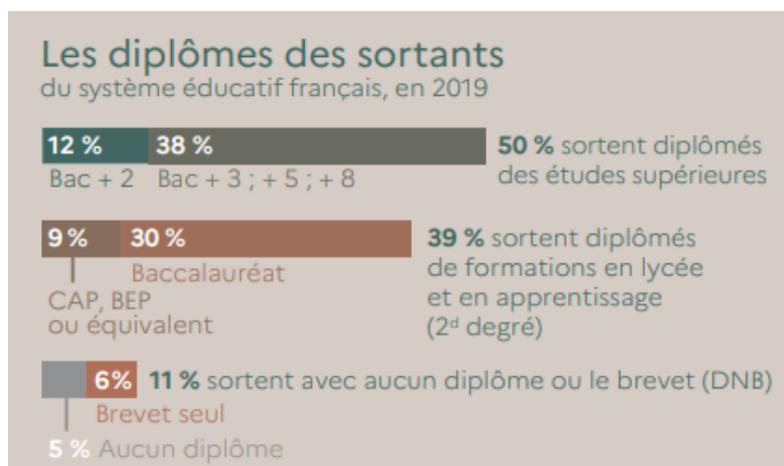


Figure 34 : Répartition des niveaux d'étude en France en 2019. Education nationale.

Notre échantillon compte 21 % de retraités, ce qui est sensiblement proche du nombre réel de retraités en France puisqu'on en dénombre **16,9 millions sur le territoire national**, soit environ 25 % (38). Plus spécifiquement dans les Hauts de France, ils représentaient 19.6 % de la population au 31 décembre 2021 (39). Pour les personnes sans activité professionnelle, elles sont 13 % dans notre échantillon, ce qui semble inférieur à la moyenne régionale puisqu'ils étaient 19.7 % en 2016 (40). Cela peut être lié aux nombreux cabinets de recrutement, situés en ville ou en semi rurale, proche de Arras ou Lille et où l'emploi est plus présent (40).

Pour la distribution des catégories socioprofessionnelles, notre échantillon n'est pas parfaitement représentatif. Comme on peut le voir dans la figure 35, tirée de l'INSEE (41), qui révèle la distribution des CSP en population générale en 2021, les employés sont majoritaires (26.2 %) puis viennent les professions intermédiaires (24.7%) et enfin les professions supérieures (21.6%). Les ouvriers (19.1%) viennent juste ensuite et enfin les artisans/commerçants (6.5%) et les agriculteurs (1.5%) sont sous représentés (41).

en %

Catégorie socioprofessionnelle	Femmes	Hommes	Ensemble
Agriculteurs	0,8	2,2	1,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4,1	8,8	6,5
Cadres	18,7	24,3	21,6
Professions intermédiaires	27,2	22,4	24,7
Employés ¹	41,1	11,9	26,2
Employés qualifiés	23,4	6,6	14,8
Employés peu qualifiés	17,7	5,2	11,4
Ouvriers	7,7	30,0	19,1
Ouvriers qualifiés	3,3	21,8	12,8
Ouvriers peu qualifiés	4,3	8,2	6,3
Non déterminé	0,5	0,5	0,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0

1. La ventilation entre employés qualifiés et peu qualifiés se fonde sur la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles à 4 chiffres (PCS).

Figure 35 : Répartition des classes socioprofessionnelles en France en 2021

Dans notre échantillon, la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures » est sur-représentée (22%). C'est un biais de distribution sur une trop grande proportion de professionnels de santé (13 %) car le questionnaire a été rempli par de nombreux médecins ou internes et ils se le sont mutuellement transmis ensuite. C'est souvent le cas dans les études de médecine. Les employés reprennent ensuite leur place (17%). Il existe une nouvelle discordance avec les ouvriers (12%) qui sont plus nombreux que les professions intermédiaires (7%). Et pour finir les artisans/commerçants (3%) et les agriculteurs (1%) arrivent bien en dernier comme dans la population générale. La sur-représentation des ouvriers peut être dû à un important recrutement en zone rurale, notamment dans l'avesnois. Un biais d'information peut aussi expliquer cette répartition, car il n'est pas toujours évident de se situer dans une CSP et une connaissance réduite du répondant a pu engendrer un choix erroné de CSP à cette question.

Les étudiants (4.6 %) sont sous représentés dans l'échantillon, ce qui est probablement lié à une plus faible proportion de jeunes dans l'échantillon car ils consultent moins leurs médecins (1). Cependant cette proportion est bien représentative de la population générale (4.4 % d'étudiants en France à la rentrée 2021) (42).

L'origine géographique de notre population semble assez bien répartie avec 52 % de répondants vivants en zone rurale, ou semi rurale, et le reste (48%) vivant en ville de taille moyenne ou en grande ville. La petite prédominance de répondants d'origine rurale est expliquée par un important recrutement en campagne (avesnois, arrageois, dunkerquois, périphérie urbaine éloignée...).

Au regard de cette comparaison, notre population étudiée, malgré quelques discordances, reste assez représentative de la population générale.

II. Résultats et comparaisons bibliographiques

A. Supports et pertinence de l'information recueillie sur le COVID et sa vaccination, place des médias et du médecin traitant dans la décision vaccinale

L'OMS introduit le terme « d'infodémie » durant l'épidémie de COVID-19. Cela se définit par l'émergence d'un flux énorme et incessant d'informations, vraies et fausses, difficiles à gérer pour les individus. Cette « infodémie » présente un risque sanitaire en elle-même par une désinformation en défaveur de la vaccination. C'est dans ce contexte que le choix de la bonne source d'information sur le COVID ou son vaccin est capital (43). C'est pourquoi j'ai voulu m'y intéresser dans mon étude.

Dans mon étude, après 2 ans d'épidémie, une majorité des patients disent bien connaître le COVID avec 80% qui estiment se sentir bien informés sur le COVID. Pour récolter des informations sur **le virus à proprement dit**, la télévision et la radio ressortent franchement comme les supports principaux d'information (62%), viennent ensuite internet avec quasi la même proportion d'utilisation de sites de référence en santé publique (9%) que de sites grand public (8%), le médecin traitant arrive en 3^{ème} position (9%).

En revanche, cette répartition se modifie quand l'on interroge les patients sur leur source principale d'information sur **la vaccination contre le COVID**. La télévision et la radio reste le support principal d'information (45%) mais la place du médecin traitant remonte sur le podium avec quasi 25 % des répondants qui considèrent leur médecin comme leur source principale. Internet passe donc en 3^{ème} place avec une plus grande utilisation de sites de référence en santé publique (13%) plutôt que des sites grand public (7%).

En interrogeant les répondants sur leur perception de la qualité de communication des médias au sujet du **virus du COVID**, une majorité des patients (67.1 %) ont une perception positive de cette communication en estimant la communication « bonne » ou « plutôt bonne ». Quant au retentissement émotionnel de l'information, un effet anxiogène des médias prédomine (50 %), vient ensuite l'indifférence (32%) avec un probable évitement chez un nombre non négligeable de répondants et finalement peu de patients sont rassurés (18%) par les médias.

La perception de l'information donnée par les médias sur **la vaccination** est très partagée, avec une moitié (50 %) qui ont trouvé les informations claires et l'autre

moitié qui les ont trouvées floues. Il y a probablement de l'amélioration sur la clarté de l'information gouvernementale à prévoir.

Étant deux acteurs importants d'une campagne, Il fut pertinent d'essayer d'estimer la place donnée par les patients aux médias et à leur médecin traitant dans leur décision vaccinale, et de les comparer.

Pour les médias, 42 % des répondants se sont dit influencés par les médias dans leur décision vaccinale. Leur poids sur la décision vaccinale n'est donc pas majoritaire mais reste non négligeable. En ciblant ceux qui se disent influencés, 78% disent que les médias ont influencé positivement leur choix. A contrario de ce que nous aurions pu supposer, et malgré la peur qu'ils peuvent créer, les médias ressortent comme un moteur de vaccination.

Concernant le médecin traitant, les résultats révèlent qu'une majorité de patients (63%) ressentent le besoin de parler du sujet avec leur médecin et probablement de recueillir son avis sur la question. Plus de la moitié (51 %) des patients se disent influencés par cet avis pour leur décision vaccinale. En ciblant ceux qui se disent influencés, 77 % sont motivés à la vaccination par le médecin. Le généraliste apparaît donc également comme un vrai promoteur de la vaccination.

Comparons maintenant la littérature qui semble en partie en cohérence avec nos résultats. Une étude réalisée début avril 2020 par l'ORM auprès de 1.817 Belges francophones confirme que la principale et dominante source d'information des patients au sujet du coronavirus reste les médias (regroupant la télé, la radio, la presse papier et en ligne), viennent ensuite les professionnels de santé puis les proches et enfin les réseaux sociaux (44).

Un article scientifique confirme la place importante donnée au généraliste et la confiance que les patients lui accordent. Le médecin traitant est considéré par la population générale comme l'acteur le plus fiable pour l'obtention d'informations médicales (45).

En l'absence d'articles trouvés sur le sujet propre du support d'information, nous avons comparé nos résultats à des travaux de thèse. Un premier travail de thèse de Julien Laboue, de l'université de Marseille, interroge la perception de la vaccination COVID par le sujet âgé vacciné. La thèse confirme que « beaucoup s'informe sur la vaccination COVID via les médias, mais que le médecin de famille garde une place centrale dans le mécanisme d'information et de décision médicale ». Ce travail soutient aussi « l'établissement d'un climat anxigène » et que « les informations communiquées par les médias et le gouvernement » au sujet de la vaccination « étaient confuses et souvent contradictoires » (46). Un sondage réalisé en 2021 par ODOXA, appuie ce propos en disant que « plus des trois-quarts des Français jugent que (..) le gouvernement n'a pas été « clair » et qu'il « ne sait pas où il va » (47).

En revanche une autre thèse, réalisée aussi à Lille par Chloé Tessarech, et qui présente une population de répondants plus jeunes (une majorité inférieure à 40 ans), discordes sur certains points. Son étude estime que « Les médias sont les sources d'information principales » et que « l'entourage et les professionnels de santé jouent un rôle accessoire ». Il ressort que « les médecins n'ont pas eu un rôle important dans la décision des patients : ceux convaincus n'ont pas ressenti le besoin d'en discuter avec leur médecin traitant, les indécis pensaient que le médecin ne pouvait rien leur apporter de plus que ce qu'ils savaient déjà ». Par ailleurs, « l'absence de consensus des médecins sur l'efficacité de la vaccination a entraîné une certaine confusion ». La plupart de ces patients considéraient « que les médias ont eu une influence sur la

vaccination, principalement négative, en instaurant un climat de peur et d'anxiété » (28). On peut supposer que ces discordances sur l'importance du rôle du généraliste sont liées à l'âge puisque l'âge des interrogés représente la vraie différence entre les deux études.

B. Perception individuelle du risque et représentation du COVID

Notre étude fait percevoir une tendance à sous-estimer son risque individuel pour un pourcentage non négligeable de l'échantillon. Selon un résultat significatif, 28 % des patients ne se pensent pas à risque de forme grave alors qu'ils le sont vraiment selon la liste de la HAS. On peut imaginer un manque de vigilance sanitaire de la part de ces répondants. En revanche, ceux qui se perçoivent à risque le sont assez souvent selon la HAS et donc leur perception risque individuel est concordante avec leur risque vrai.

Dans notre travail, 79 % des patients disent que le COVID est une maladie grave, mais en parallèle, en étant questionnés sur une peur potentielle du COVID, 63 % répondent ne pas craindre le COVID. Il transparait là aussi un paradoxe, celui entre l'importante gravité perçue de cette maladie mais une moindre proportion de patients qui le craignent. On constate que la peur du COVID semble liée à l'âge du répondant, plus l'âge avance, plus le patient se sent vulnérable par rapport au COVID. Il en est de même pour la perception de la gravité du COVID. Ces résultats peuvent sembler logiques étant donné la majoration du risque de forme grave chez les plus âgés.

Comparons à la littérature. Sur le plan de la gravité perçue du COVID, les enquêtes COCONEL confirment nos résultats. Réalisées en mars 2020, juste avant le premier confinement, elles révélaient que « 70 % des personnes interrogées

considéraient le COVID-19 particulièrement contagieux et grave, bien plus que la grippe saisonnière ». Elles soulignaient que « en cohérence avec le risque accru de développer une forme grave (..) pour les plus âgés, les (..) plus de 65 ans ont une perception forte de sa contagiosité et de sa gravité, comparativement aux moins de 35 ans » (12).

Au début de la crise du COVID et avant les perspectives d'une vaccination, un article de Challenges, publié en avril 2020, insistait sur « un niveau extrêmement élevé d'inquiétude » avec « plus de 80% de Français très inquiets sur la menace sanitaire elle-même ». Des mots comme « guerre », « crise », « menace », où « désastre » faisaient miroiter le spectre d'une crise économique majeure (48).

Puis finalement, le temps est passé, la peur et les états d'esprit ont nettement évolué à distance de la campagne vaccination. Notre étude récolte des données entre juin et septembre 2022, donc à une période où l'on parle déjà de 2^{ème} rappel de vaccination. Un article de presse de Europe 1, publié en janvier 2022, souligne « **qu'on est loin de la psychose des premières vagues. Les personnes protégées par le vaccin n'ont plus peur de la maladie. Lassés, ils redoutent d'avantage les mesures d'isolement** » (49).

Un article du Télégramme, publié en avril 2022, s'interroge sur les raisons expliquant l'effritement de la peur du COVID, et pour eux, « La réduction du risque substantiel grâce à la vaccination » a un effet important. Le fait que « les gens ont compris que l'essentiel de la mortalité concernait des personnes en mauvaise santé ou en fin de vie » y est aussi pour quelque chose. Et enfin, « de moins en moins de français n'ont pas contracté le COVID », ce qui crée « une familiarité intellectuelle mais aussi expérientielle » qui favorise « la banalisation de la maladie ». L'article conclut en disant que le COVID « va devenir l'équivalent d'une nouvelle grippe » (50).

En regard du moment de recueil des données de notre étude, ces articles peuvent expliquer pourquoi la peur du COVID semble s'être étouffée. La lassitude et la banalisation peuvent avoir saisis nos patients.

C. Perception du vaccin COVID et des modalités spécifiques de la campagne vaccinale

Avec un échantillon composé de 90 % de vaccinés, il y a plus de vaccinés dans notre population d'étude que dans la population générale, ou dans la plupart des études. En date de janvier 2023, 80 % des personnes avaient eu au moins une dose de vaccin en France (51). Un biais de sélection est possible, en raison du volontariat des patients vaccinés, plus intéressés par le sujet, et d'un rejet plus probable du questionnaire chez les non vaccinés. Le taux de vaccination est plus élevé chez les plus âgés.

En rapport au vaccin à proprement dit, 64 % estiment que les vaccins sont fiables. En prenant en compte l'âge, toutes les tranches d'âge considèrent en majorité le vaccin sûr, sauf les 18-25 ans qui s'en méfient (58%). La confiance s'installe avec l'âge, avec 80 % des plus de 65 ans qui pensent le vaccin fiable.

Pour ceux qui ne se sont pas vaccinés, la raison principale de non-vaccination reste la crainte de ses effets secondaires (45%), puis un certain nombre ne croient pas les vaccins efficaces (28%). Certains justifient leur refus car ils ne s'estiment pas à risque de forme grave (13%), quand d'autres pensent que le COVID n'est pas une maladie grave (11%). Tout ceux-là ne voient donc pas d'utilité à se vacciner.

Concernant les lieux de vaccination choisis, dans les faits, le centre de vaccination reste nettement majoritaire (71 % des vaccinés), puis vient le cabinet du

médecin traitant (15 %) et en dernier la pharmacie (14 %). Mais en demandant le lieu où les patients auraient préféré se faire vacciner, le cabinet du médecin traitant arrive en première position (43%), puis vient ensuite les centres de vaccination (36%) et en dernier le pharmacien (21%), dont la place n'est pas négligeable. Si on rapporte à l'âge, la place majoritaire confiée au généraliste est retrouvée chez les plus âgés alors que les jeunes de moins de 45 ans préfèrent le centre de vaccination. Notons que les plus de 65 ans donnent une seconde place importante au pharmacien, et le centre de vaccination arrive en dernier. On peut supposer que les plus âgés, à la mobilité possiblement réduite, recherchent des acteurs de proximité et de confiance représentés par leur médecin et leur pharmacien. Il y a donc une discordance entre les préférences des patients et la réalité du terrain, et s'il fallait répondre aux préférences, le généraliste aurait dû jouer un rôle plus important. L'opinion de la population sur la possibilité de se faire vacciner par le pharmacien est favorable (79%) et sa place dans des campagnes comme celle-ci est indéniable. Une forte majorité de 88 % considéreraient l'accès aux centres de vaccination facile, voire très facile, ce qui témoigne d'une efficacité du dispositif massif des vaccinodromes mis en place par le pays durant cette période.

Concernant le PASS sanitaire, utilisé par le gouvernement comme outil inédit d'incitation à la vaccination, les avis sont mitigés mais une majorité (57%) de la population y reste tout de même favorable. Cette perception globalement positive disparaît quand on stratifie sur l'âge. Il en ressort une opposition chez les moins de 45 ans, avec un rejet toujours plus marqué chez les 18-25 ans (58%) alors 81 % des plus de 65 ans adhèrent à cet outil. Un nombre significatif de personnes (43%) se sont vaccinés pour avoir un PASS sanitaire valide et pour pouvoir circuler librement, donc son rôle incitatif à la vaccination n'est pas négligeable. En questionnant l'opinion sur

le PASS, spécifiquement chez les personnes ayant été incitées à se faire vacciner par celui-ci, les avis sont partagés. Il y a quasi autant de personnes ayant une opinion défavorable (45%) que favorable (47%). L'acceptation du PASS chez les personnes contraintes est donc partagée.

Dans l'ensemble, et malgré quelques mécontents, une majorité de 70 % de la population estime que la campagne a été de bonne qualité globale. Cette impression positive est partagée à tout âge, et toujours plus marquée chez les seniors. Malgré une population motivée, composée de 90 % de vaccinés, et un avis général positif de la campagne, la baisse d'intention globale de vaccination pour la seconde dose de rappel est flagrante. Presque la moitié refusait de faire le rappel (43 %). Cette discordance peut témoigner d'une lassitude du COVID et d'un désintérêt de la campagne qui s'installait à cette période. On retrouve encore l'opposition plus forte des moins de 45 ans avec un total de 65 % des 18-25 ans refusant la dose de rappel contre une majorité des plus de 45 ans qui était prête à se faire vacciner.

En comparant avec la littérature, l'enquête d'envergure COVIREIVAC, réalisée en mai 2021, nous permet de retrouver des résultats similaires à notre étude. D'abord la perception du vaccin dépendante de l'âge y est retrouvée. En effet, cette enquête révèle que « 60 % des 25-34 ans comptent se faire vacciner ou l'ont déjà fait contre plus de 90 % chez les 65 ans et plus », on retrouve la réserve de la part des jeunes (14). Ensuite, « la vaccination chez le médecin traitant ainsi que dans les centres de vaccination (...) est préférée à la vaccination en centre dédié, sur le lieu de travail et en pharmacie » (14). L'enquête questionne également le sujet de l'obligation vaccinale et de la perception du PASS. Elle révèle que « 43 % des répondants sont favorables à une obligation de vaccination pour l'ensemble de la population tandis que 34 % sont

opposés au principe d'un passeport vaccinal. L'opposition à ces dispositions est plus forte chez les jeunes de moins de 35 ans » (14).

Cette différence de perception, relative à l'âge, sur le PASS et sur le vaccin, est retrouvée également dans les thèses de Chloé Tessarech et de Julien Laboue. Ces deux études confirment une meilleure adhésion des patients âgés asymétrique avec la défiance et l'opposition des plus jeunes (46)(28).

Selon un sondage IFOP d'août 2021 pour le journal du dimanche (JDD), une majorité de français (57 %) se déclaraient « favorable à la mise en place du PASS sanitaire » (52).

En se concentrant justement sur ce PASS sanitaire, une étude de modélisation, élaborée par le Conseil d'analyse économique (CAE) et publiée le 18 janvier 2022, évaluant l'impact des PASS sanitaires sur le taux de vaccination, de trois pays européens, retrouve un effet notable de cet outil.

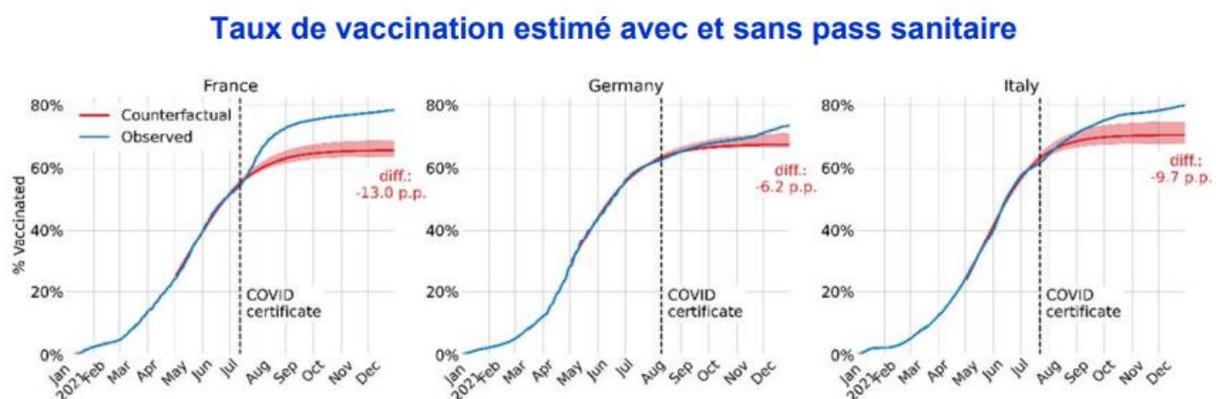


Figure 36 : Impact des PASS sanitaires sur le taux de vaccination

En comparant le taux de vaccination factuel par rapport à un taux de vaccination sans PASS sanitaire estimé, en France, « le taux de vaccination aurait été de 65,2 % contre 78,2 % observé, soit une augmentation d'environ 13 points ». On constate donc une retombée forte sur l'augmentation du taux de vaccination. La modélisation est montrée sur la figure 36 (53)(54).

Une autre modélisation publiée par The Lancet Public Health, et ayant inspiré un article de presse du journal EURACTIV, retrouve cette augmentation du taux de vaccination dans six pays différents dont la France. Elle constate également que, après l'instauration du PASS, « l'augmentation de la vaccination a été la plus forte chez les personnes de moins de 30 ans par rapport aux groupes plus âgés. » Le PASS apparaît comme un outil utile pour inciter des populations réticentes comme les jeunes à se faire vacciner. (55)

L'obligation vaccinale est controversée mais semble donc efficace. On peut faire un parallèle avec l'obligation vaccinale des nouveaux nés instaurée en 2018, qui a permis d'augmenter considérablement la couverture vaccinale pour les maladies concernées (56).

Comme dans notre étude, une revue de littérature, réalisée en mai 2021, a étudié les raisons de non-vaccination. On retrouve dans les raisons principales, une balance bénéfice-risque défavorable avec des doutes sur l'efficacité du vaccin, véhiculant une peur de sa sécurité et de ses effets secondaires. L'argument d'un vaccin développé « trop rapidement » ressort. D'autres considèrent également que le COVID n'est « pas une maladie grave » ou sont contre les vaccins en général (57).

Le fond du problème est la désinformation. C'est ce que suggère l'étude ComPaRe qui souligne que « un patient sur douze hésitant à se faire vacciner change d'avis après avoir consulté des informations sur les bénéfices et les risques des vaccins ». Là aussi, les principales raisons du refus de la vaccination sont l'inquiétude et la demande de plus de recul quant à la sécurité et à l'efficacité des vaccins. (58)

Un article de P.Bégué, publié en 2015 dans la revue « la lettre du pharmacologue », se questionne sur l'origine et le refus de la vaccination. Dans cette article, l'hésitation à vacciner est en pleine expansion (15 à 25 %) et elle s'explique

par un ensemble de raisons. Les peurs vaccinales sont médiatisées, et les médias, avec surtout Internet, créent de la désinformation. La balance bénéfice risque s'inverse avec une crainte plus importante du vaccin que de la maladie. La confiance se perd dans la science et les experts. Dans ce déficit d'information des personnes, et d'après toutes les enquêtes, le médecin a un rôle essentiel à jouer. Une information plus convaincante est donc nécessaire, surtout auprès des hésitants, mais elle demande une vraie formation et de la disponibilité. (59).

D. Caractéristiques sociodémographiques impliquées dans le refus ou l'acceptation de la vaccination

En 2019, juste avant la pandémie de COVID, le refus vaccinal est considéré par l'OMS comme l'une des dix menaces les plus dangereuses sur la santé publique mondiale (60). Une étude dont l'objectif était de révéler les déterminants les plus importants pour la décision vaccinale contre le COVID 19 retrouvait quatre éléments phares. D'abord les caractéristiques sociodémographiques inhérentes au patient, puis la communication autour de la pandémie et de son vaccin apparaissaient déterminants. Ensuite la connaissance du COVID et enfin celle du vaccin et de ses enjeux ressortaient également comme des éléments capitaux (31).

Un objectif secondaire de notre étude était de mettre en évidence ces éventuelles caractéristiques sociodémographiques impliquées dans le refus ou l'acceptation de la vaccination. A partir de notre tableau des caractéristiques sociodémographiques en fonction du statut de vaccination, on peut faire apparaître les particularités du patient hésitant.

D'abord, les hommes refusent un peu plus que les femmes.

Ensuite, comme supposé par nos résultats et confirmé dans la littérature, les jeunes patients se vaccinent moins. Dans notre étude, les refus de vaccination se concentrent chez les 18-45 ans.

Il semblerait qu'un plus bas niveau d'étude soit retrouvé chez les non vaccinés, avec la plus forte proportion de refus chez les patients sans diplôme ou avec un diplôme de niveau lycée (inférieur ou égale au baccalauréat). Le refus de vaccination est jusqu'à 3 fois moindre chez les hauts niveaux d'étude (sup à Bac+3).

Les résultats de notre étude vis-à-vis du contexte socioprofessionnel sont à modérer. Ils peuvent être biaisés et surestimés dans certaine catégorie ou l'échantillon d'étude est trop petit. C'est le cas pour les agriculteurs, qui seraient les plus réticents à la vaccination avec 33 % de non vaccinés, or l'échantillon d'agriculteurs est trop petit pour être fiable (seul 3 agriculteurs dans l'étude et 1 seul non vacciné qui fait monter la proportion de non vaccinés à 33%). Il en est de même avec les artisans/commerçants et chefs d'entreprises, où le pourcentage de refus monte à 17 % sur un échantillon de 12 répondants dont seulement deux sont non vaccinés.

Avec des échantillons de taille suffisante, on peut observer un plus grand rejet de la vaccination chez les ouvriers (18%) et les chômeurs (17%). Comme avec le niveau d'étude, on remarque une plus grande acceptation de la vaccination chez les cadres supérieurs (seulement 2.4 % de refus) et les professionnels de santé (5.2 % de refus).

Sur le plan de l'origine géographique, avec un écart quasi nul et donc non informatif, le plus grand nombre de non vaccinés se retrouve chez les personnes vivant en zone rurale (11% en rurale contre 10% en ville).

On suppose qu'une motivation à se vacciner est de se protéger d'abord soi-même mais aussi pour protéger ses proches et autrui. C'est corrélé dans notre étude

avec un plus grand refus de vaccination chez les personnes vivant seules que ceux vivant avec des proches au foyer. On pourrait imaginer retrouver cette même tendance chez les parents voulant protéger leurs enfants, mais cela n'est pas le cas. La plus grande proportion de non vaccinés se concentre chez les parents de 3 enfants ou plus (17%) (contre 9.8 % pour les personnes sans enfant).

Il faut cependant noter qu'aucune de ces comparaisons ne retrouve de résultats significatifs.

En comparant avec la littérature, on retrouve une étude pertinente qui concorde avec nos résultats. Le troisième volet de l'enquête d'épidémiologie et de conditions de vie (EpiCov), réalisée en juillet 2021, souligne des inégalités sociales marquées quant au recours à la vaccination. Les résultats sont montrés dans la figure 37 (15). En effet, dans l'étude EpiCov, le fait d'être vacciné dépend fortement de la position sociale (niveau d'études, niveau de vie ou profession). Par exemple, en juillet 2021, 70 % des personnes sans diplôme étaient vaccinées, contre 79 % chez les personnes titulaires d'un diplôme supérieur ou égal à un bac+5, soit près de dix points de différence. L'écart est davantage marqué selon la catégorie socioprofessionnelle : 65 % des ouvriers ou anciens ouvriers étaient vaccinés, contre 83 % des cadres ou anciens cadres, soit près de 20 points d'écart. Les populations les plus défavorisées sont souvent moins vaccinées. En juillet 2021, alors que près des trois quarts des adultes étaient déjà vaccinés à cette date (au moins une dose), neuf personnes sur dix appartenant aux 10 % ayant le niveau de vie le plus élevé l'étaient, contre cinq sur dix parmi les 10 % de personnes ayant le niveau de vie le plus faible (15).

Tableau 1 Caractéristiques sociales et économiques des personnes vaccinées et non vaccinées

	A reçu au moins une dose	N'a pas reçu de dose		
		Ne souhaite pas se faire vacciner	A l'intention de se faire vacciner	Ne sait pas encore
Total	72,2	8,1	9,8	9,8
Niveau de diplôme				
Sans diplôme	69,8	9,2	10,1	10,9
Niveau primaire ou Brevet	78,5	5,8	7,8	7,8
CAP ou BEP	71,8	9,0	9,4	9,7
Baccalauréat	66,0	10,3	12,1	11,6
Bac+2 à Bac+4	72,2	7,7	9,7	10,4
Bac+5 ou plus	79,2	5,0	8,8	6,9
Professions et catégories socioprofessionnelles				
Agriculteurs	77,3	5,8	9,8	7,2
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	75,9	8,1	8,2	7,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	83,1	4,4	6,9	5,6
Professions intermédiaires	74,8	7,6	8,9	8,6
Employés	70,6	8,6	10,0	10,8
Ouvriers	64,8	10,7	11,7	12,8
Étudiants	53,8	10,9	19,4	16,0
N'a jamais travaillé	65,7	11,0	11,0	12,3
Niveau de vie				
D1	54,8	13,8	14,5	16,9
D2-D3	62,7	11,3	12,5	13,6
D4-D5	69,9	8,4	10,9	10,8
D6-D7	75,3	7,6	8,5	8,5
D8-D9	81,9	4,9	6,8	6,5
D10	87,6	3,0	5,6	3,8

Figure 37 : tableau des caractéristiques sociodémographiques selon le statut de vaccination tiré de EPICOV

En revanche, protéger les autres ne constitue pas une motivation pour se faire vacciner selon une majorité des personnes qui ne souhaitent pas avoir recours à la vaccination. Protéger sa famille et ses proches ne constituent pas des motifs d'incitation pour respectivement 63 % et 51 % de ceux qui ne souhaitent pas se faire vacciner (15).

CONCLUSION

Cette étude a permis d'appréhender la perception du COVID et de sa vaccination de manière quantitative dans les Hauts de France. Deux ans après le début de la pandémie, la plupart des patients se disent bien informés sur le COVID. Les médias, le médecin traitant et enfin internet ressortent comme les principales sources d'information. Une majorité estime que la communication des médias fut bonne, mais une part importante confesse une certaine confusion sur les messages de schéma de vaccination et des clarifications, notamment gouvernementales, pourraient être faites à ce sujet. L'inquiétude reste le sentiment principal que l'actualité des médias suscite. Ces médias instaurent un climat anxiogène dont le bénéfice est discutable. Malgré cet effet négatif, les médias ressortent tout de même comme un moteur majeur dans l'incitation à la vaccination, tout comme le médecin traitant, envers qui les patients gardent une confiance forte.

Ces deux acteurs conservent un rôle capital dans la vaccination pandémique, et qui est à maintenir, à renforcer et à encadrer. Pour lutter contre le phénomène « d'infodémie » et en regard de la confiance qui est donnée à la parole du médecin, il est important que chaque généraliste prenne conscience de son rôle d'informateur envers des patients de plus en plus noyés par des données incertaines. Il est l'un des remparts à la désinformation. Les médecins doivent donc se rendre disponibles, être bien informés et donner la bonne information en retour.

Dans cette épidémie, le centre de vaccination reste omnipotent et l'accessibilité à la vaccination est jugée bonne par les patients. Cela peut s'expliquer par la mise en place rapide et efficace des vaccinodromes. Cependant, si on demande aux patients dans quel lieu ils auraient préféré être vacciné, le cabinet du médecin traitant est mis

en première position. Si les généralistes le souhaitent, leur rôle à jouer dans des pandémies comme celle-ci pourrait être bien plus important. La place du pharmacien dans la vaccination est également indéniable et son rôle est tout à fait accepté par la population.

Les opposants à la vaccination se justifient par une balance bénéfice-risque défavorable avec des doutes sur l'efficacité du vaccin et une peur de ses effets secondaires. Ils finissent par craindre plus le vaccin que la maladie en elle-même, et ces peurs sont massivement véhiculées par les médias ou les réseaux sociaux. La lutte contre les fakes news paraît essentielle dans une épidémie d'une telle ampleur afin de renforcer l'adhésion vaccinale.

Il ressort des inégalités sociales dans la vaccination. Le refus de vaccination est plus important chez les personnes avec un bas niveau d'étude, et chez les patients de niveau de vie plus faible. L'adhésion vaccinale croît proportionnellement au niveau d'étude et à la classe sociale puisqu'elle est plus importante dans les classes sociales supérieures. Les campagnes de prévention et d'information doivent donc chercher à cibler les populations réfractaires et leur offrir un meilleur accès aux soins et à la vaccination.

Par rapport à la perception du risque, notre étude fait des constats intéressants. La grande majorité des répondants affirme le caractère grave du COVID mais cette même majorité dit ne pas craindre le virus. La crainte est corrélée à l'âge et il y a une plus grande inquiétude si le répondant est âgé et vulnérable. Une autre constatation est une tendance à sous-estimer son risque individuel avec un nombre important de répondants qui ne se considèrent pas comme des personnes à risque de forme grave alors qu'ils le sont objectivement. On peut imaginer de la négligence sanitaire chez

ces patients et les campagnes de message préventif sur ce sujet pourraient être renforcées.

Concernant le PASS sanitaire, et donc ce qu'on peut voir comme une obligation vaccinale dissimulée, les avis sont mitigés, mais, étonnamment, une majorité de la population reste tout de même favorable à cet outil. Le rejet du PASS est important chez les plus jeunes alors qu'il est très bien accepté chez les plus âgés. Même s'il peut être vu comme une méthode liberticide, un nombre significatif de personnes se sont vaccinés pour pouvoir circuler librement, et son rôle motivant à la vaccination n'est pas négligeable. Les études de modélisation estimant la part de vaccinés dûe au PASS révèle une hausse significative du taux de couverture vaccinale. L'obligation vaccinale n'est jamais l'idéal mais ressort quand même comme un outil efficace et intéressant en cas de pandémie dangereuse et virulente.

Dans l'ensemble, et malgré quelques mécontents, le taux de vaccination est très satisfaisant et la majorité de notre population estime que la campagne a été de bonne qualité globale. On peut se féliciter de ces résultats. Une méfiance est nettement retrouvée chez les moins de 45 ans, et révèle encore la nécessité de batailler à convaincre les plus jeunes qui restent les plus réfractaires à la vaccination. La baisse d'intention de vaccination pour la 2ème dose de rappel reflète une lassitude du COVID et un désintérêt progressif de la campagne qui s'installe et contre lequel il faut lutter.

Le but d'une campagne de vaccination est d'essayer de motiver le plus grand nombre à se faire vacciner. Il ressort de nombreuses études que les jeunes sont réticents et difficiles à convaincre. Mieux comprendre les raisons d'un rejet et la vision des jeunes vis à vis de la vaccination permettrait de mieux les persuader. On peut penser qu'il serait alors intéressant de réaliser d'autres études, notamment sur la

perception de la vaccination mais de manière qualitative et spécifiquement chez les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pandémie de Covid-19. In : Wikipédia [En ligne]. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pand%C3%A9mie_de_Covid-19&oldid=195580791. [Consulté le 27 juillet 2022].
2. HAS. Stratégie vaccinale contre la Covid-19 - Stratégie de déploiement des vaccins disponibles - Note de cadrage. In : HAS-Santé [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-07/note_de_cadrage_strategie_vaccinale_contre_la_covid_19.pdf. [Consulté le 27 juillet 2022].
3. Guthmann JP, Bone A, Nicolau J, et al. Insuffisance de couverture vaccinale grippale A(H1N1) 2009 en population générale et dans les groupes à risque durant la pandémie 2009-2010 en France. BEHWeb, 2010, n°. 3, p. 6 p. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/article/insuffisance-de-couverture-vaccinale-grippale-a-h1n1-2009-en-population-generale-et-dans-les-groupes-a-risque-durant-la-pandemie-2009-2010-en-france> [Consulté le 25 oct 2022].
4. Ritchie H, Mathieu E, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Ortiz-Ospina E, et al. Coronavirus Pandemic (COVID-19), Mars 2020. In : Our World in Data [En ligne]. Disponible sur : <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. [Consulté le 27 juillet 2022].
5. Grippe A (H1N1) de 2009. In : Wikipédia [En ligne]. 2022. Disponible sur : [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grippe_A_\(H1N1\)_de_2009&oldid=190465635](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Grippe_A_(H1N1)_de_2009&oldid=190465635). [Consulté le 7 février 2022].
6. Peretti-Watel P, Seror V, Cortaredona S, et al. COCONEL Group. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. The Lancet Infectious Diseases. 1 juill 2020 ; 20 (7) : p.769-770. [Consulté le 7 février 2022].
7. Alleaume C, Peretti-Watel P, Verger P, Launay O, Le Groupe COCONEL et al. Intention de vaccination contre la COVID-19 en France. Analyse de l'enquête nationale COCONEL différenciée selon l'âge. Gérontologie et Société, 2022, vol. 44 (168), p.209-226. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2022-2-page-209.htm?contenu=resume>. [Consulté le 29 juillet 2022].
8. « Près d'un Français sur quatre ne compte pas se faire vacciner contre le Covid-19 » In : CNRS Le journal [En ligne]. Disponible sur : <https://lejournel.cnrs.fr/billets/pres-dun-francais-sur-quatre-ne-compte-pas-se-faire-vacciner-contre-le-covid-19> [Consulté le 29 juillet 2022].
9. « Un Français sur trois refuserait de se faire vacciner contre le Covid-19 ». In : TF1 INFO [En ligne]. 2020. Disponible sur : <https://www.tf1info.fr/sante/vaccin-coronavirus-32-des-francais-refuseraient-de-se-faire-vacciner-contre-le-covid-19-selon-un-sondage-2160303.html> [Consulté le 15 février 2023].
10. Chapter 5 of the Wellcome Global Monitor 2018 : Attitudes to vaccines. In : Wellcome [En ligne]. Disponible sur : <https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018/chapter-5-attitudes-vaccines> [Consulté le 29 juillet 2022].
11. « Vaccins : les Français sont les plus sceptiques au monde ». In : Les Echos. 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/vaccins-les-francais-sont-les-plus-sceptiques-au-monde-1030411> [Consulté le 29 juillet 2022].
12. Groupe COCONEL. Note de synthèse n°4 : Perceptions et comportements des Français face au risque du COVID-19. In : ORS Paca [En ligne]. Disponible sur :

- http://www.orspaca.org/sites/default/files/Note-n4-perceptions-risques-covid19_0.pdf
[Consulté le 29 juillet 2022].
13. Haute Autorité de Santé. Actualisation des facteurs de risque de formes graves de la covid-19 et des recommandations sur la stratégie de priorisation des populations à vacciner. Paris : HAS ; 2021. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/actualisation_des_facteurs_de_risque_de_formes_graves_de_la_covid-19_et_des_reco_sur_la_strategie_de_priorisation_des_popula.pdf [Consulté le 29 juillet 2022].
 14. WARD Jeremy. Enquête COVIREIVAC - Note de synthèse n°1 : Les français et la vaccination. In : ORS Paca [En ligne]. Disponible sur : <http://www.orspaca.org/sites/default/files/enquete-COVIREIVAC-rapport.pdf> [Consulté le 12 aout 2022].
 15. BAJOS N., COSTEMALLE V., LEBLANC S., SPIRE A., et al. Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales. DREES, Études et Résultats, Février 2022, n° 1222, p.1-8. In : Drees.solidarites-sante.gouv [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1222.pdf> [Consulté le 12 aout 2022].
 16. SPF. Enquête CoviPrev : Une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19. In : Sante publique france [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19> [Consulté le 18 aout 2022].
 17. Gouvernement. La campagne de rappel contre la Covid-19 est ouverte à tous. In : service-public [En ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15609> [Consulté le 18 aout 2022].
 18. SPF. COVID-19 : point épidémiologique du 21 juillet 2022. In : Sante publique france [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-21-juillet-2022> [Consulté le 18 aout 2022].
 19. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre la Covid-19 – Anticipation des scénarios possibles à l'automne 2022. Paris : HAS ; 2022. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-05/strategie_de_vaccination_contre_la_covid-19_-_anticipation_des_scenarios_possibles_a_lautomne_2022.pdf [Consulté le 18 aout 2022].
 20. SPF. Coronavirus : chiffres clés et évolution de la COVID-19 en France et dans le Monde. In : Sante publique france [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/coronavirus-chiffres-cles-et-evolution-de-la-covid-19-en-france-et-dans-le-monde> [Consulté le 18 aout 2022].
 21. Coronavirus : du premier cas détecté de Covid-19 au déconfinement, la chronologie d'une crise mondiale. In : Le Monde [En ligne]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2020/05/12/coronavirus-de-la-chauve-souris-au-deconfinement-la-chronologie-de-la-pandemie_6039448_4355770.html [Consulté le 21 oct 2022].
 22. Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19. In : OMS [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline> [Consulté le 21 oct 2022].

23. Info Coronavirus COVID-19 - Les actions du Gouvernement. In : Gouvernement [En ligne]. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/les-actions-du-gouvernement> [Consulté le 21 oct 2022].
24. COVID-19 : Point sur la situation dans le Nord / Actualités / Accueil - Les services de l'État dans le Nord. In : Nord.gouv [En ligne]. Disponible sur : <https://www.nord.gouv.fr/Actualites/COVID-19-Point-sur-la-situation-dans-le-Nord> [Consulté le 21 oct 2022].
25. Vaccination contre la COVID en France : au 25 janvier 2021, près de 1 092 958 vaccinations ont été réalisées en France. In Sante.gouv [En ligne]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/vaccination-contre-la-covid-en-france-au-25-janvier-2021-pres-de-1-092-958> [Consulté le 25 oct 2022].
26. Vaccins contre le Covid-19 : les raisons d'un record de vitesse. In : Le monde [En ligne]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/12/23/vaccin-anti-covid-les-raisons-de-ce-record-de-vitesse_6064337_3244.html [Consulté le 25 oct 2022].
27. Foire aux questions : la stratégie de vaccination et le calendrier. In : Sante.gouv [En ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/je-suis-un-particulier/article/foire-aux-questions-la-strategie-de-vaccination-et-le-calendrier> [Consulté le 25 oct 2022].
28. Tessarech C. Vaccination anti-Covid-19 : une polémique évitable ? Thèse de médecine. Université de Lille ; 2022, 124 pages. [Consulté le 25 oct 2022].
29. DE SINGLY Francois. La fabrication du questionnaire : les déterminants sociaux. In : Le questionnaire. 5^{ème} édition. Paris : Armand colin, 2020, p. 44- 56.
30. Institut national de santé publique du Québec. Enquête québécoise sur la vaccination contre la grippe A(H1N1), la grippe saisonnière et le pneumocoque. Institut national de santé publique du québec. 2011. p.17, p.24-26, p.33-35, p.38-42, p.45-61, p.83-84, p.93-118. [En ligne]. Disponible sur : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1309_EnqueteVaccinGrippeAH1N1SaisonPneumo-coque.pdf [Consulté le 29 juill 2022].
31. Joshi A, Kaur M, Kaur R, Grover A, Nash D, El-Mohandes A. Predictors of COVID-19 Vaccine Acceptance, Intention, and Hesitancy: A Scoping Review. Front Public Health. août 2021; 9:698111. [Consulté le 29 juill 2022].
32. Rivière P. Grippe A : pourquoi les Français n'ont-ils pas mieux adhéré à la campagne de vaccination ? [En ligne]. Salle de presse de l'Inserm. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/grippe-a-pourquoi-les-francais-nont-ils-pas-mieux-adhere-a-la-campagne-de-vaccination/16950/> [Consulté le 16 mars 2023].
33. Schwarzingher M, Flicoteaux R, Cortaredona S., et al. Déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination pandémique A(H1N1)2009 en population adulte française. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2010, n°. 24-25-26, p. 267-271. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/determinants-de-l-acceptation-individuelle-de-la-vaccination-pandemique-a-h1n1-2009-en-population-adulte-francaise.-numero-thematique-epidemie-de> [Consulté le 15 févr 2023].
34. Arbre décisionnel prise en charge en ambulatoire patients potentiellement COVID. Lille : URPS Médecin libéraux Hauts de France. 2020. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2020/07/Arbre-decisionnel-PEC-ambulatoire.pdf> [Consulté le 15 juillet 2023].
35. Alexis MONTAUT. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DREES ÉTUDES et RÉSULTATS, 2010, n° 717 [En ligne]. sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et->

[resultats/sante-et-recours -aux-soins-des-femmes-et-des-hommes-premiers](#) [Consulté le 16 mars 2023].

36. L'éducation nationale en chiffres, édition 2022. In : Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/l-education-nationale-en-chiffres-edition-2022-342412> [Consulté le 16 janvier 2023].
37. Niveau de diplôme des habitants : les Hauts-de-France en bas du classement. In : France 3 Hauts-de-France. [En ligne]. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/niveau-diplome-habitants-hauts-france-bas-du-classement-1391061.html> [Consulté le 16 janvier 2023].
38. Les retraités et les retraites – édition 2022. In : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [En ligne]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-retraites-et-les>]. [Consulté le 16 janvier 2023].
39. Statistiques régionales du régime général Hauts de France année 2021 In : CARSAT. [En ligne]. Disponible sur : https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/images/stat-en-region/nord-picardie/StatReg_04.pdf [Consulté le 16 janvier 2023].
40. Part des « autres sans activité professionnelle » dans la population. In : L'Observatoire des Territoires [En ligne]. Disponible sur : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/part-des-autres-sans-activite-professionnelle-dans-la-population> [Consulté le 16 janvier 2023].
41. Catégorie socioprofessionnelle selon le sexe et l'âge. In : Insee [En ligne]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2489546#tableau-figure1_radio1 [Consulté le 16 janvier 2023].
42. Repères et références statistiques 2022. In : Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. RERS, 2022, P.152 – 201. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.education.gouv.fr/reperes-et-references-statistiques-2022-326939> [Consulté le 16 janvier 2023].
43. OMS. Note d'orientation de l'OMS : gestion de l'infodémie liée à la COVID-19. OMS ; septembre 2022. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Infodemic-2022.1> [Consulté le 12 avr 2023].
44. Lits G, Cougnon LA, Heeren A, et al. Analyse de « l'infodémie » de Covid-19 en Belgique francophone. Rapport de recherche de l'observatoire de recherche sur les Médias et le Journalisme. Université catholique de Louvain ; 2020 ; 57p. [En ligne]. Disponible sur : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:229750> [Consulté le 12 avr 2023].
45. Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, et al. Sources and perceived credibility of vaccine-safety information for parents. Pediatrics. 2011, 127 (Supplément 1), p.107-p.112. [Consulté le 16 janvier 2023].
46. Julien Laboue. Perception de la vaccination COVID par le sujet âgé vacciné. Thèse de médecine. Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille ; 2021, 74 pages. [Consulté le 18 févr 2023].
47. Bilan sur un an de Covid : les maires et les entreprises sont plébiscités, le gouvernement est ouvertement critiqué. In : Odoxa [En ligne]. Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/9121-2/> [Consulté le 18 févr 2023].
48. « Rarement les Français ont eu aussi peur, aussi longtemps ». In : Challenges [En ligne]. Disponible sur : https://www.challenges.fr/politique/coronavirus-rarement-les-francais-ont-eu-aussi-peur-aussi-longtemps_706374 [Consulté le 16 janvier 2023].
49. Covid-19 : ces Français vaccinés qui n'ont pas peur d'attraper le variant Omicron. In : Europe 1 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.europe1.fr/societe/covid-19-ces-francais-vaccines-et-lasses-par-la-cinquieme-vague-4086434> [Consulté le 16 janvier 2023].

50. Pourquoi la covid-19 n'inspire plus la peur ? In : Le Télégramme [En ligne]. Disponible sur : <https://www.letelegramme.fr/france/pourquoi-la-covid-19-n-inspire-plus-la-peur-interview-30-09-2022-13190440.php>
51. Chiffres clés en France, Data vaccin Covid. In : Ameli.fr [En ligne]. Disponible sur : <https://datavaccin-covid.ameli.fr/pages/synthese/> [Consulté le 16 janvier 2023].
52. Les Français et la mobilisation contre le pass sanitaire. In : IFOP [En ligne]. Disponible sur : <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-mobilisation-contre-le-pass-sanitaire/> [Consulté le 16 janvier 2023].
53. Passe sanitaire : 4 000 décès évités selon le Conseil d'analyse économique. In : vie-publique.fr [En ligne]. Disponible sur : <http://www.vie-publique.fr/en-bref/283339-passe-sanitaire-quel-impact-sur-la-sante-et-leconomie> [Consulté le 16 janvier 2023].
54. Oliu-Bartonab M., Pradelskic B., Woloszkod N. The effect of COVID certificates on vaccine uptake, health outcomes, and the economy. Conseil d'analyse économique, 2022, Focus No 078 [En ligne]. Disponible sur : <https://www.cae-eco.fr/limpact-des-pass-sanitaires-sur-le-taux-de-vaccination-la-sante-et-leconomie> [Consulté le 16 janvier 2023].
55. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.euractiv.fr/section/sante-modes-de-vie/news/les-passes-sanitaires-ont-contribue-a-augmenter-le-taux-de-vaccination/> [Consulté le 16 janvier 2023].
56. SPF. Bulletin de santé publique vaccination. Avril 2019. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vaccination.-avril-2019> [Consulté le 13 avr 2023].
57. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. Public Health ; 2021, p194:p.245-251. [Consulté le 16 janvier 2023].
58. Etude ComPaRe : un patient sur douze hésitant à se faire vacciner change d'avis après avoir consulté des informations sur les bénéfices et les risques des vaccins. In : Salle de presse de l'Inserm. [En ligne]. Disponible sur : <https://presse.inserm.fr/etude-compare-un-patient-sur-douze-hesitant-a-se-faire-vacciner-change-davis-apres-avoir-consulte-des-informations-sur-les-benefices-et-les-risques-des-vaccins/43629/> Consulté le 16 janvier 2023].
59. Bégué P. Origines et raisons du refus de la vaccination : quelles solutions ? La Lettre du Pharmacologue ; 2015, Vol. 29 (n°3), p.82-p.88. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.edimark.fr/lettre-pharmacologue/origines-raisons-refus-vaccination-quelles-solutions> [Consulté le 16 janvier 2023].
60. WHO. Ten health issues WHO will tackle this year. In : OMS [En ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019> [Consulté le 16 janvier 2023].

ANNEXES

Questionnaire de thèse : Perception du COVID et de sa vaccination

Madame, Monsieur

Je m'appelle Arnault SAVEY, je suis interne, étudiant de médecine générale en 9^{ème} année. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le COVID et sa vaccination. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la perception des patients sur le covid et sa campagne de vaccination depuis le début de la crise sanitaire.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Toute personne majeure, habitant dans les Hauts de France peut répondre à ce questionnaire.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire est anonyme et ne vous identifie pas, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse. Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration au registre des traitements de l'Université de Lille. Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr, sans réponse de notre part, vous pouvez formuler une réclamation auprès de la CNIL.

PARTIE I : Vos supports d'informations

N.B : 1 seule réponse par question pour tout le questionnaire

- 1) Vous estimez vous bien informés sur le COVID ?
 - a) Oui
 - b) Non
- 2) Quelle est votre **principale** source d'information concernant **le virus** du COVID ? **1 seule réponse**
 - a) Télévision / Radio
 - b) Journaux/Revue de presse
 - c) Sources internet grand public (Facebook /Google / Doctissimo etc...)
 - d) Sites internet de référence en santé publique (Ameli.fr / Sante.gouv...)
 - e) La famille / Les proches
 - f) Votre médecin traitant
 - g) Votre pharmacien
 - h) Autre
- 3) Quelle est votre **principale** source d'information concernant **la vaccination** COVID ? **1 seule réponse**
 - a) Télévision / Radio
 - b) Journaux/Revue de presse
 - c) Sources internet grand public (Facebook /Google / Doctissimo etc...)
 - d) Sites internet de référence en santé publique (Ameli.fr / Sante.gouv...)
 - e) La famille / Les proches
 - f) Votre médecin traitant
 - g) Votre pharmacien
 - h) Autre
- 4) La communication des informations par les médias concernant le COVID est -elle :
 - a) Bonne
 - b) Plutôt bonne
 - c) Plutôt mauvaise
 - d) Mauvaise
- 5) Les informations délivrées par les médias :
 - a) Vous rassurent
 - b) Vous inquiètent

- c) Vous laissent indifférent
- 6) Diriez-vous que les médias ont influencé votre décision vaccinale :
 - a) Oui, plutôt positivement
 - b) Oui, plutôt négativement
 - c) Non
- 7) Avez-vous parlé de la vaccination contre le COVID avec votre médecin traitant ?
 - a) Oui
 - b) Non
- 8) Les informations données par votre médecin traitant ont-elles joué un rôle dans votre décision de vaccination finale ou pas ?
 - a) Oui
 - b) Non

PARTIE II : Votre perception du covid et de sa vaccination

- 9) Vous percevez vous comme une personne à risque (de COVID grave) ?
 - a) Oui
 - b) Non
- 10) *En se fiant à la liste ci-dessous* des populations à risque déterminées par la haute autorité de santé, faites-vous partie d'une de ces catégories ?
 - a) Oui
 - b) Non

Liste des populations à risque selon la Haute Autorité de Santé :

- Personnes âgées de plus de 65 ans
- Femme enceinte (durant la période de crise sanitaire)
- Présence d'une ou de plusieurs des maladies chroniques ci-dessous :
a) Antécédents cardiovasculaires : Hypertension artérielle compliquée, donc avec atteinte cardiaque, rénale, nerveuse ou vasculaire (comme infarctus, AVC, problèmes de valves cardiaque, stent...)
b) Insuffisance cardiaque
c) Diabète
d) Obésité (IMC sup a 30)
e) Toute maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique BPCO / mucoviscidose / fibrose pulmonaire)
f) Insuffisance respiratoire chronique
g) Insuffisance rénale chronique dialysée
h) Être atteint d'un cancer évolutif sous traitement
i) Cirrhose du foie
j) Immunodéficience congénitale ou acquise (VIH avec charge virale positive / traitement immunosuppresseur / corticoïdes à dose supérieure à 10 mg/ greffes d'organes ou de cellules souche/ cancer du sang ...)

- 11) Diriez-vous que Le COVID est une maladie grave
 - a) Tout à fait d'accord
 - b) Plutôt d'accord
 - c) Plutôt pas d'accord
 - d) Pas du tout d'accord
- 12) Avez-vous peur du COVID
 - a) Oui
 - b) Non

- 13) Etes-vous vacciné contre le COVID ? **13.1 si vous avez été vacciné en différents endroits**
- a) Oui
 - b) Non
- ↓
- 13.1) Si oui,** Où avez-vous été vacciné ? **Lieu où vous avez fait la majorité des doses**
- a) En centre de vaccination
 - b) En pharmacie par un pharmacien
 - c) Au cabinet par votre médecin traitant
- 13.2) Si non,** pourquoi ? **Choisir 1 raison principale = 1 seule réponse**
- a) Je ne me considère pas comme une personne à risque de développer une forme grave
 - b) Le COVID n'est pas une maladie grave selon moi
 - c) Je crains les effets secondaires du vaccin
 - d) Je pense que le vaccin n'est pas efficace
 - e) Je suis contre la plupart des vaccins en général
 - f) Mon entourage me l'a déconseillé
 - g) Autres
- 14) Pensez-vous que les vaccins contre le COVID soit « fiables » ?
- a) Oui
 - b) Non
- 15) Selon vous, les informations données par les médias/le gouvernement sur le schéma de vaccination et les doses de rappels contre le COVID sont-elles :
- a) Claires
 - b) Plutôt claires
 - c) Plutôt flou
 - d) Flou
 - e) Ne se prononce pas
- 16) Quelle est votre opinion sur le PASS sanitaire comme outil d'incitation à la vaccination durant cette campagne vaccinale ?
- a) Très favorable
 - b) Assez favorable
 - c) Assez défavorable
 - d) Très défavorable
 - e) Ne se prononce pas
- 17) Diriez-vous que vous vous êtes vacciné principalement pour avoir un PASS sanitaire valide et pour pouvoir circuler librement :
- a) Oui
 - b) Non
- 18) Estimez-vous l'accessibilité aux centres de vaccinations (pour se faire vacciner) :
- a) Très facile
 - b) Facile
 - c) Difficile
 - d) Très difficile
- 19) Durant cette campagne, il y a eu la possibilité nouvelle de se faire vacciner par le pharmacien, diriez-vous que vous y êtes :
- a) Très favorable
 - b) Plutôt favorable
 - c) Assez défavorable
 - d) Très défavorable
- 20) Avec le recul de ces différents rappels vaccinaux pour le COVID, si vous aviez le choix, préféreriez-vous vous faire vacciner : **Essayer de déterminer une préférence = 1 seule réponse**
- a) En centre de vaccination
 - b) En pharmacie par le pharmacien
 - c) Au cabinet par votre médecin traitant

- 21) Dans son ensemble, que pensez-vous de la qualité de la campagne vaccinale pour le COVID ?
- a) Très mauvaise
 - b) Plutôt mauvaise
 - c) Bonne
 - d) Très bonne
- 22) Si la 4ème dose venait à être généralisée, seriez-vous prêt à la faire ?
- a) Oui
 - b) Non

Partie III : Pour finir, mieux vous connaître

- 23) Quel est votre sexe ?
- a) Homme
 - b) Femme
- 24) Quel est votre âge ?
- a) 18-25 ans
 - b) 25-45 ans
 - c) 45-65 ans
 - d) Plus de 65 ans
- 25) Quel est votre niveau d'études ?
- a) Sans diplôme
 - b) Brevet des collèges
 - c) CAP/BEP ou autre diplôme technique
 - d) BAC (général, pro ou technologique)
 - e) BAC + 2 (BTS DUT)
 - f) BAC +3-4 (licence master 1)
 - g) BAC + 5 (master 2, école d'ingénieurs...)
 - h) BAC + 7 (doctorat, post doctorat, thèse)
- 26) Quel est votre contexte socio-professionnel ?
- a) Professionnel de santé (médicale ou para médicale)
 - b) Agriculteurs exploitants / salarié agricole
 - c) Artisans, commerçants et chef d'entreprise
 - d) Cadres supérieurs et professions intellectuelles supérieures
 - e) Employés (administratifs, fonction publique, d'entreprises, etc...)
 - f) Professions intermédiaires (enseignant, technicien, agent de maitrise, contremaître, profession intermédiaire administratives de la fonction publique, ou d'entreprise)
 - g) Ouvriers
 - h) Etudiants
 - i) Sans activité professionnelle
 - j) Retraités
- 27) Dans quel type de zone géographique habitez-vous ?
- a) Rurale (village) ou semi rurale (village proche de la ville/Petite ville)
 - b) Ville moyenne (ex : Arras)
 - c) Grande ville/Métropole (ex : Lille)
- 28) Au foyer, vivez-vous ?
- a) Avec d'autres personnes (Marié/pacsé, en couple, chez vos parents etc...)
 - b) Seul (célibataire, veuf ou divorcé etc...)
- 29) Combien avez-vous d'enfant à charge au foyer ?
- a) Aucun
 - b) 1-2
 - c) 3 et plus

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION Pour accéder aux résultats, vous pouvez me contacter à cette adresse : arnault.savey.etu@univ-lille.fr

AUTEUR : Nom : SAVEY

Prénom : ARNAULT

Date de soutenance : Jeudi 1^{er} juin à 14 h

Titre de la thèse : Perception du COVID et de sa vaccination : enquête dans les Hauts de France auprès des patients consultant en médecine générale

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : vaccination ; Covid 19 ; perception; médecine générale; France

Résumé :

Contexte : En 2009, seul 7.9 % des Français se sont vaccinés face à la pandémie de grippe H1N1. Un tel échec doit servir pour mieux se préparer à une autre pandémie, d'autant plus si celle-ci est plus létale. C'est le cas de la pandémie de COVID, qui table à la 7^{ème} position des pandémies les plus meurtrières de l'histoire. Dès début 2022, la campagne vaccinale du covid fait nettement mieux, 75 % des Français ont reçu 2 doses de vaccins. Les modalités de cette campagne sont bien différentes, notamment avec l'utilisation du PASS sanitaire. Devant ces chiffres, nous nous sommes interrogés sur la perception qu'ont eu nos patients de cette campagne, du vaccin et du covid.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique quantitative descriptive fondée sur 506 auto-questionnaires anonymes distribués aux patients de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste dans les Hauts de France.

Résultats : Un total de 459 questionnaires a pu être analysé. 80 % se disent bien informés sur le covid et 62 % se sont informés sur le COVID via les médias. Pour la vaccination, 45 % s'informent via les médias mais 24 % font appel à leur généraliste. 67 % trouvent la communication des médias bonne mais 51 % sont inquiétés par les informations retransmises. Malgré cette peur, les médias, tout comme le médecin, ressortent comme des moteurs de la vaccination. 79% des patients pensent que le covid est une maladie grave mais seulement 37% craignent le COVID. 28 % des patients ne se pensent pas à risque de forme grave alors qu'ils le sont vraiment selon la liste de la HAS. 71 % se sont vaccinés en centre de vaccination alors que 43 % préféreraient idéalement se vacciner au cabinet. Globalement, 57 % se disent favorables au PASS sanitaire, mais rapporté à l'âge, seuls 42 % des 18-25 ans y sont favorables. Il y a 90 % de vaccinés dans l'étude et 71 % disent la campagne de bonne qualité globale. Néanmoins, 43 % refusaient de faire la dose de rappel.

Conclusion : Dans l'ensemble, le taux de vaccination est très satisfaisant et la majorité de notre population estime la campagne de bonne qualité. Le PASS est un outil controversé mais efficace et assez bien accepté. Une opposition est retrouvée chez les jeunes qui restent les plus réfractaires à la vaccination. Il existe des disparités sociales dans la vaccination avec un refus de vaccination plus élevé chez les personnes de bas niveau social.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Asseseurs : Monsieur le Docteur François DELFORGE

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Directeur de thèse : Madame le Docteur Nathalie DHALENNE