

Faculté de santé publique

Étude qualitative sur l'adhésion à la vaccination des jeunes adultes bruxellois en période de Covid-19 :

Les comportements à l'égard de la vaccination de la Covid-19 vus et vécus par les jeunes

Mémoire réalisé par
Amélie Avignon

Promoteur(s)
Sandrine Roussel

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement ma promotrice, Madame Sandrine Roussel, coordinatrice de la recherche Pandorix, de m'avoir accompagnée et guidée tout au long de la réalisation de ce mémoire, de ses précieux conseils et de sa disponibilité.

Je remercie également les chercheurs de l'équipe Pandorix, pour leurs remarques constructives.

Je remercie aussi les mémorantes de la recherche Pandorix, pour l'aide mutuelle apportée.

Je remercie l'ensemble des professeurs ainsi que l'équipe administrative de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain pour ces deux années de master.

Aussi, je remercie Monsieur Dedonder, pour sa formation au logiciel Nvivo.

Un grand merci aux jeunes adultes ayant participé aux focus groups, ainsi qu'aux professionnels rencontrés lors des entretiens individuels, pour leur confiance et leur participation.

Je remercie chaleureusement ma famille et mes amis, pour leur soutien si précieux et leurs encouragements.

Enfin, je remercie tous ceux qui m'ont aidé, de près ou de loin, pour la réalisation de ce mémoire.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Résumé

Cette étude s'inscrit dans le projet Pandorix, une recherche prospective et participative qui tente de tirer des conclusions de la pandémie de Covid-19, sous l'angle des comportements de santé. Plus particulièrement, ce mémoire s'intéresse aux jeunes adultes bruxellois âgés de 18 à 24 ans. Une mobilisation internationale et pluridisciplinaire sans précédent a permis de développer rapidement des vaccins contre la Covid-19. Dès juin 2021, lorsqu'ils ont été rendus accessibles à l'ensemble de la population belge, l'on s'interroge sur la faible demande des jeunes adultes et de leur réel rapport à la vaccination en temps de pandémie. La question de recherche qui en découle est : En période de pandémie, qu'est-ce qui a favorisé l'adhésion à la vaccination contre la Covid-19 des jeunes adultes bruxellois ? *Méthode* : Une étude qualitative a été réalisée par des entretiens semi-directifs sous forme de focus groups, auprès de 16 jeunes adultes bruxellois âgés de 18 à 24 ans (de mars à juillet 2022), qui ont fourni des observations et des témoignages personnels à l'égard de la vaccination de la Covid-19. Mais aussi, par des entretiens individuels auprès de trois professionnels, représentants d'organismes de Bruxelles (de février à novembre 2022). *Résultat* : A travers les focus groups, les participants perçoivent peu les risques de la pandémie de la Covid-19 sur leur santé, du fait de leur jeune âge. Ils expriment des craintes spécifiques au vaccin de la Covid-19 (le manque de recul, les effets secondaires etc.). Un sentiment de méfiance est exprimé vis-à-vis du gouvernement, des médias et des experts. Les participants reprochent une communication jugée négative, et évoquent une surabondance d'informations. Ils regrettent les phénomènes sociaux, en particulier la stigmatisation et la polarisation de la société. Par ailleurs, le CST a été vécu comme une contrainte et une atteinte à leur liberté. *Discussion* : Cette étude a analysé les facteurs influençant l'adhésion à la vaccination à l'aide d'une triangulation de données. Elle a montré que les intentions des jeunes adultes bruxellois de se faire vacciner contre la Covid-19 dépend de nombreux facteurs multidimensionnels et notamment personnels. Cela explique qu'il ne suffit pas qu'il y ait un vaccin accessible et un besoin d'immunité pour que cela suscite une demande de leur part. Il apparaît que la motivation extrinsèque de se faire vacciner ne fonctionne pas de façon pérenne, et tend à diminuer suite à une certaine lassitude. D'autre part, les principaux freins seraient la confiance envers ce vaccin mais aussi la faible perception du risque. La principale limite de cette étude est l'homogénéité de son échantillon. *Conclusion* : Le défi est de sensibiliser les jeunes en vue d'obtenir une motivation autonome quant à l'intention de se faire vacciner, mais aussi de les impliquer davantage dans un processus de participation. Aussi, réduire les craintes liées au vaccin et donner des informations transparentes, éclairées et compréhensibles semblent essentiels.

Mots clés : Vaccination, Covid-19, SARS-CoV-2, Pandémie, Jeunes adultes, Bruxelles, Comportements, Adhésion, Hésitation vaccinale.

Table des matières

Introduction	1
I. Cadre théorique	2
1. La pandémie de Covid-19	2
2. La vaccination	3
a) Généralité	3
b) Vaccin contre la Covid-19	4
3. Contextualisation	6
a) La stratégie vaccinale de la Covid-19 en Belgique	6
b) Les jeunes adultes Bruxellois	7
c) Quelques chiffres sur l'état vaccinal des jeunes adultes bruxellois	9
4. Les facteurs influençant l'opinion vaccinale des jeunes adultes	10
a) La motivation	11
b) Les facteurs individuels	12
c) Les facteurs sociologiques	15
d) Les facteurs contextuels	17
e) Les facteurs spécifiques aux vaccins de la Covid-19	22
II. Méthodologie de la recherche	23
1. Question de recherche	23
2. Hypothèses	24
3. Méthodes de recherche	24
4. Recrutement de l'échantillon	26
5. Récolte des données	27
6. Méthode d'analyse des données	28
7. Considération éthique et confidentialité	29
III. Résultats	30
1. Caractéristiques de l'échantillon	30
2. Résultats thématiques	31
• Le vécu de la pandémie	31
• La vaccination	32
• La motivation	32
• Les facteurs individuels	35
• Les facteurs sociologiques	41
• Les facteurs contextuels	45
• Les facteurs spécifiques aux vaccins de la Covid-19	52
IV. Discussion	55

1. Confrontation des résultats à la littérature.....	55
2. Mise en perspective et recommandations.....	63
3. Forces et limites	65
Conclusion.....	66
Bibliographie.....	68
Liste des abréviations.....	79
Annexes	80
Annexe 1 : Schéma illustrant le cycle de transmission de la Covid-19	80
Annexe 2 : Les différents types de vaccins contre la Covid-19	81
Annexe 2bis : Vaccins contre la Covid-19 autorisés et disponibles en Belgique.....	82
Annexe 3 : Calendrier vaccinal en Belgique.....	83
Annexe 4 : Schéma de la transmission d'un virus avec un $R_0 = 4$.....	84
Annexe 5 : Schéma de l'immunité collective d'une population « fermée »	85
Annexe 6 : Stratégie de vaccination de la Covid-19 en Belgique.....	86
Annexe 7 : Répartition des 18-24 ans dans les communes de la région Bruxelles-Capitale.....	87
Annexe 8: Couverture vaccinale par tranches d'âge et par régions de Belgique (fin mars 2022).....	88
Annexe 9 : Comparaison entre régions de la vaccination des 18-24 ans	89
Annexe 10 : Part des 18-24 ans bruxellois vaccinés (en fonction des doses).....	90
Annexe 11 : Continuum de l'hésitation vaccinale selon WHO	91
Annexe 12 : Modèle des « 3Cs » de l'hésitation vaccinale du groupe SAGE	92
Annexe 13 : Matrice des déterminants de l'hésitation vaccinale du groupe SAGE	93
Annexe 14 : Modèle conceptuel de l'hésitation vaccinale de Dubé et al. (2013).....	94
Annexe 15 : Évolution de la motivation des citoyens Belges.....	95
Annexe 16 : Évolution de la perception du risque en fonction du statut vaccinal	96
Annexe 17 : Exemples de documentaires et sites d'informations fait « par » et « pour » les jeunes	97
- Web documentaire « MélanCovid ».....	97
- Campagne de sensibilisation « Chaque vie compte ».....	98
- Campagne d'information sur la vaccination « Tu doses pas ? »	99
Annexe 18 : Intention des citoyens Belges à l'égard d'une dose de rappel (fin 2021).....	100
Annexe 19 : Evolution de l'intention des citoyens Belges à l'égard des doses de rappel (mai 2022).....	101
Annexe 20 : Techniques de communication adaptées et ciblées en fonction du niveau de l'intention vaccinal	102
Annexe 21 : Exemples de communication à destination des jeunes adultes.....	103
- Campagne de communication « Covid Breakers »	103
- FAQ « Covid19 : les questions des jeunes sur le vaccin » de l'UCLouvain	104

- Jeu vidéo « Antidote COVID-19 »	105
Annexe 22 : Exemples de sites officiels d'informations fiables sur la Covid-19	106
Annexe 23 : Méthode de recherche et littératures utilisées.....	107
Annexe 24 : Taux de répondant de la base de données de Pandorix pour la participation au focus groups des 18-24 ans.....	108
Annexe 25 : Questions et relances utilisées - adaptées du guide d'entretien de la recherche Pandorix.....	109
Annexe 26 : Arbre thématique réalisé sur le logiciel Nvivo	110
Annexe 27 : Caractéristiques de l'échantillon du public cible ($N=16$).....	111
Annexe 28 : Participants correspondants aux verbatims.....	112

Liste des figures

Fig 1 – Triade Offre-Besoin-Demande dans le contexte de la vaccination contre la Covid-19 des jeunes adultes bruxellois.....	23
Tabl 1 – Echantillon réparti dans les Focus group réalisés pour mon étude.....	28
Tabl 2 – Tendance des communications souhaitées et non souhaitée par les jeunes lors de campagne de vaccination.....	58

Introduction

En mars 2020, la Belgique fait face à la crise sanitaire de la pandémie de Covid-19, avec des conséquences sanitaires, financières et sociales sans précédent (Sohrabi et al., 2020). Des mesures sanitaires strictes ont été établies pour l'ensemble de la population afin de freiner la propagation du virus. Ces mesures ont impacté la vie quotidienne des Bruxellois, notamment les interactions sociales, et ont restreint leur liberté. Le gouvernement en appelait à la collaboration de la population pour respecter ces règles dans l'attente de l'adoption d'un vaccin. Néanmoins, à l'heure où les vaccins ont été disponibles et accessibles à tous, l'adhésion vaccinale ne semblait pas uniforme que ce soit entre les différentes régions de Belgique, mais aussi en fonction des tranches d'âge de la population.

La présente étude fait un état des lieux de l'adhésion vaccinale des jeunes adultes bruxellois (18-24 ans). Identifiant les facteurs influençant l'intention des jeunes à se faire vacciner contre la Covid-19, mais aussi étudier comment l'adhésion a évolué dans le temps. Dans une perspective de futures crises sanitaires, je souhaiterais comprendre et identifier, en partant de la vision et du vécu de jeunes adultes, les leviers et les freins qui ont les ont conduits à adhérer, ou non, à la campagne de vaccination contre la Covid-19. Cela permettra d'émettre des balises, dans une approche de promotion de la santé, afin de sensibiliser au mieux cette population en temps de pandémie

Etudiante en master de Santé Publique depuis 2020, la Covid-19 était au cœur des thèmes abordés en cours. Par ailleurs, sensible à la politique en santé, la santé communautaire mais également la promotion de la santé, je souhaitais trouver un sujet qui puisse allier les trois domaines. Ainsi les comportements à l'égard de la vaccination contre la Covid-19 et notamment de la stratégie gouvernementale et sociétale me semblaient intéressants à approfondir.

Ce mémoire s'intègre dans un projet plus large : la recherche Pandorix. Une recherche prospective et participative qui tente de tirer des conclusions de la pandémie de Covid-19, sous l'angle des comportements de santé, afin d'anticiper, pour se préparer aux mieux à une future crise sanitaire. Cette recherche associe la population bruxelloise, des experts de terrain ainsi que des experts scientifiques. Ce projet, pluridisciplinaire, financé par Innoviris, est mené conjointement par trois équipes de recherche de l'UCLouvain : l'Institut de recherches en sciences psychologiques (IPSY), l'Institut de recherche santé et société (IRSS) et l'Institut de Langage et Communication (ICL).

Ce mémoire est réalisé dans le cadre du projet Pandorix, il est donc primordial d'expliquer

I. Cadre théorique

1. La pandémie de Covid-19

La mondialisation et la multiplication des voyages ont augmenté la vitesse de propagation de virus émergents ; mais parallèlement, les progrès technologiques, biologiques et médicaux ont permis de limiter leurs conséquences (Sardon, 2020).

La Covid-19, ou « *Coronavirus Disease 2019* », est une maladie infectieuse causée par le virus du SARS-CoV-2, « *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* ». C'est le 3^e Coronavirus humain apparu au XXI^e siècle (après le SARS-Cov en 2002 et le MERS-CoV en 2012) (Gaudray, 2022). Les premiers cas sont apparus fin 2019 en Chine, dans la ville de Wuhan, puis l'OMS déclare la Covid-19 pandémie le 11 mars 2020 (Sardon, 2020). Selon l'OMS, les personnes présentent une infection des voies respiratoires (légère, modérée, à sévère) avec des symptômes tels que de la fièvre, une toux, une fatigue, la perte du goût et de l'odorat, des maux de gorge et de tête, des courbatures etc. Selon Sohrabi et al. (2020), la majorité des symptômes sont résolues spontanément, mais certaines personnes développent des complications (pneumonie sévère, syndrome de détresse respiratoire aiguë etc.) et nécessitent une hospitalisation. La particularité de la Covid-19 est que certaines personnes infectées sont asymptomatiques, ces porteurs sont des « *réservoirs silencieux difficiles à contrôler* » puisqu'ils peuvent quand même transmettre le virus (Moser, 2020, Randolph et Barreiro, 2020) (Annexe 1). Le virus SARS-CoV-2 se propage par l'intermédiaire de gouttelettes émises par une personne infectée.

Dans ce contexte de pandémie, certaines mesures et décisions ont été prises dans l'urgence et l'incertitude. Suite à une augmentation exponentielle du nombre de cas en Belgique, le gouvernement de Wilmès, annonce un confinement strict du pays, pour limiter les contacts, à partir du 17 mars 2020 (Pornschnegler, 2020). Ce type de confinement est inédit puisque l'ensemble de la population était confinée (qu'elle soit saine, malade ou à risque) (Assailly, 2022). Puis, depuis le printemps 2020, s'en est suivi un enchaînement et relâchement de mesures, plus ou moins drastiques, mise en place par le Conseil national de sécurité. En l'absence de vaccin ou de traitement, des mesures de prévention ont été mises en place, des mesures sanitaires (port du masque, lavage des mains, distanciation de 1,5m, dépistage, quarantaine, etc.) mais aussi restrictives (bulles sociales, fermetures de structures, couvre-feu, confinement, télétravail, CST). Elles étaient imposées à la population afin d'aplatir la courbe de contamination et de ne pas saturer les services de soins, et par la suite, afin d'éviter des

rebonds et nouvelle vague. La pandémie de Covid-19 alternait entre pics, aussi appelés « vagues », en fonction de la fluctuation de la propagation du virus (augmentation du taux d'incidence (nouveaux cas), de surcharge des systèmes de santé, etc.) et des phases « plateaux » ou de recul de la propagation, chacune de ces phases était suivie d'un durcissement ou d'un assouplissement des mesures. Au 25 novembre 2022, la Belgique a déjà connu 8 vagues de la pandémie de Covid-19 (Sciensano, 2022), et enregistré 33 042 décès pour 4,63 millions de cas (Sciensano - bulletin épidémiologique hebdomadaire, 2022). Par ailleurs, en 3 ans, le virus SARS-CoV-2 a déjà muté plusieurs fois, en démontre le nombre de variants (tel le variant Omicron, Delta, etc.) d'intensités variables (propagation et sévérité).

Un peu d'histoire, en termes de létalité (nombre de décès liés au Covid-19/nombre total de cas), la pandémie de Covid-19 n'est pas la plus importante de ces derniers siècles (Sardon, 2020). Aussi, lors d'anciennes pandémies, des mesures sanitaires et d'isolement avaient déjà été mises en place. Par exemple, la Grippe espagnole de 1918-1919, est considérée comme la pandémie « *la plus dévastatrice de l'histoire* » (Sardon, 2020, p.14), où les principales victimes, contrairement à la Covid-19, étaient des jeunes adultes (Debruyne, 2020), tout comme les victimes de la Grippe asiatique (1957-1958) ou de la Grippe H1N1 (2009-2010) (Meslé, 2010).

2. La vaccination

a) Généralité

Le progrès vaccinal est considéré comme une « *grande avancée de l'histoire moderne* » (Guével-Delarue, 2020), la vaccination diminue la mortalité et morbidité de maladies infectieuses et permettrait de sauver « *2 à 3 millions de vie chaque année* » (Moser, 2020, p.78).

La vaccination fait partie de la prévention primaire puisqu'elle est administrée à des individus « sains ». Selon l'OMS elle est « *un moyen simple, sûr et efficace de vous protéger des maladies dangereuses, avant d'être en contact avec ces affections. Elle utilise les défenses naturelles de l'organisme pour créer une résistance à des infections spécifiques et renforcer le système immunitaire* ». Le principe de la vaccination est qu'elle agit sur la « mémoire », on introduit dans l'organisme un germe inactif afin que notre corps fabrique des anticorps (Guével-Delarue, 2020), ainsi, selon Moser (2020, p.54), « *c'est parce que le vaccin contre un pathogène donné stimule notre système immunitaire, comme le ferait une infection, que l'individu est protégé, c'est-à-dire capable d'éliminer le même pathogène lors d'une ré-infection* ». Il existe différents types de vaccins en fonction de leurs composés (virus modifié, atténué, inactivé, fragmenté,

ARNm etc. - Annexe 2), mais l'ensemble des vaccins a pour but de produire une réponse immunitaire sans pour autant provoquer la maladie (OMS, 2021). D'autre part, selon l'OMS (2021) « *certaines vaccins nécessitent l'administration de plusieurs doses, à des semaines ou des mois d'intervalle* », ces doses de rappel sont nécessaires afin de garantir la formation des cellules mémoire sur la durée. La méthode d'administration des vaccins se fait majoritairement par voie injectable, mais certains se font aussi par voie orale ou aérosol nasal (OMS, 2021).

Le développement d'un vaccin nécessite plusieurs étapes afin que la mise sur le marché soit autorisée, des phases d'essais cliniques, de sécurité et d'efficacité à plusieurs échelles (Moser, 2020 ; OMS, 2021). Au terme de ces étapes il faut que celui-ci soit efficace et notamment en termes de balance bénéfice (*diminution de la prévalence*) / risque (*effets secondaires*) (Moser, 2020) et d'innocuité (OMS, 2021).

En Belgique, la poliomyélite est la seule vaccination obligatoire, cependant, d'autres vaccins sont recommandés (hépatite B, pneumocoque, méningite) (Annexe 3), certains exigés pour que les enfants puissent accéder à la vie en collectivité (diphtérie, coqueluche, oreillons, rougeole, etc.) et d'autres vaccins sont préconisés dans certains secteurs professionnels.

b) Vaccin contre la Covid-19

Le virus du SARS-CoV-2 est arrivé dans une population non immunisée ; afin de limiter sa propagation, il faut chercher à obtenir une immunité collective.

L'immunité collective est, selon Fine et al. (2011), un seuil de personnes qui seraient immunisées pour que l'on observe une baisse de l'incidence du virus, elle tient compte du taux de propagation du virus, soit R_0 , c'est « *le nombre secondaire de cas générés par un individu infectieux lorsque le reste de la population est sensible* » (Fine et al., 2011, p.4 – traduit de l'anglais) (Annexe 4). Concernant le SARS-CoV-2, l'estimation du R_0 variait entre « *0,4 et 4,6* » (Moser, 2020, p.123), donc un individu porteur du virus infectait entre 1 à 4 autres individus, néanmoins certaines mutations du virus ont modifié cette équation, tel le variant Omicron qui était plus transmissible (CSS n°9689, 2022). Selon Randolph et Barreiro (2020, p.5) il existerait deux approches pour obtenir une immunité collective : « *(1) une campagne de vaccination de masse, qui nécessite le développement d'un vaccin efficace et sûr, ou (2) une immunisation naturelle des populations mondiales avec le virus au fil du temps* » (traduit de l'anglais). Pour Englert (2021), la seconde approche dans le contexte de la Covid-19, s'accompagnerait d'un « *carnage en terme de mortalité* », et pour Belkhir (2021) la vaccination

permet de « *donner de l'avance à notre immunité adaptative* », ainsi la vaccination est donc apparue comme l'approche la plus raisonnable.

En 2020, en l'absence de traitements, les recherches et développement d'un vaccin contre la Covid-19 deviennent une priorité, cela a suscité un élan de mobilisation internationale et pluridisciplinaire sans précédent pour une course au vaccin (Moser, 2020), aussi la production et la vérification des vaccins se sont faites dans un laps de temps révolutionnaire.

En Belgique, sept vaccins sont proposés actuellement (après l'autorisation délivrée par l'Agence Européenne des Médicaments) : les vaccins à ARN messagers de Pfizer/BioNTech et Moderna, le vaccin à vecteur viral de J&J et le vaccin à protéine recombinante de Novavax, enfin les vaccins adaptés du variant Omicron (Sciensano, 2022) (Annexe 2bis). Deux injections sont nécessaires en primovaccination pour chaque vaccin, excepté pour le vaccin de J&J où une dose est suffisante. Puis, pour l'ensemble des vaccins on préconise des doses de rappel d'un vaccin ARNm pour les adultes (Sciensano, 2022).

Avec du recul, nous avons vu que les vaccins contre la Covid-19 n'empêchent pas de contracter la maladie mais il protège contre les formes graves (Oliu-Barton et al., 2021), et complète les mesures barrières de prévention (Guével-Delarue, 2020). Aussi, les différents variants de la Covid-19 impactent l'efficacité du vaccin (Clumeck, 2021). Néanmoins, selon WHO (2022), les vaccins ont montré leur efficacité puisque le nombre d'hospitalisation, de comorbidité et mortalité ont diminué. Le vaccin permettrait une moins grande transmission entre individus, soit un R_0 inférieur que sans vaccination (Rhodes et Lancaster, 2022). Dans ce contexte, l'immunité collective est nécessaire à court terme afin de protéger les personnes les plus à risque de la Covid en limitant la propagation du virus et les formes graves (Moser, 2020), en effet, tous les individus ne peuvent pas être vaccinés : ceux qui ont des affections préexistantes qui sont des contre-indications pour certains vaccins (OMS, 2020), les jeunes, les immunodéprimés (Randolph et Barreiro, 2020), mais ces personnes bénéficieront d'une protection indirecte grâce à une couverture vaccinale traduisant une proportion importante d'individus immunisés au niveau de la population (Randolph et Barreiro, 2020) et donc limitant le nombre possible d'infections (Annexe 5).

L'objectif de la vaccination mondiale contre la Covid-19, pour WHO (2021) est de diminuer la mortalité et les hospitalisations, limiter l'impact sur le système de santé, et reprendre l'activité socio-économique, puis réduire la transmission à l'ensemble de la population et l'apparition de nouveaux variants.

3. Contextualisation

a) La stratégie vaccinale de la Covid-19 en Belgique

Pour répondre à la crise pandémique, la Belgique a mis en place le Commissariat Corona du gouvernement avec la Task Force Vaccination pour développer la stratégie vaccinale. La vaccination des plus de 18 ans est dans les mains des entités fédérées, mais la loi corona permet qu'en gestion de crise le fédéral participe à la centralisation des décisions. Rappelons que la pandémie est apparue alors que la Belgique était sans majorité gouvernementale depuis fin 2018 (Van Oost et al. 2022), le gouvernement De Croo a été mis en place en octobre 2020.

Fin décembre 2020, en pleine 2e vague, les premiers vaccins ont reçu l'autorisation d'être mis sur le marché et distribués en Belgique. La Conférence Interministérielle de Santé publique a défini une stratégie de vaccination avec pour objectif de « *vacciner au moins 70% de la population* », par ailleurs, la vaccination est « *volontaire et gratuite pour chaque citoyen* », et le programme est « *cofinancé par le gouvernement fédéral et les entités fédérées* ». Des groupes prioritaires sont identifiés sur base d'avis scientifique et d'un débat sociétal (Commissariat du gouvernement, 2020, p.2) puisqu'au départ, un nombre limité de vaccins était disponible. Ainsi, la campagne de vaccination a été organisée en phases successives (Annexe 6), les groupes prioritaires faisaient partie de la phase Ia et Ib, puis la vaccination s'est étendue à l'ensemble de la population en phase II. Ainsi, c'est à partir de juin 2021 que les jeunes adultes de 18-24 ans (sans comorbidité) ont pu se faire vacciner (Annexe 6).

La Régions de Bruxelles-Capitale (RBC) a développé diverses structures de vaccination contre la Covid-19, tel que les grands centres de vaccination répartis sur l'ensemble du territoire. Puis des dispositifs « *leave no one behind* » tel que des antennes locales (dans les communes ou CPAS), les Vacci-Bus, les Vacci-Corner etc, sur des lieux très passants afin d'augmenter l'accessibilité (Thunus et al. 2021). En termes de communication, un courrier, sms ou mail a été envoyé à chaque citoyen bruxellois afin de les tenir informer lorsqu'ils pouvaient se faire vacciner.

La couverture vaccinale doit être suffisante pour arriver à une immunité de groupe, or l'objectif d'avoir une couverture vaccinale de 70% utilise en dénominateur l'ensemble de la population belge, et la vaccination, au début, n'étant pas ouverte au moins de 18 ans, il fallait alors susciter l'adhésion vaccinale de plus de 70% des personnes de plus de 18 ans.

b) Les jeunes adultes Bruxellois

Dans cette étude, les « jeunes adultes » désignent les personnes de **18 à 24 ans**.

Quelques chiffres, selon l'IBSA (2022), au 1^{er} janvier 2022, la part des jeunes de 18-24 ans à Bruxelles est de 106 379 sur un total de 1 222 637 habitants (soit 8,7% de la population de la RBC). Notifions que la population bruxelloise est différente de celle des deux autres régions en termes de structure d'âge, en effet, selon l'IBSA (2022), l'âge moyen, au 1^{er} janvier 2022, est de 37,8 ans, comparé à la Flandre (43 ans) ou la Wallonie (41,8 ans), la RBC est donc la région la plus jeune du pays. Il existe également une disparité de la répartition des 18-24 ans entre les 19 communes de la RBC (Annexe 7). Par ailleurs, selon l'IBSA (2019), les Bruxellois de 18-24 ans sont principalement des étudiants universitaires et de hautes écoles, mais aussi des jeunes adultes qui viennent d'entrer sur le marché du travail. Aussi, la plupart des jeunes de cette tranche d'âge habiterait encore chez leurs parents, hormis les jeunes nationaux ou internationaux venant étudier à Bruxelles qui, eux, logent dans des Kots ou chambres étudiantes. En effet, Bruxelles est une ville cosmopolite, avec 183 nationalités différentes (IBSA, Stabel, 2021). Par ailleurs, selon Statbel (2022), en 2021 le taux de NEET (jeunes ne suivant ni enseignement, ni formation et n'exerçant aucun emploi), de la population des 15-24 ans, s'élève à 9,7% à Bruxelles, un taux supérieur à la Flandre (6%) ou à la Wallonie (9%). Le comportement des 18-24 ans est donc un des défis de santé publique, dans une optique de promotion de la santé, si nous voulons sensibiliser les 8,7% de la population de la RBC.

Les jeunes adultes à l'ère de la Covid-19, plusieurs études ont mis en évidence les conséquences (personnelles, sociales, sociétales, économiques, etc.) de la pandémie de Covid-19 sur les jeunes populations. Ces derniers seraient les plus touchés par le confinement (Glowacz et Schmits, 2020), mais selon Rens et al. (2021), les jeunes ont été un groupe « *souvent oublié* » lors de cette pandémie, l'attention étant portée sur les groupes à risque et vulnérables (personnes âgées, ayant des comorbidités, etc.). Selon l'enquête de la COCOM (2020) les jeunes ont eu le sentiment d'être abandonnés, incompris et leurs besoins ou difficultés non pris en considération.

Selon une étude menée en Belgique sur les jeunes de 16 à 25 ans, par Rens et al. (2021), bien que les jeunes soient les moins à risque aux effets physiques de la Covid-19 (Fisher et al., 2021), et contractant, pour la plupart, des formes moins sévères (Assailly, 2022 ; Aujoulat et al., 2021), ils sont sujets à des **répercussions sur leur santé mentale**. La jeunesse belge est fortement impactée par les effets de la pandémie, que ce soit avec les mesures restrictives mises en place, notamment en terme de relation sociale, (OCDE, 2020 ; Rauschenberg et al., 2021),

mais aussi, selon Glowacz et Schimts (2020), face à l'incertitude de cette crise pandémique (durée, confinements, mesures restrictives, conséquences sur le bien-être, l'emploi et la formation, etc.). Ces répercussions psychologiques, se traduiraient par des troubles dépressifs, du sommeil, de l'alimentation, et aussi, des angoisses, de l'anxiété, des peurs, des consommations addictives, etc. (Baccichet, 2020 ; Question Santé ASBL, 2021 ; Rens et al., 2021). Selon Volk et al. (2021), des jeunes adultes auraient adopté des stratégies d'adaptation et de résolution de problèmes face aux restrictions (tel que ne pas respecter les couvre-feux, la consommation d'alcool, etc.).

La pandémie a également accentué **la précarité sociale** des jeunes adultes (< 25 ans) étant plus susceptibles d'être sans emploi (Jauffret-Roustide et al., 2021 ; OCDE, 2020), puisque la plupart des emplois étudiants étaient à l'arrêt (secteurs de l'Horeca ou événementiel), ces derniers ont donc fait face à des difficultés financières (Baccichet, 2020).

D'autre part, selon Mandjombe et al. (2022), certains voyaient les jeunes comme des **vecteurs de transmission du virus** dans la population, d'autant qu'ils ont tendance, selon Assailly (2022) à avoir de grands réseaux sociaux, et seraient plus susceptibles de contracter le virus (Chen et al., 2022). Aussi, selon la recherche de l'UCLouvain sur les gestes barrières (Bigot et al., 2021), ce seraient les jeunes adultes de 18 à 35 ans qui suivaient le moins les comportements sanitaires. Selon l'enquête de la COCOM (2020), les mesures les plus difficiles à respecter mais aussi à vivre, pour les jeunes bruxellois de 18 à 25 ans, étaient les « *limitations des contacts sociaux* ». En effet, ils avaient l'impression d'être privés de l'essentiel de leur jeunesse (voir leurs amis, leurs proches, travailler/étudier « normalement »).

Les jeunes ont fait l'**objet de polémique**, ils étaient souvent présentés comme « *insouciant et parfois même 'inconscients'* » (Baccichet, 2020, para.8) et ne respectant pas les mesures du Codeco, par exemple lors du rassemblement au Bois de la Cambre le 1^{er} avril 2021 (M.F., 2021) période où le couvre-feu était à 22h et que le port du masque était de rigueur. Pour Favresse et Geurts (2022, p.11) la communication officielle a été « *stigmatisante et culpabilisante envers, plus particulièrement, les jeunes* ».

Pour finir, nous pouvons dire que la pandémie de **Covid-19 a altéré la santé des jeunes adultes**, puisque, selon la définition de l'OMS (1946), la santé « *est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », elle ne se définit pas simplement comme l'absence de maladie.

c) Quelques chiffres sur l'état vaccinal des jeunes adultes bruxellois

Dès l'arrivée des vaccins contre la Covid-19 et de la campagne de vaccination massive, la population semblait partagée entre différentes émotions, « *soulagée, impatiente, inquiète, hésitante, suspicieuse* » (Cultures & Santé ASBL, 2021). Rappelons que les jeunes sont considérés comme la population la moins à risque face à la Covid-19 (Fisher et al., 2021), alors que l'on a imposé des mesures restrictives pour protéger les personnes plus vulnérables (personnes âgées et/ou ayant des comorbidités), maintenant, selon l'ASBL Question Santé (2021) « *on leur demande de la jouer 'collectif' et de se faire vacciner* ».

La Belgique enregistre un taux de vaccination de 77,94% (tout âge confondu) au 1^{er} mars 2022 (covid-vaccinatie, 2022). Les réalités ne sont pas les mêmes sur l'ensemble du territoire ainsi que par groupe d'âge, ce seraient les 25-34 ans les moins vaccinés, alors qu'à Bruxelles ce sont les 18-24 ans (Annexe 8) (Sciensano, 2022). Aussi, on observe une disparité du taux de vaccination des 18-24 ans entre les régions, avec un taux nettement inférieur à Bruxelles où environ **56,82%** seraient vaccinés au 1^{er} mars 2022¹ (Annexe 9), contrairement aux autres régions (80,23% pour la Wallonie et 88,42% pour la Flandre). Si nous nous intéressons davantage aux jeunes adultes bruxellois, nous voyons que la période de forte vaccination s'est déroulée de mi-juin 2021 à décembre 2021 (Annexe 10), par ailleurs le taux actuel de primovaccination (au 22 novembre 2022) est de **57,52%**, donc proche de celui de mars 2022. D'autre part, à partir de décembre 2021, nous voyons l'adoption de la première dose de rappel, en mars 2022 cette dernière a été réalisée par environ ¼ des 18-24 ans.

Peu de comparaison peuvent être faite par rapport aux autres vaccinations proposées, les schémas de vaccination étant différents. Le vaccin contre la Covid-19 semble plutôt similaire à celui de la Grippe (avec des rappels annuels, des vaccins actualisés en fonction de la mutation du virus etc.), cependant les jeunes adultes sont moins concernés pour cette vaccination. Les derniers vaccins qu'ils ont probablement faits, suivant le calendrier vaccinal (Annexe 3) sont le vaccin contre le Tetanos (entre 15 et 16 ans avec un rappel tous les dix ans), et celui contre le Papillomavirus (HPV) (fait entre 9 et 14 ans, ou en rattrapage entre 15 et 26 ans), ce dernier est une vaccination en 2 doses, à 6 mois d'intervalles. Selon l'enquête de vaccination en 2018 de Sciensano (2019), le taux de couverture du vaccin HPV est de 58,5% chez les 20-24 ans et varie aussi en fonction des régions (71,2% en Flandre, 41,1% en RBC).

¹ Les données chiffrées datent de mars 2022, soit juste avant les focus groups

4. Les facteurs influençant l'opinion vaccinale des jeunes adultes

Nous avons vu précédemment l'état de l'adhésion vaccinale des jeunes adultes bruxellois à travers des données chiffrées, voyons maintenant les leviers et les freins quant à la décision de se faire vacciner. Selon plusieurs études et la littérature, les **raisons principales des jeunes à se faire vacciner** étaient : d'aider la société à combattre la pandémie, une vision altruiste de protéger les personnes à risque, mais aussi se protéger soi-même, dans l'espoir d'un retour « à la normale » (recouvrir plus de liberté, voyager, retrouver ses activités, etc.) (Fisher et al., 2021 ; Question Santé ASBL, 2021 ; YAC, 2021). De nombreux **freins** ont aussi été identifiés dans la littérature, qu'ils soient propres au vaccin contre la Covid-19 ou sur la vaccination en général ; la peur des effets secondaires sur le long terme (dont celle de l'infertilité), l'efficacité du vaccin, le manque de recul, la crainte quant à l'innocuité du vaccin, la méconnaissance du vaccin à ARNm. Mais aussi la nécessité dans la mesure où l'individu a déjà contracté la maladie et développer des défenses immunitaires ou bien la peur de contracter la Covid-19 suite au vaccin. Puis également, le manque de confiance envers les autorités, le manque d'informations, la faible perception du risque de la Covid-19 ou de ses effets. Ou plus spécifiquement, la peur des injections et des doses de rappel (Fisher et al., 2021 ; Joshi et al., 2021 ; Neumann-Böhme et al., 2020 ; Question Santé ASBL, 2021 ; Sciensano, 2021 ; Thunus et al., 2021 ; Verger et al., 2021 ; YAC, 2021). Aussi, selon Van Oost et al. (2022), la réticence à la vaccination serait plus répandue chez les jeunes.

Nous allons maintenant voir que l'ensemble de ces leviers et freins quant à la décision de se faire vacciner font partie de facteurs plus larges qui semblent influencer ce que le groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) de l'OMS a nommé **l'hésitation vaccinale**, définie comme un « *retard dans l'acceptation ou au refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination* » en spécifiant qu'elle est « *complexe et spécifique, variant selon le temps, le lieu et les vaccins* » (MacDonald et SAGE, 2015, p.4 – traduit de l'anglais). Depuis janvier 2019, l'OMS classe l'hésitation vaccinale parmi les « *principales menaces pour la santé humaine dans le monde* » (Moser, 2020, p.125).

Par ailleurs, il n'y a pas seulement des pro-vaccins ou des anti-vaccins, mais il y a une part importante de personne entre ces deux extrémités, les hésitants ; ainsi les comportements et opinions à l'égard de la vaccination peuvent être interprétés tel un continuum des différents niveaux entre l'acceptation totale et le refus total (Dubé et al., 2014) (Annexe 11). Dans ce continuum, certaines personnes peuvent être réticentes quant à la vaccination de la Covid-19, mais accepter les autres vaccinations (OPS, 2021) ou inversement, d'autres personnes se

feraient vacciner mais en restant préoccupées par les effets du vaccin, ou encore certaines refusent tous les vaccins (UNICEF, 2020), suivant des arguments tel que « *laisser faire la nature* », la religion, l'argument du « *Big pharma (la vaccination est aussi une affaire politique et économique)* » (Di Scala, 2021, p.23). Ce continuum, dans un contexte pandémique, est un ralentissement dans l'obtention rapide d'une immunité collective souhaitée par le gouvernement, puisque certaines personnes ont besoin de temps pour prendre leur décision.

Selon le groupe SAGE, l'hésitation vaccinale serait aussi influencée par la complaisance (le perception du risque de la Covid-19), la commodité (l'accès au vaccin) et la confiance (à l'égard du vaccin), repris dans le modèle « 3Cs » (Annexe 12) (Lazarus et al., 2021 ; MacDonald, et SAGE, 2015). Par ailleurs, selon Kessels et al. (2020, p.3) « *les niveaux d'hésitation semblent plus élevés dans le contexte du vaccin contre la Covid-19* » (traduit de l'anglais).

Le groupe SAGE a également développé une matrice distinguant trois groupes des déterminants à l'hésitation vaccinale, les facteurs individuels et sociaux, les facteurs contextuels et les facteurs spécifiques au vaccin (MacDonald et SAGE, 2015) (Annexe 13). Avant cela, Dubé et al. (2013) proposaient un modèle conceptuel sur l'hésitation vaccinale, où la décision individuelle de se faire vacciner dépendrait d'un certain nombre de facteurs : la communication, les recommandations, les politiques de santé publique et le contexte historique, politique et socio-culturel ; l'ensemble serait influencé par la confiance de l'individu (Annexe 14).

Afin d'aborder au mieux, les facteurs influençant l'acceptation vaccinale, je vais combiner les modèles de Dubé et la matrice du groupe SAGE pour développer la suite du cadre théorique.

a) La motivation

La motivation est un moteur dans l'intention vaccinale, il en existe différents niveaux.

La motivation intrinsèque, où l'individu agit pour le plaisir, en fonction de sa satisfaction ou de son intérêt perçu (Ryan et Deci, 2000), soit ici l'intention de se faire vacciner selon ses opinions et valeurs, pour se protéger (Moore et al., 2022 ; Waterschoot et al., 2022). Cette motivation serait celle qui serait le plus durable et qui prédirait une meilleure observance dans l'adhésion vaccinale, car selon Van Oost et al. (2022), les personnes conviennent des effets avantageux de la vaccination, notamment pour protéger ses proches (Schmitz et al., 2021).

La motivation extrinsèque, où l'individu agit selon une pression externe en vue d'obtenir un résultat (Ryan et Deci, 2000). Cette motivation serait de courte durée voire même impacterait négativement l'adhésion, car selon Van Oost et al. (2022, p.2), les personnes « *se sentent obligées de se faire vacciner pour éviter la désapprobation des autres ou se sentent séduites* ».

pour obtenir une récompense en échange de l'effort fourni (pouvoir voyager ou assister à de grands événements publics) » (traduit de l'anglais).

L'amotivation, c'est une absence totale de motivation basée soit sur la méfiance ou sur l'effort (Schmitz et al., 2021), par exemple l'individu perçoit un manque de ressource ou des obstacles tel que « *la distance jusqu'à un centre de vaccination ou le temps nécessaire pour mener à bien le plan de vaccination* » (Van Oost et al., 2022, p.2 – traduit de l'anglais).

Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, la motivation des individus est évolutive (Annexe 15), elle tend à diminuer lorsque les mesures semblent incohérentes, alors qu'elle est maximale lorsque les mesures sont jugées pertinentes (Symposium du Baromètre de la motivation, 2022).

b) Les facteurs individuels

La confiance est au centre de la décision individuelle de se faire vacciner, selon le modèle de l'hésitation vaccinale de Dubé et al. (2013) (Annexe 14) et est également souvent retrouvée dans la littérature. Or, dans ce contexte pandémique, la confiance des citoyens a été fortement impactée « *avec des incertitudes scientifiques majeures, des évolutions sanitaires changeantes, des informations abondantes, confuses et complexes, dans une réalité politique nationale morcelée, engendrant l'adoption de mesures parfois incohérentes/contradictaires* » (Question Santé, 2021). La confiance envers les gouvernements, la gestion de la pandémie, les experts (Oliu-Barton et al., 2021), les secteurs pharmaceutiques, les professionnels de santé et les médias traditionnels (Baromètre de la motivation, rapport 23, 2021) prédirait positivement l'intention des personnes à se faire vacciner contre la Covid-19 (Soveri et al., 2021 ; Van Oost et al., 2022). Selon l'analyse de l'ORM (Lits et al., 2020), les jeunes de 16-25 ans auraient une confiance plus élevée que les autres classes d'âge envers les experts scientifiques puis le gouvernement fédéral, et l'ensemble des citoyens accorderait plus de compétences aux personnels de santé et aux experts (Baromètre de la Motivation - Rapport 23, 2021). Cette confiance serait favorisée en travaillant et élaborant les campagnes vaccinales avec la participation des personnes ou des représentants (MacDonald et Dubé, 2020), et également si le « *gouvernement justifie explicitement sa politique de vaccination et communique toutes les informations de façon transparente* » (participation citoyenne de Sciensano, 2021, para.2).

Au contraire, cette confiance pourrait être impactée par la désinformation en ligne (MacDonald et Dubé, 2020), et une **défi**ance serait une « *fenêtre d'opportunité pour l'émergence de **théories de complot*** » (Giry, 2022, p.4), que l'on pourrait définir par des tentatives de trouver une cause pour des événements inexplicables, qui impliquerait des groupes puissants et malveillants (M.

Douglas et al., 2019). Ces croyances seraient prédisposées à apparaître dans des situations de crise et incertaines (Bertin et al., 2020 ; Giry 2022), il n'est pas surprenant que dans le contexte de la pandémie de Covid-19, de nombreuses théories du complot soient apparues, comme l'origine de la maladie (Giry, 2022), qui servirait à masquer les effets du développement de la 5G (Giry, 2022) etc. L'exposition aux théories du complot anti-vaccin entraînerait une attitude moins favorable quant à l'intention de se faire vacciner contre la Covid-19, ou à accepter les mesures préventives (Bertin et al., 2020 ; Soveri et al., 2021 ; Van Oostet al., 2022). Nous parlerons de la confiance à l'égard du vaccin par la suite.

La perception du risque, c'est de percevoir la Covid-19 menaçant pour la santé (pour soi-même ou pour les autres), par exemple la probabilité d'être infecté, la gravité de la maladie, etc. (Baromètre de la Motivation – Symposium, 2022). La perception du risque dans le contexte de la pandémie actuelle, serait liée avec l'adhésion vaccinale (Schmitz et al., 2021).

La plupart des jeunes adultes de 18-25 ans se sentent moins concernés avec une moindre perception du risque lié à la Covid-19 (Aujoulat et al., 2021 ; Lits et al., 2020) cela pourrait s'expliquer puisque c'est un groupe qui présente, dans la majorité des cas, peu de forme grave (Clumeck, 2021). Notons, cependant que les jeunes perçoivent le risque pour leurs proches, selon l'enquête de la COCOM (2020). Par ailleurs, la perception du risque semble avoir évolué au cours du temps, notamment en fonction des variants, par exemple le variant delta est plus sévère alors que le variant Omicron est très contagieux, mais moins sévère (Baromètre de la Motivation, Symposium 2022), cela a également diminué les motivations volontaires. Aussi, selon WHO (2020), la menace perçue du SARS-Cov-2 a diminué avec le temps, puisque les personnes s'habitueraient à vivre avec le virus. Pour finir, il semblerait y avoir un niveau différent de perception des risques entre les personnes vaccinées et non vaccinées (Baromètre de la Motivation - Rapport 35, 2021 ; Symposium, 2022). Les vaccinés estimeraient que les risques d'une infection grave sont plus élevés que les non vaccinés (Annexe 16).

L'expérience passée influencerait aussi la décision vaccinale des individus (Dubé et al., 2013) et chaque personne a son propre avis au sujet de la vaccination (Guével-Delarue, 2020). Pour Di Scala (2021) des expériences passées négativement semblent alimenter une méfiance (par exemple avoir contracté des effets secondaires lors d'une ancienne vaccination). Aussi dans le rapport Vacessible, Thunus et al. (2021, p.27) font part que « *le risque de contracter la maladie malgré la vaccination mène beaucoup de personnes rencontrées à ne pas*

percevoir l'intérêt de se faire vacciner » et d'autant plus avec « l'expérience passée d'une forme bénigne de la Covid-19 ».

La littératie en santé c'est « *les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour repérer, comprendre, évaluer et appliquer les informations sur la santé afin de porter des jugements et de prendre des décisions* » concernant la santé (Sørensen et al., 2021, p.3 – traduit de l'anglais). Dans le contexte de la vaccination contre la Covid-19, la littératie en santé pourrait se définir comme la capacité des personnes à accéder à l'information sur les vaccins, comprendre, interpréter et évaluer l'impact et les informations, afin de prendre une décision éclairée en connaissances des risques (individuels et sociétaux). En Belgique, 35% de la population déclare « *avoir de la difficulté à obtenir, comprendre et juger les informations concernant leur santé* » (Van den Broucke, 2021, para .3). Par ailleurs, un des problèmes est la surabondance d'informations en santé (via les médias, réseaux sociaux, etc.), ainsi cela devient compliqué pour les personnes de faire le tri pour trouver la bonne information (Van den Broucke, 2021). Une faible littératie en santé aurait un lien avec une faible observance des mesures selon Vanderplanken et al. (2021), ainsi, ces auteurs préconisent d'essayer d'améliorer la compréhension des mesures au lieu de seulement les communiquer.

Le biais de confirmation a lieu, selon MacDonald et Dubé (2020, p.2), « *lorsque les individus cherchent, sélectionnent et retiennent les informations qui confirment leurs convictions existantes, et ils ne les évaluent pas avec objectivité* ». Ainsi, les individus accepteraient plus facilement les explications ou messages qui vont dans leur sens, et au contraire, rejetteraient les autres (Seebach et Ribic, 2021). Le biais de confirmation est d'autant plus présent dans le contexte de la pandémie de Covid-19 puisque les personnes cherchent activement des informations (UNICEF, 2020), et font face à une multitude d'informations, parfois non fondées, aussi à des messages de personnes réfractaires aux vaccins, ou à l'inverse sensibles aux vaccins. Les informations que nous regardons, peuvent renforcer ou stimuler notre position sur le continuum de l'hésitation vaccinale, puisqu'apparemment « *cinq à dix minutes passées sur un site anti-vaccins peuvent suffire à infléchir la décision d'accepter le vaccin* » (MacDonald et Dubé, 2020, p.2). De plus, les réseaux sociaux recommandent des contenus à leurs utilisateurs suivant un algorithme (Média Animation ASBL, 2021 ; UNICEF, 2020), ainsi les personnes peuvent vite se conforter dans leurs convictions personnelles.

D'autres facteurs individuels, que nous ne développerons pas ici, peuvent également influencer l'individu dans la décision de se faire vacciner, comme par exemple la norme culturelle, les convictions religieuses, les préférences de la médecine alternative, mais également les facteurs démographiques (l'âge, la formation, etc.). En effet, des études ont montré que « *les femmes, les jeunes adultes, les chômeurs et les personnes ayant un statut socio-économique inférieur sont moins susceptibles de se faire vacciner* » (Wismans et al., 2021, p.3 – traduit de l'anglais).

c) Les facteurs sociologiques

La responsabilité sociétale, selon Moser (2020), la vaccination serait un « *devoir sociétal* » et non seulement une responsabilité individuelle, afin d'assurer des protections collectives et d'éradiquer les maladies. Ainsi, on se vaccine « *pour soi-même, mais aussi pour protéger ses parents, ses enfants, ses proches, ses collègues et les autres membres de la collectivité qui ne peuvent pas être vaccinés parce que malades ou trop jeunes* » (SPF, 2022, p.3), comme vu précédemment selon le principe d'immunité collective et de solidarité.

Néanmoins, il semblerait qu'une *fracture des jeunes adultes bruxellois* soit apparue lors de cette pandémie (Question Santé ASBL, 2021), puisque peu écoutés au début de la pandémie, on leur demandait de se faire vacciner pour protéger les autres. De plus, selon Gaudray et al. (2021, p.32), promouvoir de « *se faire vacciner pour les autres* » ne serait pas un levier dans cette pandémie, « *en revanche, se faire vacciner pour soi, surtout si on est exposé à de nombreux contacts sociaux, pour protéger un proche âgé et/ou atteint d'une maladie chronique est bien plus efficace* ». D'ailleurs, selon l'enquête de la COCOM (2020), les motivations à adopter les comportements seraient essentiellement liées aux facteurs externes, et de ne pas infecter ses proches.

La norme sociale, selon Dubé et al., (2013, p.3), est un « *moteur potentiellement puissant de l'acceptation du vaccin* » (traduit de l'anglais), aussi pour Van Oost (2022) on serait « *plus enclin à partager les croyances de nos proches* ». Cependant, cette norme sociale peut également être sujette de « *pression sociale* », et nous avons observé une division ou « *dualisation de la société selon l'état vaccinal* » ainsi qu'une « *polarisation croissante entre vaccinés et non-vaccinés* » (UNIA, 2021, p.20, p.23), cela a entraîné des *tensions au sein de la société* (Baromètre de la Motivation - Rapport 39, 2022). Rappelons que la vaccination n'est pas obligatoire en Belgique, mais selon Culture & Santé (2021) « *les personnes ne souhaitant pas se faire vacciner pourraient être pointées du doigt, culpabilisées, tenues responsables du*

maintien de l'épidémie (ou de certaines mesures sanitaires) voire exclues socialement ». Selon l'OMS (2020) réduire la stigmatisation est essentiel dans ce contexte de pandémie, en effet, par exemple par peur de stigmatisations, certaines personnes non vaccinées cacheraient le fait de ne pas l'être. Aussi, les personnes non vaccinées rapportent éprouver « *moins d'autonomie (sentiment de liberté, de pouvoir déterminer sa propre vie) et moins de relations (relations chaleureuses avec les autres)* », et en particulier ils se sentent « *de plus en plus exclus des groupes auxquels ils aimeraient appartenir* » (Baromètre de la Motivation - Rapport 39, 2022, p.15). Certains politiques auraient d'ailleurs appuyé cette polarisation, avec une communication entraînant davantage un clivage de la population entre les « *bons citoyens* » vaccinés, et les « *mauvais* » (Thunus et al., 2021, p.35).

L'influence sociale : d'un point de vue sociologique, les jeunes s'influencent entre eux et sont des référents identitaires, pour (Touboul Lundgren et al., 2017, p.9), « *l'influence des pairs est donc importante à prendre en compte dans la conception des outils et le contenu des messages de prévention* ». Ce groupe d'âge fait attention aux normes sociales, c'est pourquoi Wismans et al. (2021) propose de faire appel à des pairs, comme l'ASBL Question Santé (2021) qui parle de « *jeunes ambassadeurs* » qui seraient capables « *de discuter, d'entendre les points de vue, sans faire la morale, d'expliquer pourquoi ils sont vaccinés, que cela n'a pas été compliqué d'un point de vue logistique, et de dire les avantages qu'ils en retirent* ». Cet intermédiaire renforcerait l'intérêt du message et « *permettrait de développer des similarités d'attitudes* » (Malengreaux et al., 2021, p.11). De plus, l'éducation par les pairs est un « *modèle de transmission horizontale d'informations, dont l'efficacité semble supérieure à celle, verticale, des adultes et des professionnels* » (Le Grand, 2012, p.2). Aussi, selon l'INSPQ (2020, p.9) « *Lorsqu'un comportement est valorisé au sein du ou des groupes auxquels les personnes s'associent, la probabilité qu'il soit adopté augmente* ». La pandémie de Covid-19, et notamment la vaccination ont donné lieu à des campagnes, des sites d'informations et d'échanges fait en co-construction « par » et « pour » les jeunes, tel que le web documentaire 'MélanCovid', la campagne de sensibilisation 'Chaque vie compte' et celle d'information sur la vaccination 'Tu doses pas ?' (Annexe 17), des campagnes ciblées pour les jeunes et relayées sur des canaux utilisés (Facebook, Instagram, etc.). Je trouve aussi important de parler de *l'influence des parents*, selon l'INSPQ (2014, p.25), « *L'attitude favorable ou défavorable des parents à l'égard des vaccins avait une forte influence sur la décision de l'adolescente* », les jeunes adultes ne sont plus des adolescents, néanmoins, nous avons vu que la majorité de cette population vit au domicile parental, cela pourrait avoir une incidence sur leur positionnement

quant au sujet de la vaccination. D'ailleurs, selon AlShurman et al. (2021, p.32) la plupart des études ont souligné « *le rôle de la famille et des pairs pour convaincre les individus d'accepter les vaccins COVID-19* » (traduit de l'anglais). Aussi, « *la pression sociale des amis et de la famille a été signalée par les adoptants hésitants* » (Moore et al., 2022, p.6 – traduit de l'anglais), le facteur social semble représenter un facteur pour l'adhésion de la vaccination.

d) Les facteurs contextuels

La fatigue pandémique, depuis quasiment trois ans la population mondiale vit au rythme de la Covid-19, cette pandémie durant dans le temps, l'OMS (2020) parle d'une « *fatigue pandémique* », puisque la population rencontre des difficultés à respecter et adhérer aux mesures gouvernementales et suivre les comportements recommandés sur le long terme. En effet, selon l'enquête de la COCOM (2020, p.1), « *face à un avenir incertain, beaucoup de jeunes Bruxellois avouent qu'il est difficile pour eux de rester motivés et engagés dans la lutte contre le coronavirus* ». Cela aurait aussi un impact sur la motivation à la vaccination, et notamment sur les doses de rappel, avec la diminution de la perception du risque (OMS, 2020 ; Symposium Baromètre de la motivation, 2022). En effet, fin 2021, selon la 9^e enquête de Sciensano (2022, p.13), concernant la 3^e dose, « *de nombreux jeunes adultes vaccinés ont déclaré qu'ils ne savaient pas (encore) s'ils accepteraient ou pas l'invitation pour une dose de rappel* » (Annexe 18). Le Baromètre de la Motivation (2022) a aussi constaté cette diminution générale concernant l'intention de se faire vacciné en fonction des doses de rappel (3^e, puis 4^e dose) (Annexe 19).

Afin de contrer cette fatigue pandémique, l'OMS (2020) propose une série de stratégies à destination des gouvernements, afin de maintenir l'adhésion et les efforts des citoyens dans les comportements. Ces stratégies ont pour visée de s'intéresser aux citoyens : les comprendre, connaître leurs difficultés, les entendre et les faire participer aux processus de décision, etc. (WHO, 2020). L'OMS recommande également aux gouvernements d'être transparents, cohérents, prévisibles, équitables et aussi de coordonner leur communication afin d'éviter les messages contradictoires.

Les mesures gouvernementales, dans ce contexte de pandémie, certains ont souligné un *manque de cohérence* dans les recommandations, avec des messages contradictoires (Soveri et al., 2021), par ailleurs, les jeunes auraient également une faible confiance dans l'utilité des mesures gouvernementales (Aujoulat et al., 2021) considérées comme « *inégalitaires ou*

injustes » (Thunus et al., 2021, p.29). Selon l'UNIA (2020, p.7) les mesures restrictives gouvernementales mises en place pour limiter la propagation du virus ont « *entraîné une limitation importante et généralisée des libertés de tous pour assurer la sécurité de chacun* », tant les **libertés** individuelles (se réunir, voyager, etc.) que les libertés collectives (droit aux loisirs, à la santé, à l'enseignement, etc.). Cependant, les aspects liberticides en temps de pandémie sont loin d'être nouveaux, et certains rappellent également que la vie en société limite les libertés individuelles (Gaudray et al., 2021), puisque « *ma liberté s'arrête là où commence celle des autres* » et elle peut « *faire l'objet de restrictions, pour des raisons sanitaires ou sécuritaires* » (Clumeck, 2021, p.121). Par ailleurs, le 15 octobre 2021, un **CST**² (Covid Safe Ticket) a été mis en place à Bruxelles, pour accéder à des événements, structures, etc., selon le statut vaccinal, le fait d'avoir contracté la maladie, ou en alternative un test PCR/antigénique négatif. Selon une participation citoyenne de Sciensano (2021, para.3), il y a eu une division autour du CST, certains pensant qu'il menait à « *discriminer et stigmatiser les individus, ce qui est contraire aux principes démocratiques, tels que la liberté de choix* » alors que le GEMS affirmait que le CST « *doit être considéré comme un outil de sécurisation plutôt que comme un ticket pour la liberté ou une obligation déguisée de vaccination* » (UNIA, 2021, p.29). Ainsi, le CST semblait plus acceptable par les personnes si le but était la sécurité (de diminuer la propagation du virus), et inversement non acceptable si il était perçu comme un outil de contrôle où selon le lieu où il était demandé (Van Oost, 2022). D'autre part, les personnes vaccinées semblaient plus approuver le CST, et des personnes hésitantes reconnaissaient que cela pouvait être un moyen de les motiver à se faire vacciner. Néanmoins, il existe aussi une corrélation négative dans l'intention de se faire vacciner s'il est perçu comme une source de polarisation, d'incitation et de moyen détourné de rendre la vaccination obligatoire (Clumeck, 2021 ; Baromètre de la Motivation - rapport 26, 35, 2021). Or, l'entrave à la **liberté** individuelle est une raison souvent avancée dans le refus à la vaccination (Grimaud, 2021), alors que d'autres voient la vaccination comme un retour possible vers plus de liberté, comme vu précédemment. Enfin, selon le CSS n°9662 (2021, p.14) « *il est important d'inclure les jeunes dans les décisions, leur donner une voix et engager des représentants dans les groupes décisionnels* ».

Le nudge consiste en la modification du contexte environnemental (Reñosa et al., 2021), afin d'inciter une personne vers un comportement souhaité, tel un « *coup de pouce* », et sans qu'elle s'en rende compte (Le Coz, 2021). Le nudge est souvent utilisé en promotion de la

² Le CST n'est plus d'application depuis le 7 mars 2022 à Bruxelles (soit juste avant le premier focus group organisé dans cette étude)

santé, notamment pour la vaccination avec l'utilisation des rappels (dans le cas de la Covid-19, lorsque les citoyens ont reçu les lettres pour se faire vacciner, etc.), ou bien par l'utilisation « *d'association émotionnelle* » avec des supports vidéo ou des affiches. Ces coups de pouce permettraient d'augmenter l'utilisation des vaccins, néanmoins, ils pourraient aussi ne pas être efficaces, par exemple sur les groupes qui ont déjà une opinion tranchée sur la vaccination (Reñosa et al., 2021).

L'accessibilité, la RBC a voulu rendre la vaccination contre la Covid-19 la plus accessible possible, avec sa gratuité, la gratuité du transport (sur le réseau de la STIB) pour s'y rendre, la multiplicité des lieux de vaccination sur l'ensemble du territoire (centres de vaccinations, vacci-bus, antennes, etc.), où elle pouvait se faire avec ou sans rendez-vous. Cette accessibilité fait écho à l'auto-efficacité puisque nous avons vu qu'il y avait une diversité de structures de vaccination, et pour Martinière (2019), l'accessibilité et la diversité sont des leviers dans la perception d'auto-efficacité (dans la capacité perçue de l'individu pour se faire vacciner). Cependant, l'effort perçu en termes d'accessibilité du vaccin contre la Covid-19 ne semble pas avoir été « *un facteur clé des intentions de vaccination lorsqu'on tient compte des autres motivations* » (Van Oost et al., 2022, p.8 – traduit de l'anglais).

La communication est « *un des piliers de la prévention. Son rôle est d'apporter une connaissance validée, compréhensible, appropriable par le public visé* » (Moussaoui-Bournane et Clavel, 2007, p.1) et selon le Plan Santé Bruxellois (2019, p.35) « *La communication et la sensibilisation autour des enjeux de la vaccination restent également déterminantes dans l'adhésion de la population au programme de vaccination* ».

Dans un contexte incertain où les connaissances scientifiques évoluent chaque jour (Clameck, 2021), l'incohérence et les changements de décisions sur la vaccination rendent difficile la communication vaccinale de la Covid-19. Cette communication devait susciter confiance et adhésion auprès de la population afin d'obtenir une couverture vaccinale suffisante en vue de l'immunité collective, l'enjeu est d'utiliser « *le bon message, par le bon canal, au bon moment, et aux bonnes personnes* » (Raude, 2013, p.7). Pour Englert (2021) il faut fournir des informations honnêtes, transparentes, fondées scientifiquement, selon trois axes (1) **Prioriser**, c'est-à-dire la communication a suivi l'évolution des trois phases de vaccination en fonction du public cible visé, (2) **Cohérence**, en évitant des discours discordants, (3) **Agilité**, la communication est actualisée en permanence. Par ailleurs, pour la CE (2021) une « *communication claire et continue sur l'importance et l'innocuité des vaccins demeure*

essentielle pour lutter contre la réticence à la vaccination ». Les hésitants à la vaccination sont des « *chercheurs d'information actifs* » (Dubé et al., 2020, p.55), il convient donc de leur « *fournir de l'information tant sur les risques que les avantages de la vaccination, puisque la plupart des gens souhaitent obtenir des renseignements nuancés* ». Mais Goldstein et al. (2015, p.1) voient la communication comme un « *outil pour lutter contre la réticence à la vaccination, plutôt qu'un déterminant* » et une « *mauvaise communication peut nuire à l'acceptation du vaccin dans n'importe quel contexte* » (traduit de l'anglais), tout comme le niveau de **confiance** dans l'émetteur du message.

Par ailleurs, Wood et Schulman (2021) ont développé des tactiques de communication en fonction du niveau dans lequel se trouve l'individu sur le continuum de l'hésitation vaccinale afin d'utiliser une communication appropriée à chaque groupe (Annexe 20). D'autre part, selon l'ASBL Question Santé (2021), il faut aussi faire attention aux techniques de communication à destination des jeunes adultes, par exemple, utiliser la persuasion, les infantiliser ou les sanctionner pourrait davantage les bloquer, et la stigmatisation des non-vaccinés risque d'augmenter leur position de non-adhésion. Selon WHO (2020), les infographies simples seraient un moyen efficace de communiquer (notamment sur les risques, les mesures de restrictions, la vaccination, etc.). Ainsi, des outils de communication variés ont été proposés concernant la vaccination (webinaires, affiches, FAQ, podcasts, sites officiels) (Englert, 2021). Plus spécifiquement, diverses communications ont été mises en place à l'attention des jeunes adultes. La COCOM a développé une campagne de sensibilisation pour les Bruxellois de 18 à 25 ans, la '**Covid Breakers**', créée en collaboration avec les jeunes, tenant compte de leurs besoins, mais également de leurs ressentis (Annexe 21). L'UCLouvain a également proposé aux étudiants, lors de l'ouverture de la vaccination à leur tranche d'âge, de poser leurs questions sur la Covid-19 et d'avoir une réponse d'experts scientifiques (Annexe 21). Certaines communications ludiques et ciblées, ont aussi été mises en place, par exemple l'OMS (2021) et Psyon Games ont développé un jeu vidéo '**Antidote Covid-19**' (Annexe 21).

Avec **l'infodémie**, aujourd'hui à l'ère du web 2.0, nous faisons face à une quantité de sources d'informations, et une population mondiale interconnectée où chacun peut publier des informations de manière horizontale (Dubé et al., 2013). Selon l'OMS, (2020) l'épidémie de Covid-19 est accompagnée d'une infodémie, soit « *une surabondance d'informations qui se propagent parallèlement à une épidémie, ce qui rend difficile pour les gens de prendre les bonnes décisions pour protéger leur santé* ». Ces informations peuvent être vraies ou fausses (Lits et al., 2020), et cela est une menace pour la santé puisque ces informations non vérifiées

« *peuvent causer des dommages en semant la confusion et en noyant des informations exactes sur la santé* » (UNICEF, 2020, p.10). Le problème de ce volume d'information est que cela entraîne une incidence sur l'adhésion vaccinale car elle peut générer un manque de compréhension compromettre les campagnes de vaccination (UNICEF, 2020). Afin de lutter contre cette infodémie, le gouvernement, à l'aide de partenaires, a mis en place des sites officiels pour que les citoyens puissent s'y référer (Annexe 22). Selon l'analyse de l'ORM (Lits et al., 2020), les jeunes suivent les informations sur **différents canaux**, les médias traditionnels (journal télévisé, radio, etc. 93% des 16-25 ans) mais aussi sur les réseaux sociaux (source principale d'informations pour 42% des 16-25 ans), puis viennent les discussions avec les proches et les professionnels de santé. Les jeunes sont plus susceptibles d'utiliser les médias sociaux (OCDE, 2020), notamment via leur téléphone, et selon le Baromètre de la motivation (Rapport 23, 2021), les utilisateurs des médias sociaux sembleraient plus hésitants à se faire vacciner. De plus, ce canal est un catalyseur dans la propagation rapide de fausses informations (UNICEF, 2020). Selon Rabary et al. (2022), la Covid-19 était le seul « *sujet de focalisation* » sur les réseaux d'information, puisque cette crise sanitaire entraînait des bouleversements du quotidien (déplacement, activités, travail, relations sociales etc.). Certains jeunes semblent se couper de l'information en écoutant moins l'actualité, tel un « *évitement informationnel* » (Lits et al., 2021), pour les raisons suivantes : informations anxiogènes (Favresse et Geurts, 2022), négatives, contradictoires, toujours le même sujet, etc. (Geers et Marescon, 2020).

D'autre part, l'infodémie est à différencier des **Fake news**, selon Lits et al. (2021, p.8) « *l'infodémie est davantage liée au phénomène de 'mésinformation' (le fait d'être mal informé, voire trop informé ou informé trop rapidement) qu'à celui de l'existence et de la diffusion de 'fake news' (de fausses informations produites et diffusées intentionnellement) ou qu'au phénomène de « désinformation » (des informations produites et diffusées intentionnellement dans le but de déstabiliser la société)* ». Les Fake news, selon Giry (2022, p.10) « *mobilisent des affects, des stéréotypes symboliques, des préjugés collectifs ou des cognitions propres à leur univers d'énonciation et sont sciemment conçues afin de tromper le public* ». Elles sont considérées comme une des principales causes de réticence vaccinale (Carrieri et al., 2019).

De nombreuses informations circulent sur la vaccination et ses effets secondaires, certaines non fondées sur des données probantes, d'autres sont des expériences personnelles (Giry 2022 ; MacDonald et Dubé, 2020). La Covid-19, selon l'UNICEF (2020, p.7), est une double pandémie « *une pandémie biologique* » et « *une pandémie sociale de fausses informations* ». La réponse est alors d'ordre « *médical et sanitaire* » et « *politique et info-communicationnel* » (Giry, 2022, p.5).

e) Les facteurs spécifiques aux vaccins de la Covid-19

Nous avons vu précédemment que les vaccins contre la Covid-19 ont été mis sur le marché récemment, un **manque de recul** peut traduire une hésitation dans l'intention de se faire vacciner et notamment la **confiance** envers ce nouveau vaccin. Selon une participation citoyenne de Sciensano (2021, para.1), les participants se posent des questions sur les vaccins, notamment sur « *la rapidité du développement des vaccins, les incertitudes scientifiques concernant les vaccins (par exemple, ses éventuels effets secondaires sur le long terme ou sur les personnes présentant des comorbidités, ou encore la durée de l'immunité après s'être fait vacciner), le rôle de l'industrie pharmaceutique* ». L'OMS rappelle que « *comme tout médicament, les vaccins peuvent avoir des effets secondaires* ». Les **effets secondaires** à long terme ont été sujet à de nombreuses controverses parfois infondées. Prenons l'exemple que le vaccin aurait des conséquences sur la fertilité, véhiculé au début de la campagne de vaccination (Clumeck, 2021), ou l'incertitude autour des effets secondaires de thrombose du vaccin AstraZeneca (Waterschoot et al., 2022). Certaines personnes voulaient aussi choisir le vaccin qui leur serait administré, car avaient plus confiance en certains vaccins, mais cela, n'était pas toujours possible (Thunus et al., 2021). Par ailleurs, c'est la première fois qu'un **vaccin à ARNm** est mis sur le marché et administré, cela entraîne d'autant plus une incertitude unique quant au risque perçu de ce type de vaccin (Favresse et Geurts, 2022 ; Moser, 2020). Mais l'OMS (2021) se veut rassurante « *l'innocuité de ces vaccins à ARNm a fait l'objet d'une évaluation rigoureuse et les essais cliniques ont montré qu'ils induisent une réponse immunitaire durable. Les vaccins à ARNm ne sont pas des vaccins à virus vivant et n'interfèrent pas avec l'ADN humain* ». Aussi, le **vaccin n'empêchant pas de contracter le virus**, des personnes se questionnent sur son efficacité et sa durée d'immunité acquise (Malengreaux et al., 2021), Selon Van Oost et al. (2022, p.2) « *la méfiance ou le manque de confiance dans l'efficacité ou l'innocuité du vaccin est l'un des principaux moteurs de la réticence à la vaccination et prédit négativement les intentions d'accepter un vaccin Covid-19* » (traduit de l'anglais), c'est pourquoi Joshi et al. (2021, p.2) dit d'inculquer « *la confiance du public dans les examens de l'innocuité et de l'efficacité des vaccins par les organismes de réglementation* » (traduit de l'anglais). Pour finir, selon MacDonald et Dubé (2020, p.25) « *Il faut écouter les gens. Il faut apaiser les inquiétudes face à la vaccination* » et pour Van Oost et al. (2022, p.8) « *une communication transparente et claire sur la sûreté et la sécurité des vaccins apparaît nécessaire* » (traduit de l'anglais), cela passe également par l'amélioration des connaissances pour atténuer les appréhensions.

II. Méthodologie de la recherche

1. Question de recherche

L'objectif principal de ce mémoire est d'enquêter, par une approche qualitative exploratoire, sur les comportements vus et aussi vécus par les jeunes adultes bruxellois (18-24 ans) et leurs intentions à l'égard de la vaccination pendant la pandémie de Covid-19. Ainsi, de pouvoir identifier, en partant de ce qui a été perçu par les jeunes, les différents facteurs conduisant positivement ou négativement à la décision de se faire vacciner.

Dans cette étude, j'ai choisi comme public cible les jeunes adultes puisque, comme vu dans la revue de littérature, ils semblaient stigmatisés et peu écoutés, alors qu'ils ont été fortement impactés par la pandémie avec de nombreuses conséquences (notamment sur leur santé mentale, bien-être, formation, emploi, etc.).

Ainsi, cette étude vise à découvrir les comportements (individuels et sociaux) de ce public face à la vaccination, de comprendre ce qui peut les motiver, ou à l'inverse les amotiver, au sujet de la vaccination, et plus particulièrement, celle de la Covid-19. En effet, depuis la mise sur le marché des premiers vaccins contre la Covid-19, nous pouvons dire que l'offre (les vaccins) et le besoin (immunité collective) sont là, mais il faut aussi que la demande suive (adhésion à la vaccination), puisque la vaccination contre la Covid-19, rappelons-le, n'est pas obligatoire en Belgique. Par ailleurs, nous verrons aussi si l'intention a évolué durant la période, notamment lors de l'instauration du CST, ou des doses de rappel.

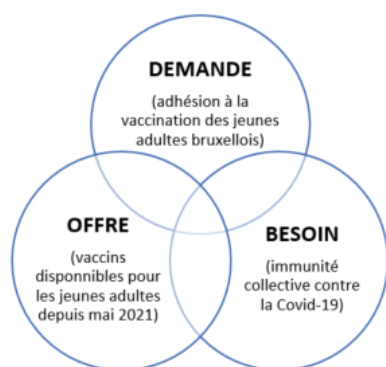


Fig 1 – Triade Offre-Besoin-Demande dans le contexte de la vaccination contre la Covid-19 des jeunes adultes bruxellois

Le but, au terme de mon étude sur l'adhésion vaccinale, et les facteurs l'influençant, est de pouvoir proposer des recommandations d'interventions en santé publique et gouvernementale ciblées pour ce public, dans la perspective d'une nouvelle pandémie ou épidémie.

Ma question de recherche a été formulée selon le modèle PICO et la méthode de l'entonnoir, puisqu'au départ, je souhaitais m'intéresser à l'ensemble des comportements des jeunes adultes, mais c'était un sujet trop vaste pour un mémoire.

Question de recherche : En période de pandémie, qu'est-ce qui a favorisé l'adhésion à la vaccination contre la Covid-19 des jeunes adultes bruxellois ?

2. Hypothèses

Dans ce mémoire, j'ai choisi une approche hypothético-déductive, celle-ci me semblait évidente puisque le thème de la vaccination, en particulier contre la Covid-19, a suscité beaucoup de publications. Suite à l'aboutissement de mes lectures et de ma réflexion, j'ai donc construit les hypothèses suivantes :

- H0 : chaque jeune adulte possède des motifs différents pour se faire vacciner contre la Covid-19, tout le monde ne mettant pas la même priorité. Et de manière générale, certains facteurs influenceraient plus le choix personnel de la vaccination.
- H1 : la décision vaccinale, contre la Covid-19, des jeunes adultes bruxellois, résulterait notamment d'une stratégie de communication peut être « non adaptée », et ils se sentiraient donc non concernés.
- H2 : dans un contexte de pandémie, la confiance des jeunes adultes envers le gouvernement, et notamment la cohérence des mesures, impacterait la décision vaccinale (positivement ou négativement).
- H3 : la pression sociale envers les jeunes adultes est d'autant plus importante dans un contexte de pandémie où ils ne sont pas la population plus à risque de développer des formes sévères de la maladie, mais sont susceptibles de la propager

Par la suite, je testerai ces hypothèses avec les résultats obtenus lors de mes entretiens, et d'une triangulation des données, afin de valider ou de réfuter ces hypothèses annoncées.

3. Méthodes de recherche

Ma période de recherche s'est étendue de fin décembre 2021 à novembre 2022. Je précise aussi que mon étude traitant d'un sujet actuel, de nouvelles publications apparaissaient chaque jour. Ma revue de littérature a été effectuée sur PubMed (avec des Mesh³ et des filtres⁴), ainsi que Google Scholar, Scopus et enfin Cairn. J'ai également retenu des publications par le

³ Mesh utilisés : "COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Young) AND (Belgium) -"COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Europe) AND (Acceptance) - "COVID-19/prevention and control"[MeSH] AND (Acceptability) AND (Europe) - "COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Young) AND (vaccine hesitation)

⁴ Notamment la tranche d'âge correspondant à mon public cible : 18-24 ans

biais des bibliographies des articles que je lisais. J'ai inclus des revues scientifiques, des méta-revues, des études, des rapports scientifiques, et des rapports gouvernementaux. J'ai gardé seulement les publications francophones ou anglophones, et principalement belges, européennes ou d'Amérique du Nord.

Les publications sélectionnées portaient sur les thématiques de ma revue de littérature, à savoir : la pandémie de Covid-19, la vaccination, la stratégie vaccinale en Belgique, l'adhésion vaccinale, l'hésitation vaccinale, les facteurs individuels, sociologiques, contextuels et propres aux vaccins. Pour cela, j'ai utilisé les keywords suivant :

- en termes **francophones** : Covid-19, pandémie, vaccination, comportements (en santé), jeunes adultes, adhésion, hésitation vaccinale, confiance, communication, enquête de vaccination, Bruxelles, Belgique, Europe.
- en termes **anglophones** : Covid-19, pandemic, vaccination, behaviour (in health), young adults, acceptance, vaccine hesitancy, trust, communication, vaccine survey, Brussels, Belgium, Europe.

De plus, j'ai utilisé d'autre canaux pour m'intéresser à la vaccination, j'ai visionné des webinaires sur YouTube : « *Vaccessible : étude Stratégie de vaccination en RBC* », un résumé des chercheurs concernant le rapport Vaccessible, ; « *La vaccination contre la Covid-19* » par L. Belkhir (2021), et également « *L'organisation de la vaccination contre la Covid-19 en Wallonie* » par Y. Englert (2021). Et j'ai écouté un podcast, « Vaccination », du Baromètre de la Motivation (2022), avec en invitée Pascaline Van Oost.

J'ai également eu l'occasion de participer à des Webinaires et Symposium :

- le Webinaire « Motivation, amotivation et hésitation : les déterminants psychologiques de la vaccination contre la Covid-19 » présenté par O. Luminet, pour le baromètre de la motivation (Janvier 2022),
- le Symposium du Baromètre de la Motivation par l'ensemble de l'équipe scientifique en charge du projet pour présenter les résultats de leur projet (Juin 2022),
- le Webinaire « Projet Fais-moi un dessin! » relatant d'une approche participative communautaire afin d'étudier et de répondre à l'hésitation vaccinale contre la Covid-19 au Canada, présenté par S. Kruchte (Octobre 2022).

Le cadre conceptuel présenté dans cette étude illustre de nombreux facteurs influençant la décision (l'acceptation, l'intention, l'hésitation ou le refus) de se faire vacciner contre la Covid-19, certains facteurs ont néanmoins été moins approfondis que d'autres.

4. Recrutement de l'échantillon

Le recrutement des participants s'est déroulé en différentes phases, tout d'abord, en janvier et février 2022 dans différents centres de vaccination de la région Bruxelles-Capitale (les centres de vaccinations de Molenbeek, Pacheco, l'Hôpital militaire de la reine Astrid, ainsi que le Vacci-corner d'Anderlecht). Nous allions au contact des citoyens bruxellois (toutes tranches d'âge confondues). Lors de la période de surveillance de 15min, post-vaccination, c'était l'occasion de leur parler de la recherche Pandorix mais aussi de pouvoir observer les comportements. Puis, j'ai également partagé la recherche sur les réseaux sociaux (tel que Facebook), avec un message expliquant l'objectif de la recherche et fournissant le lien vers l'inscription sur le site Pandorix (www.pandorix.be). J'ai aussi procédé à l'aide du « bouche à l'oreille », notamment grâce à l'effet « boule de neige », certains participants de mon échantillon en ont parlé à leur entourage. Enfin, j'ai contacté une quinzaine d'associations de jeunes (dont des associations de NEET) afin de diversifier au maximum mon échantillon, et d'associer à mon étude différents profils de jeunes bruxellois (en fonction des quartiers, de l'âge, de la formation, de la profession, des ménages, etc.) néanmoins, cela n'a pas été fructueux.

En utilisant cette approche de recrutement, la base de données de Pandorix a enregistré environ 117 inscriptions de Bruxellois ayant entre 18 et 24 ans (de janvier à juillet 2022).

Je suis donc passée à l'étape suivante, contacter les personnes inscrites. Selon le comité d'éthique, les participants étaient contactés par ordre d'inscription, selon les ***critères d'inclusion*** de mon échantillon, à savoir : avoir entre 18 et 24 ans (au moment de la récolte des données), résider à Bruxelles, et s'être enregistré sur la base de données de Pandorix.

Je leur envoyais un mail pour leur proposer de participer aux thèmes des focus groups (FG), en fonction de leurs préférences de participation (présentiel, distanciel, ou les deux) et de leurs disponibilités (en journée, en soirée, en semaine ou le week-end), en les invitant à remplir un Doodle⁵ afin de choisir des dates où le plus de personnes pouvaient être présentes (dans la limite de 6 participants si c'était en distanciel, et de 8 si c'était en présentiel). Les 117 inscrits sur la base de données ont été contactés (mais certaines coordonnées étaient erronées), et j'ai été confrontée à un taux de répondant d'environ 30% de réponse aux Doodle (Annexe 24). Une fois les participants ayant signifié leur intention de participer à un/ou deux focus group(s), je les contactais pour leur transmettre le consentement éclairé. Enfin, suite à leur participation, les participants citoyens recevaient une indemnisation à hauteur de 30€/réunion.

⁵ Doodle est un outil de planification, permettant de faire un sondage sur les disponibilités des participants

5. Récolte des données

Afin de récolter les données, j'ai choisi la méthode des focus groups (FG), ce dernier, selon Douiller et coll. (2020), est une technique « *d'entretien collectif, destinée à recueillir les opinions des participants ou à cerner les représentations sur un sujet* ». Le focus group me semblait donc pertinent pour répondre à mes objectifs puisqu'il permet un moment d'échanges approfondis entre les participants, telle une table ronde, où chacun peut rebondir, et les propos de participants vont certainement contribuer à susciter des idées chez les autres. Cette méthode semblait pertinente afin d'obtenir un volume important de résultats et d'observations.

Pour mener les focus groups, j'ai utilisé la grille d'entretien de Pandorix (Annexe 25). Ce guide d'entretien aborde deux thèmes « généraux » en lien avec la recherche, selon un modèle semi-directif, dans un premier temps : les comportements protecteurs en santé, puis dans un second temps : la santé du futur. Lorsque cela était nécessaire, nous avons relancé et reformulé les propos, et j'ai également relancé sur le sujet spécifique de la vaccination lorsque celui-ci n'était pas abordé par les participants. Les participants avaient le choix de participer à un ou aux deux thèmes puisque ces derniers étaient abordés en deux temps (dans deux focus group différents). Un groupe de discussion était animé par 2 animateurs (un modérateur posant les questions et relançant, et un rapporteur prenant des notes et relançant également). Le focus groupe durait entre 1h30 et 2h et se déroulait en français, en distanciel (via Teams) ou bien en présentiel (dans une salle mise à disposition par la faculté de Santé Publique de l'UCLouvain). Au début de chaque focus group, je rappelais l'objectif de la recherche, et posé le cadre, afin que la discussion se passe dans la bienveillance et le non jugement.

La récolte des données s'est déroulée de mars à juillet 2022, avec 3 groupes (soit 6 focus groups en comptant les 2 thèmes) et nous avons essayé, autant que faire se peut, d'avoir les mêmes participants aux 2 thèmes. Il y a un écart temporel de 3 mois entre les focus groups des groupes 2 et 3 puisque nous n'arrivions pas à une saturation des données, nous sommes donc repassés par l'étape de recrutement afin de diversifier aussi notre échantillon (par rapport aux communes de la RBC représentées). La plupart des 18-24 ans étant étudiants, nous avons relancé les invitations après la période des examens.

Le tableau suivant représente les six focus groups organisés par ordre chronologique, avec leur nom, thèmes, date, lieu et enfin le nombre de participants.

Nom du FG	Thème	Date	Lieu	Participants
FG 1.1	Les comportements protecteurs en santé	9 mars 2022	Teams	5 participants
FG 1.2	La santé du futur	16 mars 2022	Teams	4 participants (dont 4 du FG 1.1)
FG 2.1	Les comportements protecteurs en santé	26 mars 2022	Présentiel	6 participants
FG 2.2	La santé du futur	2 avril 2022	Présentiel	5 participants (dont 4 du FG 2.1)
FG 3.1	Les comportements protecteurs en santé	6 Juillet 2022	Teams	4 participants
FG 3.2	La santé du futur	26 juillet 2022	Teams	3 participants (dont 3 du FG 3.1)

Tabl 1 – Echantillon réparti dans les focus groupe réalisés pour mon étude

Nous avons donc un total de 16 participants, dont 15 participants pour le thème 1 « les comportements protecteurs en santé » et 12 pour le thème 2 « la santé du futur ». Sur les 16 participants, 11 ont participé aux deux thèmes proposés, cette différence de participation aux thèmes était suite à leurs indisponibilités les jours des focus groups, et non par manque d'intérêt pour le thème traité.

Enfin, dans le cadre du projet Pandorix, j'ai également eu l'occasion de participer à des entretiens individuels avec des représentants d'organismes de Bruxelles, qui voulaient participer au sujet du thème de la vaccination, ces derniers se sont déroulés de février à novembre 2022.

Chaque entretien et focus groups ont été enregistrés, puis retranscrit dans leur totalité et anonymisé, suite à l'accord de chaque participant.

6. Méthode d'analyse des données

Dans mon étude, j'ai choisi la méthode de données qualitative. En effet, même si celle-ci ne cherche pas à être généralisable pour l'ensemble de mon public cible, elle me permettra de comprendre et d'analyser en profondeur les propos de mon échantillon, à savoir ce qu'ils ont pu observer sur la vaccination contre la Covid-19, mais aussi leur vécu, leurs propres expériences, leurs représentations, les facteurs influençant, la motivation, etc. Aussi, à travers

des questions ouvertes, je n'influencerai pas le choix de réponse et de nouvelles idées, non vue dans ma revue de littérature, pourraient émerger.

J'ai tout d'abord analysé un large corpus de littérature (revues scientifiques, rapports, études, méta-analyse, etc.) et des données statistiques existantes pour la Belgique (et plus particulièrement pour la RBC). Puis, pour regrouper les données récoltées lors des entretiens, j'ai utilisé le logiciel Nvivo, à l'aide d'un arbre thématique (Annexe 26), j'ai compilé l'ensemble des entretiens afin de pouvoir les interpréter. J'ai ensuite procédé à une triangulation des données entre mes résultats, ma revue de littérature, et d'autres études existantes sur le sujet et le même groupe d'âge. Enfin, pour la bibliographie, je me suis aidée du logiciel Zotero, en utilisant le style bibliographique APA 7th.

7. Considération éthique et confidentialité

La recherche Pandorix et la grille d'entretien ont été validées par le comité d'éthique de l'Institut de recherches en sciences psychologiques de l'UCL le 24 septembre 2021. Etant donné que j'ai utilisé le guide d'entretien établi et que mon sujet d'étude s'inscrit dans la recherche Pandorix, je n'ai pas eu, personnellement, à passer par le comité d'éthique.

Afin de réaliser mon mémoire au sein de la recherche Pandorix j'ai signé un document de confidentialité et de non-divulgateion pour avoir accès aux différentes données. De même, comme dit précédemment, chaque participant a signé un consentement éclairé et informé pour participer à l'étude.

Je précise également que je n'ai pas de jugement personnel sur la question vaccinale de la Covid-19, et que je serai la plus objective possible en restant neutre dans l'analyse des résultats, sans jugement, je vais relater les faits. Je n'ai pas non plus de pression externe, c'est-à-dire pas de conflit d'intérêt que ce soit politique, économique ou bien avec l'industrie pharmaceutique.

III. Résultats

1. Caractéristiques de l'échantillon

Au total, mon échantillon est de 16 personnes ($N=16$). Il est fort homogène puisqu'il est composé de 15 étudiants en études supérieures (dont certains, qui combinent études et travail, notamment pendant la pandémie), ce qui représente 94 % d'étudiants, et un travailleur à temps plein. Au niveau de la mixité, la majorité était des femmes (62 %), il a un faible déséquilibre. L'ensemble de mon échantillon est francophone. L'âge moyen des participants est de 21,9 ans (avec une médiane à 21,5). Par ailleurs, toutes les communes de la RBC ne sont pas représentées, mon échantillon provenant de 11 communes (sur 19 au total), et les communes les plus représentées sont Anderlecht et Ixelles, suivies par Uccle. Sur les 16 participants, 11 ont participé aux 2 thèmes proposés soit 69 %. L'ensemble des caractéristiques de mon échantillon est disponible en Annexe 27. Lors des focus groups, nous avons choisi de ne pas demander les données sociodémographiques des participants, afin que celles-ci n'influencent pas les échanges entre eux. Les données que je présente ont été recueillies lors de l'inscription des participants sur le site Pandorix. De même, nous n'avons pas demandé le statut vaccinal des participants, certains le disaient d'eux-mêmes, dont une participante qui était non-vaccinée et qui a souhaité en informer le groupe. Pour rappel, les focus groups se sont déroulés de mars à juillet 2022.

Par ailleurs, j'ai également eu l'occasion de participer à des entretiens individuels et professionnels avec des représentants d'organismes de Bruxelles, pour avoir leurs expériences et expertises au sujet de la vaccination. Je me suis donc entretenue avec :

- une représentante des mutuelles de Bruxelles (début novembre 2022) ;
- un représentant d'une entreprise de première ligne de Bruxelles, de secteur secondaire (mi-novembre 2022). Dans cette entreprise, la majorité des travailleurs ont entre 18 et 35 ans (cela reflète mon public cible), avec une cinquantaine de nationalités. Une antenne de vaccination a été mise en place au sein de l'entreprise, pour les travailleurs.

D'autre part, dans le cadre du projet Pandorix, j'ai également eu accès à la retranscription d'un entretien individuel avec un responsable d'un des centres de vaccination mis en place à Bruxelles, pour la Covid-19 (février 2022).

2. Résultats thématiques

Afin d'exposer les résultats, j'ai repris la structure utilisée dans le cadre théorique, pour mettre à plat les résultats, structurés selon l'arbre thématique (Annexe 26). La grille d'entretien utilisée n'étant pas axée sur la vaccination, mais sur l'ensemble des comportements des citoyens, les réponses peuvent diverger en termes de facteurs discutés dans les différents groupes. Je parlerai de ce qui a été énoncé spécifiquement pour la vaccination, mais aussi de ce qui a été vécu de manière générale lors de ce contexte pandémique. Je mettrai à plat parallèlement les résultats des focus groups et ceux des entretiens avec les professionnels. Je classerai les résultats par « tendance », afin de montrer si certains participants évoquent les mêmes observations (ou vécus). D'autre part, les résultats seront illustrés par des verbatims. Pour ces derniers, « R »⁶ fera référence aux participants des focus groups, et « P » aux professionnels représentant des organismes. L'ensemble des caractéristiques des participants correspondant aux verbatims est repris en Annexe 28.

• Le vécu de la pandémie

Dans un premier temps, il me semble pertinent de faire part de ce qui a été rapporté à l'égard du vécu des jeunes par rapport à la pandémie. La majorité des participants ont énoncé les conséquences de la pandémie, qu'elles soient *psychologiques* (exprimé par 5 participants, 1 professionnel), *financières* (exprimé par 3 participants), ou *pathologiques* (exprimé par 1 participant). Plus spécifiquement, les participants ont fortement évoqué la *santé mentale*, en particulier celle des jeunes. Un participant nous disant « *je connais des jeunes qui ont développé de l'anxiété, qui ont très, très mal vécu ça, et je trouve que l'on ne nous a pas assez entourés et accompagnés là-dedans* » (R11 - FG 2.2, p.4). La précarité des étudiants a également été évoquée (2), « *Il suffit de voir le nombre d'étudiants qui travaillaient dans l'Horeca qui s'est retrouvé à devoir aller demander des paniers alimentaires* » (R8 - FG 2.2, p.7). Un participant a vu une corrélation entre les répercussions financière et psychologique, « *l'État a dit : voilà, pour tous les étudiants qui avaient un job, on peut leur donner un complément de 100€. Je pense qu'au niveau de la santé mentale ça fait mal dans le sens où on ne se sent pas pris en considération* » (R9 - FG 2.2, p.8). D'autre part, les participants ont évoqué également les mesures restrictives. Pour un participant, la bulle sociale a été la plus compliquée à respecter, mais aussi « *destructeur pour la santé mentale des gens* » (R16 - FG 3.1, p.11). Enfin, un participant proposait de « *plus donner la parole aux citoyens et écouter leurs plaintes par rapport aux problèmes qui*

⁶ « R » pour répondant

découlent des mesures » (R10 - FG 2.2, p.12). Une optique de co-construction a été évoquée par 6 participants, notamment « *quand il y a des mesures qui ont des impacts importants sur la vie des gens* » (R16 - FG 3.1, p.14).

- **La vaccination**

Par rapport à la vaccination, les participants du groupe 3 n'ont pas abordé d'eux-mêmes ce thème-là dans la partie des comportements protecteurs, je les ai donc relancés à ce sujet. Pour un des participants de ce groupe, « *quand j'entends le mot 'comportement' je pense à quelque chose de spontané, et la vaccination ce n'était pas du tout spontané* » (R16 - FG 3.1, p.7). Un autre participant du groupe 2 avait aussi exprimé cette nuance, « *on est un peu passé de 'adopter un comportement positif et de protection', à ce qu'eux appelaient 'adopter un comportement pour protéger les autres et se protéger soi'. Mais c'est plus qu'un comportement en fait de se faire vacciner, c'est..., enfin ça concerne réellement ton corps et ton état général aussi* ». Ce même participant compare ensuite avec les comportements protecteurs, « *Là où avant, on était sur 'si tu ne mets pas de masque qu'est-ce qu'il va se passer ?', je vais aspirer quoi. Au final il n'y avait 'aucun risque', entre guillemets, à part avoir le Covid* » (R6 - FG 2.1, p.12).

Un professionnel nous a évoqué les 'contraintes' d'une campagne de vaccination, « *c'est trois contraintes : c'est la disponibilité du vaccin, c'est l'opérationnel et t puis c'est l'adhésion de la population* » (P1, p.11). Nous avons également demandé aux professionnels s'ils voyaient une incidence entre la vaccination de la Covid-19 et les autres vaccinations. Ils semblent s'accorder sur la réponse. Un professionnel nous disant qu'il « *faut bien dissocier les deux* », en parlant de vaccinations obligatoires dans le cadre du travail (P3). Et un autre « *je crois qu'on n'est pas du tout dans le même débat que par rapport aux autres vaccinations. Il y a des personnes qui sont pour la vaccination pour la grippe, et pas pour le Covid* » (P2, p.11).

- **La motivation**

Un professionnel distingue trois profils, « *les impatients, et puis les gens qui font ça par devoir dans leur temps, et puis finalement le CST dans les contraintes* » (P1, p.7).

Seul un participant a parlé de **motivation autonome**, parlant d'un certain **enthousiasme au début de la campagne**, « *tout le monde avait hâte qu'il soit accessible* », avant d'ajouter « *il y avait quand même des jeunes qui étaient très contents d'être vaccinés, en tout cas au début* » (R5 - FG 1.1 p.11). Cela rejoint ce que nous dit un professionnel, « *on est en début de campagne, on a ceux qui sont impatients, qui veulent absolument l'avoir* » (P1, p.5).

Les participants ont eu tendance à évoquer les **raisons externes** qui ont motivé les personnes à se faire vacciner. Comme le dit un participant, « *combien de gens ne se sont pas fait vacciner juste pour être tranquille ?* » (R6 - FG 2.1, p.6). Tous les participants s'accordent à dire que le **CST** a influencé leur intention à l'égard de la vaccination. Pour 4 participants, le CST a été un facteur modifiant leur décision à se faire vacciner. Un participant nous dit, « *il y avait quand même des débats et une réticence au début* », ce même participant nous disant que « *sans le CST, moi, je ne suis pas sûr que je me serais fait vacciner* » (R2 - FG 1.1, p.11). Un autre participant explique, « *j'ai retardé le plus possible, et puis quand je voyais que j'allais vraiment être coincée. Ben, finalement je l'ai fait du coup* » (R4 - FG 1.1, p.10). Par ailleurs, l'ensemble des participants a exprimé en raison de vouloir retrouver plus de **liberté**, où le vaccin était perçu comme un « *ticket d'entrée* » (R2 - FG 1.1, p.10). Un participant disant que, « *je n'avais pas envie, mais voilà, pareil pour ma liberté je me suis dit autant le faire* » (R4 - FG 1.1, p.6). Un autre parlant plus spécifiquement des jeunes, « *nous on l'a fait parce qu'on voulait retrouver nos libertés, et qu'on est jeune, on veut profiter de notre jeunesse, mais si on ne se fait pas vacciner on ne peut pas* » (R11 - FG 2.1, p.6). Un autre participant évoque que beaucoup de personnes ont essayé de ne pas se faire vacciner tout en gardant leur liberté, et il ajoute, « *à partir du moment où on a vu que ça n'allait pas trop être possible, là voilà, on s'est beaucoup plus fait vacciner* » (R2 - FG 1.1, p.10). Certains participants ont mis aussi en avant la raison de pouvoir partir en **vacances** (2 participants, 2 professionnels). Pour un participant, « *quand on a compris que sans le vaccin on n'allait pas pouvoir partir en vacances ou faire des choses, je pense qu'il y a beaucoup de gens qui ont changé leur avis pour se faire vacciner* » (R2 - FG 1.1, p.6). Le professionnel, représentant un centre de vaccination, a remarqué une plus grande demande de vaccination lors des périodes de départ en vacances, tout comme un autre professionnel, « *il y a une série de personnes qui se sont fait vacciner pour vite..., non pas pour la maladie, mais pour continuer à voyager* » (P2, p.12). Un professionnel parle aussi de pouvoir continuer ses **activités**, notamment pour les jeunes, « *tous les jeunes avec un abonnement de sport dès qu'il y a eu des contraintes, ce n'était pas spécialement le théâtre, ils étaient vaccinés ces gens-là d'habitude mais tous les autres. C'était vraiment Basic-Fit, des jeunes qui n'étaient pas vaccinés de façon massive et qui tout d'un coup ne pouvaient plus rentrer dans leur salle de sport* » (P1, p.7). Puis lorsque le **CST n'a plus été d'application**, un participant nous rapporte, que des personnes l'ont mal perçu, « *je viens de me faire vacciner alors que je ne voulais pas, et maintenant, il n'y en a plus besoin* » » (R1 - FG 1.1, p.10).

Seul un participant évoque qu'il y a pu y avoir une **absence de motivation** pour certaines personnes, « *il y a eu beaucoup de gens qui d'un coup se sont dit je vais être contre ce vaccin, parce qu'il y a déjà une partie de la population qui est contre les vaccins en général* » (R7 - FG 2.1, p.5).

Tous les participants semblent avoir observé et vécu **une évolution quant à la motivation** de se faire vacciner. Néanmoins, pour un participant, certaines personnes n'ont ***pas modifié leur opinion de départ***, « *je n'ai pas vu vraiment de comportements changer, c'était soit les gens étaient clairement 'pour' ou 'contre'* », ajoutant, « *mais après il y a quelques personnes quand même qui hésitaient* » (R15 - FG 3.1, p.5). Quelques participants (6) ont mentionné que la motivation était aussi ***liée à la situation dans les systèmes de soins***. Pour un participant, « *quand on voit dans les hôpitaux qu'il n'y a pas vraiment de soucis et tout ça, je ne vois pas vraiment l'intérêt de faire une 4^e dose* », mais d'ajouter, « *par contre si, (...) une vague arrive et qu'on se retrouve comme peut-être au tout premier confinement, où la énormément de personnes hospitalisées, où là vraiment les hôpitaux sont trop chargés, tout ça, j'aurai vraiment aucun problème à me refaire vacciner* » (R15 - FG 3.1, p.8). C'est aussi ce dont nous a parlé un professionnel, « *il y a peu de gens qui y vont. Pourquoi ? Parce qu'on estime que malgré tout, des hôpitaux ne sont pas engorgés (...) Donc on est dans une situation relativement favorable* » (P3). D'autres ont remarqué une évolution ***en fonction des recommandations*** en matière de vaccination, « *moi ce qui m'a surtout motivé, c'est qu'au début, ils disaient 'quand 70% de la population sera vaccinée, on enlève toutes les mesures'. C'était plus ou moins ça qu'ils disaient. (...) Et puis, en fait, on s'est vite rendu compte que ce n'était pas 70%, mais il fallait un CST, c'était 90% etc.* » (R1 - FG 1.1, p.10). Un autre évoque un « **changement de mentalité** » à l'***instauration du CST*** pour des jeunes qui, au départ, étaient réticents, « *petit à petit, on s'est rendu compte que sans ce vaccin, on n'aurait pas liberté, enfin on ne pouvait partir en vacances, on ne pouvait pas sortir, et enfin, parmi les jeunes j'ai vraiment l'impression que ça, ça a été la motivation générale* » (R1 - FG 1.1, p.11). Puis, la plupart a tendance à exprimer aussi un changement de motivation ***lié aux rappels demandés***. Un participant nous faisant part de ses remarques, « *au début il y a quand même beaucoup de gens qui étaient 'pour', et de toute manière les chiffres ont montré que pour les premières doses en tout cas, beaucoup de gens s'étaient vaccinés, et en fait, plus les doses de rappel ont été demandées, et là, plus certaines personnes, au bout de la 3^e, ont commencé à dire 'là ça fait beaucoup'* » » (R15 - FG 3.1, p.7). Certains participants (7) ont remarqué une diminution de la motivation à l'égard de la 3^e dose, un participant nous disant, « *la 3^e je n'étais pas très convaincu* » (R3 - FG 1.1, p.6). Pour un autre,

« je pense aussi qu'à partir de la 3^e dose il y a quelque chose qui a un peu changé dans le comportement des gens » (R6 - FG 2.1, p.11). Tandis qu'un autre participant semble percevoir les rappels comme une continuité, « moi j'ai eu l'inverse, c'est que je me suis dit que c'était un peu dans la continuité du vaccin. Et donc, je me suis moins posé de questions pour la 2^e, la 3^e dose que pour la première » (R2 - FG 1.1, p.6).

Par ailleurs, lors des focus groups, **nous avons demandé aux participants des groupes 2 et 3, comment ils réagiraient si on leur parlait d'une 4^e dose**. La majorité des participants ne pensent pas se faire vacciner, par manque d'intérêt et principalement du fait de diminution de motivation évoquée précédemment. Un participant nous disant, « je pense que l'on a vraiment fait le tour de la question du vaccin, dans pas mal de pays », se posant aussi des questions sur l'efficacité de la 3^e dose, et ajoutant que ce serait « très mal reçu partout » (R13 - FG 3.1, p.8). D'autres participants ne voient pas l'intérêt d'une 4^e dose, dans le contexte actuel où « il n'y a plus trop, trop de soucis » (R15 - FG 3.1, p.8). Un autre participant distingue la population, « à titre personnel, en tant que jeune, je ne ferai pas la 4^e dose », mais il voit éventuellement une utilité pour les personnes plus âgées (R16 - FG 3.1, p.8).

- **Les facteurs individuels**

Au niveau de la confiance, les participants ont mentionné différents acteurs.

Ils ont fortement évoqué ce qu'ils pensaient des **médias** dans le contexte de la pandémie. Un participant évoquant les médias comme étant « la bouche de la vérité dans l'esprit de beaucoup de personnes » (R13 - FG 3.1, p.17), un autre disant « tout le monde avait confiance en la télé » (R9 - FG 2.1, p.15). De manière générale, les participants ont observé l'**évolution d'une méfiance** à l'égard des médias, un participant a constaté que « les gens perdaient confiance dans les médias classiques » (R8 - FG 2.1, p.5). Pour un autre, « les gens se sont peut-être plus interrogés qu'avant sur le rôle des médias et à quel point les médias étaient importants dans la société » (R13 - FG 3.1, p.17). Ce même participant remarquant une interrogation de la population, « quand on voit à quel point le Covid a vite disparu du débat public, en fait aussi vite qu'il n'est apparu » (R13 - FG 3.1, p.17). Des participants (2) ont également évoqué que le **seul sujet** des médias était la Covid-19 au détriment d'autres actualités. Par ailleurs, d'autres participants (2) ont notifié que les médias auraient tendance à **amplifier ou déformer** les informations. Certains participants (3) trouvent dommage de ne pas avoir d'avis **contrastés** dans les médias, un participant proposant de « mettre des gens qui ont des avis opposés » (R9 - FG 2.1, p.18). D'autres participants (3) pensant que les médias n'avaient pas une **entière liberté** dans leurs « lignes

éditoriales », un participant se posant des questions, « *mais est-ce que la presse est vraiment..., communique vraiment ce qu'ils veulent ou ce que le gouvernement veut ?* » (R8 - FG 2.1, p.16). Pour d'autres (2), les sources des médias questionnent parce qu'elles proviendraient toutes d'une agence privée, un participant se méfie des statistiques énoncées. Pour finir, quelques participants (3) évoquent notamment le type de communication employé par les médias, jugé **anxiogène** (2), « *ils mettaient tous les jours le nombre de décès ou de cas hospitalisés* » (R2 - FG 1.1, p.5), un autre participant a parlé des images anxiogènes, puis, un autre soulevant les images « *des conflits où on voyait des extraits* » (R1 - FG 1.2, p.11).

De manière générale, les participants semblent aussi éprouver un manque de confiance envers le **gouvernement**, perdu durant cette pandémie. Pour un participant « *au début, je pense que la majorité des gens avait une grande confiance en l'État et en ce qui s'est passé. Et on a..., je pense qu'on a ressenti le besoin d'être guidés* » (R6 - FG 2.1, p.3). Par rapport au contexte, certains (3) expriment une diminution de la confiance, notamment, lorsque des membres du gouvernement n'étaient pas **exemplaires**, car ne respectaient pas eux-mêmes les mesures qu'ils dictaient. La plupart des participants ont exprimé que le gouvernement **ne savait pas** (5) et ne **maîtrisait pas la pandémie**, notamment en termes de stratégies vaccinales et doses recommandées, « *c'était la volonté de l'État de rassurer et de dire « ok, on sait ce qu'on fait », mais du coup ça a fait un peu l'effet inverse et tout le monde s'est un peu dit 'en fait ils n'en savent rien du tout'* » (R10 - FG 2.1, p.11). Un autre participant soulevant, « *il y a beaucoup de gens qui ne croient plus du tout maintenant, en la possibilité de l'État de se tromper et de se corriger, ou même juste d'être dans le juste* » (R9 - FG 2.1, p.17). Un participant aurait aimé voir plus de transparence, « *je ressentais le besoin aussi de voir une certaine humilité des fois de savoir dire 'on ne sait pas ce qu'il se passe', ou de savoir dire 'on essaie de faire au mieux', ou de pouvoir dire 'ok là on a fait un truc c'était contradictoire avec un autre truc'* », le participant ajoutant, « *le gouvernement y compris, il a le droit à l'erreur parce que voilà on fait tous des erreurs* » (R6 - FG 2.1, p.16). Pour d'autres, le gouvernement aurait été **source de division** au sein de la société, un participant disant « *ce qui est sûr, c'est qu'ils ont quand même créé de grandes divisions qui restent* » (R9 - FG 2.1, p.18). D'autres participants ont parlé des **différents niveaux de pouvoir** qui auraient été un « *frein à une action efficace et rapide* » (R16 - FG 3.2, p.10), mais ont aussi entraîné des incohérences entre les régions de Belgique. Un participant évoque qu'il y a « *vraiment eu une cassure* » (R1 - FG 1.2, p.11) qui nécessite de **rétablir une confiance** ; comme pour un autre, la pandémie « *va marquer les esprits par rapport à l'État pendant vraiment très longtemps, je pense. Et les gens qui ont perdu foi en l'État, ont perdu foi en l'État, je pense, presque pour toute leur vie* » (R9 - FG 2.1, p.17). Afin de retrouver confiance

envers les mesures, un participant propose « *je pense que si on inclut les citoyens dans les décisions et s'ils donnent leur avis, je crois que les gens adhèreraient beaucoup plus aux mesures prises* » (R11 - FG 2.2, p.11).

Les participants ont également parlé des **experts scientifiques**. Ces derniers semblent être confiants à leur égard. Néanmoins, la majorité se questionne sur la **légitimité** des experts entendus lors de cette pandémie, pour un participant c'étaient des experts « *composés par le gouvernement* » (R8 – FG 2.1, p.18), pour un autre, « *ce sont des chercheurs de l'État qui pourraient être soudoyés par l'État pour..., comment dire, truquer un petit peu l'étude, et ne garder que les résultats qu'ils aiment bien* » (R9 – FG 2.2, p.20). Aussi, la plupart des participants regrette de ne pas avoir vu plus de **débat scientifiques**, avec des experts détachés de l'État et « *non affiliés aux laboratoires pharmaceutiques* » (R8 – FG 2.2, p.20). Un participant disant, « *je pense que le plus grand drame de cette crise c'est que le débat scientifique n'a pas pu se faire en fait, (...) on a stigmatisé certains médecins, ou certains chercheurs (...) juste parce qu'ils mettaient en garde contre la vaccination et que donc ils représentaient un risque pour l'intérêt général et pour le succès des campagnes de vaccination etc., alors que je pense qu'au final c'est exactement l'effet inverse à celui recherché, qui a été obtenu, c'est que du coup les gens ont commencé à se méfier et à se dire : si maintenant les plus grands scientifiques ne peuvent plus émettre des doutes* » (R13 - FG 3.1, p.13). Pour un autre participant c'est important dans la science d'avoir différents points de vue, « *des scientifiques qui diront « A » et des scientifiques qui diront « B ». Et là, effectivement, on n'a pas laissé trop le choix de dire « B », et il fallait peut-être penser que « A ». (...) et donc des fois de ne pas voir « A ou B » mais de voir « A et B » ensemble, faire un petit mix de tout, c'est peut-être pas mal, et c'est vrai que là avec la Covid on n'a vraiment pas eu ça* » (R15 - FG 3.1, p.14). Un participant spécifiant qu'il faudrait un médiateur neutre, « *que le débat soit tenu par un médiateur qui soit neutre et dont on n'ait pas l'impression qu'il ait déjà une position, et voilà, comme ça chacun pourrait se faire sa propre opinion* » (R16 - FG 3.1, p.14). Tandis que pour un professionnel, avoir des informations contradictoires de la part d'experts pourrait susciter un questionnement, « *je peux comprendre aussi que pas mal de gens ici aient pu refuser de rentrer dans cette logique de la vaccination. (...) quand vous avez des personnes qui tiennent un discours parfois qui ne va pas dans le même sens que d'autres experts (...) Qu'est-ce que je dois penser un peu de tout ça quoi ?* » (P3). Un participant nous a fait part de la même remarque, « *je pense que les gens prennent l'info comme telle, on leur donne une info, ils la prennent et c'est..., ça devient une vérité pour beaucoup de gens très vite. Et du coup c'est là que ça devient compliqué, c'est si on nous montre plusieurs vérités, les gens vont se sentir vite perdus aussi* » (R9 – FG 2.1, p.19).

Les professionnels ont notifié d'autres acteurs, non mentionnés par les participants. Comme les **soignants**, pour le professionnel P1, les personnes viennent au centre de vaccination « *pour revoir notre médecin pour des questions d'effets indésirables, de mal au bras ou quoi que ça soit et toute personne qui a quoi que ce soit à dire à l'occasion de rencontrer soit les médecins, soit moi* » et d'ajouter, « *C'est à taille humaine* » (P1, p.7). Puis le professionnel P2, parlant de la confiance des affiliés envers leur **mutuelle**, « *il y a une relation de proximité, de confiance envers sa mutuelle* », ajoutant qu'il y a, « *une crédibilité, une fiabilité* » (P2, p.4).

Les **théories du complot** ont été énoncées comme facteurs de réticence à la vaccination (5 participants, 1 professionnel). Il y a eu des théories par rapport à l'**origine de la maladie**, un participant nous rapportant « *il y a plein de gens qui ont dit 'oui, ça a été créé pour réduire la population mondiale'* » (R3 - FG 1.2, p.3), puis un autre rappelant l'hypothèse, « *le Covid pouvait avoir été créé par l'homme* » (R13 - FG 3.2, p.2). Mais aussi des théories sur le **vaccin de la Covid-19**, pour un participant « *je pense que c'est ça qui fait peur, c'est qu'ils nous injectent quelque chose* » (R9 - FG 2.1, p.12). Un autre, disant « *un vaccin que l'on ne connaît pas, pour une maladie qui de base on ne connaît pas, et si en plus on ne vit pas dans une ville mais que l'on vit plutôt dans un milieu rural, que nos proches ne sont pas directement concernés, ça paraît à la limite d'une théorie du complot* » (R7 - FG 2.1, p.6). Selon un professionnel, parlant de ses salariés « *on a beaucoup de gens ici qui sont très réticents par exemple à la vaccination. Pourquoi ? Car ils estiment que voilà, on va leur injecter un produit étranger dans le corps et qu'ils risquent d'être stériles* » (P3). Par ailleurs, pour un autre participant c'était difficile de faire la part des choses, « *on pouvait trouver, valider, enfin scientifiquement on pouvait trouver quelque chose et son contraire, et les deux étaient tout autant valides l'un que l'autre, si on sait bien chercher, (...) les gens qui maintenant voient des théories du complot un petit peu partout* » (R9 - FG 2.1, p.6), ce participant évoquant notamment des **lobbys**.

Au niveau de la perception du risque à l'égard de la Covid-19, les participants le perçoivent de différentes manières. D'une part, certains mettent en avant qu'ils sont moins à risque de contracter une forme sévère, par leur **jeune âge** (4). Un participant disant par rapport au vaccin, « *Est-ce que vraiment j'en ai besoin ? Parce qu'au final la grosse majorité d'entre nous, on ne va pas finir à l'hôpital* » (R1 - FG 1.1, p.6). Puis, un autre, « *je suis jeune, je pense que ça devrait aller si je l'avais* » (R9 - FG 2.2, p.4). Pour un professionnel, de manière plus général, « *il y a beaucoup de jeunes qui estiment qu'ils sont véritablement invulnérables, que rien ne peut leur arriver* », ajoutant que certains font confiance en leur système immunitaire (P3). Tandis qu'un autre participant nuance le fait que les jeunes ne soient pas à risque, « *on ne*

sait jamais comment quelqu'un va réagir au Covid, enfin il y a des jeunes qui se sont retrouvés en soins intensifs à cause de ça. Et même si on se dit que l'on n'est pas à risques, il y a quand même le moyen de développer une forme grave du Covid » (R11 - FG 2.2, p.4). Pour un autre jeune, il faudrait faire des ratios sur la sévérité de la maladie et les répercussions liées aux mesures, « *imaginons qu'il y ait 2% de décès chez, je sais pas, les 16-18, à cause du Covid, et 5% de formes graves, et disons que le fait d'être tout seul et de se renfermer, ça va leur créer par exemple de l'anxiété à vie, ou alors il y a eu des dépressions, ou alors qu'il y a eu des suicides* » (R9 – FG 2.2, p.4). Les participants semblent, cependant, percevoir le risque pour les autres. Un participant disant « *moi je ne me sentais pas inquiet parce que j'étais jeune, mais aussi parce que je ne voyais aucune population à risque* » (R9 – FG 2.1, p.7).

L'ensemble des participants ont également signifié une perception du risque de la maladie qui aurait **évolué**. Un risque perçu moindre **au moment de la découverte**, pour un participant, « *au début tout le monde se disait un peu, bon ça va passer, ce ne sera rien de très grave, et puis au final, on voit comment ça a fini* » (R10 - FG 2.2, p.3). Aussi, selon plusieurs participants (3), une perception du risque a diminué avec les **variants**, puisque donnant des « *formes moins graves* » (R16 - FG 3.1, p.10). Un autre participant disant, « *il y a de plus en plus une espèce de déni par rapport au Covid, vu qu'en plus maintenant avec Omicron, enfin les formes sont beaucoup moins graves* » (R1 - FG 1.1, p.8), et pour le même participant, « *imposer le vaccin à presque tout le monde ce n'est pas hyper nécessaire* » (R1 - FG 1.2, p.9). D'autres participants (2) ont remarqué également une diminution du risque perçu suite à la **vaccination**, certains ne respectant plus les comportements protecteurs, par exemple porter le masque, « *une fois que la vaccination est arrivée c'est vrai que ce n'était plus très, voilà unanimement porté* » (R6 - FG 2.1, p.2). Certains participants font le **parallèle entre la Covid-19 et d'autres maladies** infectieuses. Les uns la comparent à la grippe, un participant nous disant « *moi je veux bien avoir une grippe ce n'est pas très, très grave* » (R1 – FG 1.1, p.6), un autre à la gastro-entérite, « *au final revient pour nous, les jeunes, à la même chose qu'une gastro ou une grippe* » (R3 - FG 1.1, p.8). Deux autres participants stipulent que la létalité est plus importante dans d'autres maladies, pour un participant il y a « *plus de gens qui meurent d'autres maladies, mais du sida, de, d'autres choses, même plus bénignes, de la cigarette, de l'alcool, et ça on n'en fait pas tout un plat* » (R4 - FG 1.1, p.12).

Au niveau des expériences passées, les participants en ont peu évoqué.

Un participant a parlé de son expérience sociale du **vaccin contre le papillomavirus**, en disant « *on ne m'a jamais donné son avis sur mon vaccin sur le papillomavirus* » (R3 - FG 1.1, p.3).

Un autre a mentionné la ***grippe espagnole***, « *on n'a pas d'informations concrètes, à part dans les bouquins, de ce qu'il s'est passé* » (R8 - FG 2.2, p.19), ajoutant que la médecine aujourd'hui a été en capacité de développer un vaccin pour la Covid-19, « *pour la grippe espagnole, est-ce que l'on aurait pu développer un vaccin similaire à celui qui existe ?* » (R8 - FG 2.2, p.5). Un professionnel a parlé lui de l'expérience passée, ***à l'égard de la Covid-19***, comme déclenchant l'adhésion au vaccin, indiquant que les individus les plus convaincus du risque de la maladie « *sont des personnes qui l'ont attrapée eux-mêmes, ou qu'un membre de sa famille l'ai attrapée. Donc ceux-là, ils sont conscients un petit peu des dégâts que ça peut faire. Ou la perte d'un membre de sa famille, personnes âgées, etc. décédée, etc.* » (P3). Tandis que pour une participante ayant contracté une forme légère de la maladie, « *je n'ai jamais été aussi bien que quand j'avais le Covid, et donc je me suis dit, en fait pourquoi je me ferai vacciner ?* » (R3 - FG 1.1, p.6).

Au niveau de la littératie, des participants (3) ont évoqué un manque de **connaissances**, de **compréhension** quant à la capacité à chercher des informations. Un participant parlant des effets secondaires « *je pense qu'il y a très peu de gens, en tout cas de notre tranche d'âge, qui se sont réellement renseignés sur les effets ou les composants du vaccin* » (R2 - FG 1.1, p.10), un autre rebondissant « *moi, même si je voulais me renseigner, je n'y connais rien* » (R3 - FG 1.1, p.10). Pour un autre, les informations n'étaient pas adaptées en termes de compréhension, « *on avait plein de sources d'informations, mais au final personne ne savait vraiment ce qu'était la Covid, ce qu'était un ARN messenger, (...) et je trouve que ça, ça n'a pas été expliqué simplement* », rajoutant « *tout le monde n'a pas fait des études en sciences* » (R15 - FG 3.1, p.14).

Au niveau du biais de confirmation, les participants (5) ont tendance à dire que cela a pu conforter les personnes dans leurs positions envers la vaccination. Des participants (2) nous parlant notamment des **médias** ou de la **presse** sur lesquelles les personnes se fient, un nous disant, « *les gens ça leur fait peur, c'est pour ça qu'ils lisent un certain type de presse c'est pour aussi se conforter dans leur façon de penser* » (R6 - FG 2.1, p.19). Un autre parlant des personnes qui ont perdu confiance dans les médias classiques et se ***réorientent vers d'autres sources d'informations***, « *donc ils allaient vers YouTube ou d'autres médias moins classiques pour essayer d'avoir les réponses qui les confortent dans leur position* » (R8 - FG 2.1, p.5). D'autres participants (4) nous ont parlé des **réseaux sociaux** et de l'**algorithme** de ces derniers, où on a tendance à voir toujours le même contenu. Pour un, « *c'est comme ça que fonctionne*

l'algorithme Facebook, donc même si tu ne te mets pas consciemment sur des groupes, au final tu ne vas quand même voir que des choses qui te confortent dans ta position » (R10 - FG 2.1, p.20).

Un autre participant, *« peu importe la vérité que tu avais, tu pouvais trouver ton bonheur en fait avec les réseaux sociaux » (R9 - FG 2.1, p.21).* Un autre participant parlant des personnes ayant la même opinion et s'informant entre elles, *« J'avais vu des groupes Facebook sur les antivax, des trucs comme ça, et en fait les gens ils s'informent entre eux..., enfin ils s'informent sur des choses, ils ont leur opinion et ils transmettent des informations entre eux sur des choses où ils sont déjà d'accord. Donc ils sont comme emprisonnés dans des choses qu'ils croient déjà, et donc ils ne vont pas voir au-delà de ça » (R11 - FG 2.1, p.20).*

- **Les facteurs sociologiques**

Au niveau de la responsabilité sociétale, une majorité des participants l'ont mentionnée dans le cadre de la vaccination contre la Covid-19. Des participants (2) notifient une **responsabilité individuelle**, *« c'est la responsabilité de chacun, qu'il le fasse ou qu'il ne le fasse pas » (R4 - FG 1.1, p.12),* et pour un autre, *« de manière générale je trouve que les gens sont assez égoïstes, et donc dire « enfonce-toi un truc dans le bras pour aider ton voisin », bof, bof. » (R7 - FG 2.1, p.14).* Tandis que d'autres (3) mettent en avant une **responsabilité collective** des jeunes, *« les jeunes et le vaccin ça reste quand même des grandes discussions. « Est-ce que vraiment j'en ai besoin ? ». Parce qu'au final la grosse majorité d'entre nous, on ne va pas finir à l'hôpital, donc c'est vraiment par rapport à la protection des gens » (R1 - FG 1.1, p.6).* Un autre participant parle du contexte de la pandémie, notamment en cas de saturation des hôpitaux, *« j'aurais vraiment aucun problème à me refaire vacciner si c'est pour moi et juste pour la population en générale » (R15 - FG 3.1, p.8).* Un participant nous a parlé du principe de l'immunité collective, *« un vaccin ça fonctionne comme ça, c'est que si une personne se vaccinait, ça n'a littéralement aucun intérêt. (...) il faut qu'une grosse partie des gens soit vacciné pour qu'il y ait un effet » (R15 - FG 3.1, p.8).* Pour un participant, au sujet de la vaccination, il faudrait *« inciter fortement, dans le sens où on peut dire que ça serait une bonne chose, une action citoyenne » (R9 - FG 2.2, p.19).*

Au niveau des normes sociales, d'une manière générale, les participants ont évoqué **différents phénomènes sociaux** perçus lors de la vaccination de la Covid-19. Certains (5) décrivent que les personnes avaient tendance à **partager leurs opinions**, un participant se remémorant, *« je vais voir ma grand-mère, avant elle me demandait 'tu as mis ta chemisette ?', maintenant elle me demande 'tu t'es quand même fait vacciner hein ? Oui, ah c'est bien !' »*

(R7 - FG 2.1, p.14). Pour un participant, « *tout le monde donnait un avis, c'était lourd* » (R3 - FG 1.1, p.3). Pour un autre, « *le bon comportement ce n'est pas juger celui des autres (...) si on veut le faire, on le fait, et si on ne le fait pas, on ne le fait pas, mais en aucun cas se juger les uns les autres ça* » (R2 - FG 1.1, p.12). Un des professionnels nous a parlé d'avoir anonymisé la démarche de vaccination au sein de son entreprise, par rapport aux personnes convaincues et celles non convaincues par la vaccination, « *parfois, il y a un petit peu ce débat aussi entre les travailleurs et parfois il y a pas mal de tensions* » (P3). Tandis que d'autres participants ont remarqué que la vaccination a entraîné une **fermeture au débat** dans certaines situations. Un participant, « *j'ai entendu, et d'une expérience personnelle aussi, voilà, je sais que ça peut vite monter, ou on décide d'arrêter de parler de ce sujet, ou qu'on en fait un sujet tabou* ». (R16 - FG 3.1, p.6). Un professionnel a également remarqué cette conséquence, « *ça en est devenu parfois tabou dans certains cercles sociaux, où il y a pu y avoir de part et d'autre, peut-être, des comportements agressifs insoupçonnés* » (P2, p.11). Alors que pour un autre participant, « *en acceptant la discussion, on permet aussi au débat de se faire plus sereinement, et d'éviter de radicaliser les gens chacun de leur côté* » (R13 - FG 3.2, p.13).

Les participants (5) ont également observé des **conflits liés à la vaccination**. Au **niveau familial**, un participant faisant part de son expérience, « *chaque personne avait ses raisons vraiment, et même par exemple au sein de ma famille ça divisait beaucoup (...) je me rappelle à Noël, enfin on s'est un peu disputé* » (R6 - FG 2.1, p.12). Un professionnel a aussi remarqué cela, « *ce genre de débat, vous les avez même en famille. Parfois ça crée beaucoup de conflits entre les membres de la famille* » (P3). D'autres relatent des **conflits générationnels**, par exemple un participant parlant des personnages âgées, « *dès qu'ils ont commencé à recevoir leur vaccin c'étaient les premiers à se dire 'je suis protégé, c'est aux jeunes maintenant à se protéger'* » (R8 - FG 2.1, p.1).

Les participants s'accordent à dire que le sujet de la vaccination a entraîné de nombreuses **stigmatisations**. Un participant nous évoque les **médias** comme acteur de cette stigmatisation, « *ils ont joué un gros rôle dans la polarisation des idées, par exemple, des conflits où on voyait des extraits. Mais j'ai l'impression qu'ils jouent un peu un rôle à attiser la haine* » (R1 - FG 1.2, p.11). Un autre participant nous parle de la stigmatisation des médias à l'égard **des jeunes**, en ciblant des groupes « *par exemple 'les jeunes ont fait ça'* », ajoutant que, « *Ça sert à rien. C'est pas tous les jeunes. C'est pas tout le monde. Enfin, je trouve qu'ils étaient très... à catégoriser les gens assez vite et moi, c'est ce qui me dérangeait* » (R1 - FG 1.2, p.12). Pour un autre, on a aussi stigmatisé certaines régions, notamment **Bruxelles**, « *on disait clairement 'Bruxelles c'est ceux qui ne veulent pas se faire vacciner'*. Alors au lieu de dire aux gens, 'c'est bien il y a déjà

ça qui se sont fait vacciner, il faut essayer qu'il y ait plus de personnes qui se font vacciner' » (R8 – FG 2.1, p.14). Mais aussi, certains participants nous ont partagé les stigmatisations à l'égard des **personnes non-vaccinées**. Un participant nous partageant ce qu'il a entendu dans son entourage, *« oui mais ils ne sont pas vaccinés, on ne peut peut-être pas les inviter à venir boire un verre ? »* (R7 - FG 2.1, p.14). Un autre participant, mentionne des vidéos sur les non-vaccinés, diffusées sur YouTube, *« c'est vraiment mettre la population dans un espèce de 'si tu n'es pas vacciné il va t'arriver ça', et alors 'montrez les du doigt, regardez comme ils sont bêtes, ils ne se sont pas fait vacciner, maintenant ils vont tous mourir', alors que des vaccinés qui meurent il y en a aussi »*, ajoutant, *« c'est vraiment pour mettre la population qui se vaccine sur un piédestal pour qu'ils se sentent mieux, pour qu'eux-mêmes participent à cette communication »* (R9 - FG 2.1, p.15). Un participant nous a parlé de ce que pensent les vaccinés, des non-vaccinés, *« il y a des gens qui disaient 'voilà, ils n'ont pas voulu se protéger, ils n'ont pas voulu faire ce qu'il fallait pour..., voilà on ne va pas forcément s'occuper d'eux, on ne va pas les prendre en priorité à l'hôpital' »*, et il compare cette situation à un alcoolique qui ne serait pas pris en charge pour une transplantation du foie selon le principe de *« tu as bu toute ta vie, tant pis pour toi tu n'auras pas ton foie »* (R6 - FG 2.1, p.14). Pour un participant, nous ayant partagé le fait de ne pas être vacciné, *« je ne suis pas contre les vaccins non plus, c'est vrai que quand on dit qu'on n'est pas vacciné souvent on passe pour un antivax puissance mille, donc c'est un peu compliqué et c'est difficile des fois d'en parler. Moi je n'en parle pas spécialement, parce que franchement le jugement des gens c'est trop lourd à porter au quotidien »* (R6 - FG 2.1, p.7). Un professionnel, faisant une hypothèse sur les réponses de répondants lors des appels *« les personnes qui ne souhaitaient peut-être pas se faire vacciner avaient peut-être même peur de le dire, et peut-être que si la Mutualité les a appelés, ils ont dit « oui, oui, je suis vacciné » pour qu'on leur fiche la paix. C'est tout à fait possible aussi. Donc il y avait quand même, de ce que j'ai pu observer, une pression sociale énorme »* (P2, p.11). Et à l'inverse, un autre professionnel nous parle de personnes *« qui se sont fait vacciner mais qui n'ont pas envie qu'on le sache »* (P3). Un participant nous a aussi parlé de l'évolution de la stigmatisation en fonction des recommandations, *« on va t'applaudir, on va te dire 'ah super tu t'es fait vacciner' et tout, t'as fait tes deux doses, et puis la 3^e, si tu dis non, on va te dire 'non mais t'es vraiment un égoïste' »* (R6 - FG 2.1, p.14).

L'ensemble des participants ont remarqué une **division dans la société**, en fonction du choix vaccinal fait par les individus, résumé par un participant, *« là, on a quand même une division sans pareille par rapport à ce sujet-là »* (R9 - FG 2.2, p.19). Pour un autre, *« on a vraiment créé des clivages qui ont séparé des tranches de la population, et voilà, des personnes qui avaient*

des avis divergents » (R16 - FG 3.2, p.6). Un autre participant, partageant son expérience, « j'ai une amie qui est totalement contre le vaccin, mais tous les vaccins en général. Et en fait elle s'est totalement écartée de notre groupe d'amis parce qu'on était pour le vaccin », en ajoutant, « en fait, même chez nous les jeunes, ça nous a divisé. Et il y a eu des conflits qui se sont créés pour des opinions comme ça, qui nous sont propres à nous même » (R11 – FG 2.1, p.8).

Au niveau des influences sociales, certains participants (5) et des professionnels (2) les ont évoqués comme jouant sur l'intention vaccinale pour la Covid-19. Quelques-uns (4) ont parlé de l'***influence des pairs***, comme le dit un participant soulignant l'influence de l'entourage, « *il y a aussi eu, peut-être, un effet de 'mes amis l'ont fait, donc moi, je vais le faire aussi', ou 'mes parents l'ont fait, donc moi, je vais le faire aussi'. Donc, je pense que l'entourage a beaucoup joué » (R2 - FG 1.1, p.10). Un autre participant parlant de la tendance d'être avec des personnes qui ont des attributs sociodémographiques communs et qui se ressemblent, ajoutant, « les gens s'entourent de gens avec qui ils sont assez d'accord » (R6 – FG 2.1, p.20). Un professionnel de santé nous a parlé de l'initiative de certaines personnes amenant d'autres personnes à se faire vacciner « *des bénévoles qui viennent, ou des leaders, des gens avec du temps et qui arrivaient à convaincre et qui en amenaient comme ça 4 ou 5 à la fois avec bienveillance »*, ajoutant, « *c'est les vrais héros de la campagne » (P1, p.10). Puis, pour un autre professionnel une communication horizontale par des pairs semble plus efficace, « cet échange entre pairs pour comprendre certaines réticences en fonction de certaines barrières »*, tandis qu'un « *discours hyper médicalisé ne va pas forcément convaincre une personne qui a une croyance culturelle par exemple » (P2, p.16). D'autres participants, ont aussi parlé de l'influence des parents. Un participant a évoqué, « je pense que ça doit être hyper compliqué pour ceux qui croient beaucoup leurs parents sur plein de sujets. Si tes parents ne sont pas pour, est-ce que toi, tu le fais ? »*. Ce participant ajoute que ce groupe d'âge est principalement étudiant, donc que certains vivent 'aux crochets de mes parents', puis « *J'ai des amis d'amis et leurs parents sont super antivax et vraiment, c'était interdiction de faire le vaccin » (R3 - FG 1.1, p.11). Tandis que pour un autre participant, ce sujet spécifique de la vaccination a pu permettre à certains jeunes de se faire leurs propre avis, « je pense que les débats autour du vaccin ont permis à certains de se détacher un peu du seul avis de leurs parents et qui ont peut-être plus réfléchi à d'autres sujets que le vaccin et à se détacher » (R2 - FG 1.1, p.12).**

- **Les facteurs contextuels**

Au niveau de la fatigue pandémique, l'ensemble des participants expriment la **difficulté de respecter les recommandations** sur le long terme. Un professionnel soulignant cette difficulté générale, « *il y a une certaine lassitude aussi. Ça a quand même duré longtemps. Les mesures nécessaires qui ont été prises étaient parfois assez draconiennes* » (P3).

L'ensemble des participants disent avoir vécu et observé un relâchement des citoyens par rapport aux **mesures sanitaires**. Un participant a remarqué une évolution des comportements, « *il y a eu un relâchement au fur et à mesure, enfin, parce que je pense que honnêtement les gens ne pensaient pas que ça allait être aussi long et qu'il y allait avoir aussi autant de confinements* », ajoutant que les gens disaient « *stop on en a marre, vraiment c'est trop* ». (R15 - FG 3.1, p.9). Un autre participant parlant de « *ras-le-bol* », et que les personnes « *ont commencé à rattacher des choses négatives, qui leur étaient arrivées, aux mesures* » (R13 - FG 3.1, p.9). Pour un autre participant, l'essoufflement « *c'est lié au temps, c'est que..., privation de liberté ok au début, et puis quand ça dure et que ça se rallonge...* » (R2 - FG 1.1, p.8). Et un participant observant, « *ce qui est arrivé aussi, c'est que dans les discussions, les gens parlaient moins du Covid en lui-même, de la vaccination, ou de débats classiques, au fur et à mesure, et qu'ils commençaient plus à mentionner les conséquences entre eux. Donc on ne discutait plus trop du virus en tant que tel, mais plutôt du fait que 'oui ça me soûle'* » (R13 - FG 3.1, p.9).

Cette difficulté, a également été observée et vécue par les participants, par rapport aux **doses de rappel** recommandées pour le vaccin, par exemple un participant parlant de « *boosters à la chaîne* » (R16 - FG 3.1, p.19). Tous les participants s'accordent à dire, qu'avec la durée, un certain scepticisme s'est créé avec des questionnements. Un participant disant, « *trois, quatre, jusqu'où on va aller ?* » (R15 - FG 3.1, p.7), un autre, « *je me suis déjà fait vacciner deux fois, une 3^e fois, ça commence à faire beaucoup* » (R1 - FG 1.1, p.6). Un participant exprimant sa crainte, « *j'ai un peu peur qu'on nous le demande tous les six mois à tous les ans* » (R4 - FG 1.1, p.7). Un autre nous évoquant le déroulement, « *dans un premier temps on a parlé de 3^e dose comme étant un rappel uniquement pour les personnes à risques, et après on a parlé d'un rappel pour toutes les personnes. Et puis on n'avait même pas encore fini de vacciner les gens pour la 3^e dose qu'il y avait déjà des études lancées pour une 4^e dose. Donc ça, c'est vrai que ça a perdu énormément de personnes qui étaient pour la vaccination* » (R8 - FG 2.1, p.11). Pour un autre participant parlant de la communication, « *ils nous avaient dit 'deux doses et c'est fini', ils nous avaient dit 'voilà vous vous faites vacciner, c'est fini, ça ira mieux, le monde sera sauvé'. Et puis non, il y a encore une vague, et puis non il faut encore une 3^e dose* » (R3 - FG 1.1, p.6). Un

professionnel, a également observé cela, en février 2022 observant « *la demande n'est plus là* » (P1, p.3).

Au niveau des mesures gouvernementales, les participants évoquent différentes tendances. Pour un participant, « on a beaucoup critiqué, mais il faut pas non plus se leurrer sur le fait que des recommandations, ça reste toujours utile en cas de pandémie » (R16 - FG 3.2, p.11). La majorité des participants voient le CST comme incitant à se faire vacciner, voir une certaine forme d'obligation (8). Pour un participant, « on nous dit 'la vaccination elle n'est pas obligatoire', mais on fait tout pour la rendre obligatoire ». (R11 - FG 2.1, p.15). Pour un autre, « Mais je pense que ce qui a révolté les gens aussi c'est le fait que ça a été obligatoire en fait, parce que du coup, c'est même peut-être un principe de liberté qui a été le problème au fond de ça », ajoutant au sujet de la vaccination « peut-être que si on l'avait présenté de manière plus 'voilà c'est la solution', mais pas obligé les gens à le faire, sans quoi ils seront genre privés de sortir dans tous les endroits de loisirs,(...) je pense que ça serait peut-être mieux passé » (R10 – FG 2.1, p.6). Une participante nous a parlé que le CST était la raison de sa réticence à l'égard de la vaccination, « je voulais quand même me faire vacciner à disons 80%, et à un moment donné je me suis dit 'ok', je savais que l'idée de peut-être faire un pass vaccinal viendrait sur le tapis, et je me suis dit 'ok, donc concrètement si on fait un pass vaccinal et qu'on rend ça obligatoire moi c'est non'. Je..., pour moi c'était déterminant parce que politiquement parlant, je n'avais pas l'impression que je pouvais dire non autrement que par le fait de ne pas me faire vacciner, donc c'était pour moi la raison principale, c'était vraiment de politiquement pouvoir dire 'je ne suis pas d'accord avec ce que vous faites' » (R6 – FG 2.1, p.12), ajoutant que ça donne l'impression que sa vie ne lui appartient pas. Un autre participant nous a évoqué des stratégies mises en place pas des personnes non vaccinées, « j'ai quelques amis qui sont aussi pas vaccinés et c'était à chaque fois des combines (...) ou alors 'beaucoup de logistique' disons, pour pouvoir être dans les règles » (R4 - FG 1.1, p.11).

Par rapport à l'*acceptabilité*, des mesures gouvernementales en général un participant pense que, « *avant de se demander comment on doit faire respecter les règles, il faut établir si la règle est vraiment valable ou pas, et il faut réussir à convaincre les gens que la règle vaut la peine d'être respectée, parce que je pense que c'est ça, en tout cas dans mon entourage, qui a été le principal obstacle au respect de certaines règles* » (R16 - FG 3.1, p.11). Deux participants proposent, eux, de faire participer les citoyens, notamment les jeunes, « *ça leur permettra aussi d'accepter peut-être plus facilement les mesures. Et si ça vient de jeunes, de citoyens, peut-être que le reste de la population acceptera plus facilement que ça vienne des jeunes, et ça*

stigmatisera moins les jeunes, parce que l'on va dire « regardez, les jeunes participent à l'élaboration d'une solution » (R8 – FG 2.2, p.20).

La majorité des participants a également évoqué la **cohérence** des mesures à l'égard de la vaccination. Pour les personnes non vaccinées, un participant nous parle d'une incompréhension, *« je voulais partir à l'étranger voir ma grand-mère, (...) j'étais la seule au final qui se faisait vraiment faire un test, et qui vraiment était sûre de ne pas la contaminer (...) »*, puis se questionnant sur la logique du pass vaccinal, *« tu es mieux protégé, effectivement le vaccin est utile, mais ce n'est pas le saint graal de l'immunité absolue »*. (R6 – FG 2.1, p.7). Un autre participant lui répondant, *« je crois que c'était aussi un peu une 'volonté de l'État' de dire 'oui vous êtes les seuls safe et les autres peuvent le propager mais vous n'avez pas fait le vaccin' »* (R9 – FG 2.1, p.7). Un participant nous a partagé le ressenti observé, lorsque le CST n'était plus d'application, alors que des personnes avaient effectué leur 3^e dose *« c'est une blague, enfin je viens de me faire vacciner alors que je ne voulais pas, et maintenant, il n'y en a plus besoin »*, ajoutant, *« il y a des gens qui étaient là 'non mais les règles ça ne va plus, c'est plus du tout cohérent' »* (R1 - FG 1.1, p.10). D'autres incohérences, au niveau international, ont été soulevées par un professionnel, par rapport à la réglementation en vigueur dans d'autres pays par rapport aux doses (P1, p.12). Aussi, les incohérences ne sont pas spécifiques à la vaccination puisque beaucoup ont été également perçues, par les participants, dans le cadre des mesures sanitaires. Pour un participant, *« C'était difficile de comprendre pourquoi une mesure « X » arrivait, enfin était d'application à un moment « T » en fait, et pourquoi elle entrerait en vigueur à ce moment-là »* (R13 - FG 3.1, p.5). Et un autre se questionnant sur l'intérêt du couvre-feu, *« je n'ai pas compris cette mesure, parce que, pourquoi est-ce que la nuit le Covid serait moins virulent ? »* (R3 - FG 1.1, p.14).

Pour finir, l'ensemble des participants ont parlé de la notion de **liberté**. Pour un participant, *« obliger les gens c'est rarement la bonne façon de faire pour amener les personnes à faire quelque chose »* (R6 - FG 2.1, p.7). Un autre participant disant que le fait d'imposer et priver les libertés, *« ça entraîne des comportements ou des opinions très réfractaires par rapport aux personnes qui nous imposent une opinion 'A' plutôt qu'une opinion 'B' »* (R16 - FG 3.1, p.14). Pour le même participant, *« le postulat, je pense, en démocratie, c'est qu'on est tous responsable et qu'on peut prendre des décisions pour nous-mêmes, et donc voilà, s'il y a des citoyens qui préfèrent prendre le risque d'écourter leur vie, il faut leur laisser ce choix »* (R16 - FG 3.2, p.13). Un participant, a également spécifié que le gouvernement devait avoir *« confiance en la population qui va se responsabiliser et se dire 'je vais faire en sorte de protéger les gens que j'aime, mon entourage etc' »* (R10 – FG 2.1, p.7).

Au niveau de l'accessibilité, seul les professionnels en ont parlé, en évoquant les différentes techniques mises en place au sein de leurs organismes. Pour P1, le responsable d'un centre de vaccination, c'était ne pas avoir de longue file d'attente. Pour P2, la représentante des mutuelles, c'était la possibilité pour les affiliés de se faire vacciner dans les mutuelles. Pour P3, c'était de proposer aux salariés de se faire vacciner au sein de l'entreprise par la médecine du travail. P2 et P3 évoquant de rendre le plus « *simple* » ou plus « *pratique* » possible l'accès à la vaccination. Par ailleurs, pour le professionnel P1 « *la partie géographique n'est pas le critère de décision* » (P1, p.7), pour lui ce serait plus en fonction de la « *réputation du centre et le type de vaccin* ». Et pour le professionnel P3, la possibilité qu'il a offert aux salariés n'a pas fonctionné, « *on a voulu donner cette possibilité-là, mais les gens n'ont pas répondu* » (P3).

Au niveau de la communication, les participants ont évoqué diverses *techniques* utilisées par le gouvernement, les médias etc., lors de la campagne de vaccination. Certains participants ont ressenti une communication utilisant la *culpabilisation*, cette technique a tendance à ne pas être appréciée par ces derniers. Pour un participant, « *il y a eu énormément de gens qui étaient là pour culpabiliser les autres et pour jouer sur ce sentiment et les amener à faire ou ne pas faire quelque chose, et ça moi je trouvais ça dommage* » (R6 – FG 2.1, p.20). Un autre participant, parlant d'une culpabilisation utilisée également dans le cadre d'un re-confinement, où « *le gouvernement fait limite comprendre que c'est la faute du citoyen, on lui a donné ses libertés, ils ont trop pris les libertés* » (R8 - FG 2.1, p.15). Un autre disant que le gouvernement ne faisait pas preuve d'humilité et rejetait ses fautes, « *ça a été une fois de la faute des Bruxellois, une fois c'est de la faute des non vaccinés, une fois c'est de la faute des citoyens, une fois c'est de la faute de je ne sais pas qui d'autre. Faut avoir peur, et voilà, c'était plus ils nous frappaient avec un bâton pour nous faire aller dans le bon sens* » (R6 - FG 2.1, p.17). D'autres participants ont également parlé d'une communication basée sur la *peur* qui aurait influencé la décision de se faire vacciner. Pour un participant, de façon positive, « *ce n'est pas de nous dire 'il faut le faire pour protéger les autres', ce n'est pas 'il faut le faire pour protéger nous-même', si, mais ce qui a le plus convaincu je pense c'est simplement par peur. Nous mettre dans un état de panique générale en permanence, c'était fou sur les médias on ne voyait que ça, le nombre de morts, le nombre d'hospitalisés* », ajoutant, « *on a peur donc qu'est-ce qu'on fait ? Bon, même si on est un peu sceptique, on va se faire vacciner* ». (R7 – FG 2.1, p.13). Tandis qu'un autre, parle de l'effet négatif d'utiliser la peur sur le long terme, « *j'avais l'impression qu'ils essayaient un peu de nous contrôler par la peur. Ça peut fonctionner les premiers mois*

d'un confinement parce que on ne savait pas de quoi il s'agissait mais au long terme, ça ne fonctionne pas, c'est juste anxiogène » (R1 - FG 1.2, p.12).

L'ensemble des participants auraient aimé voir plus de **transparence** dans la communication, un participant notifiant *« une communication la plus transparente possible, honnête »* (R6 – FG 2.1, p.17). Un autre parlant notamment d'un tweet, *« la secrétaire d'État Belge avait publié un tableau avec le prix des vaccins, mais elle a retiré son tweet très rapidement (...) s'ils avaient voulu être transparents ils auraient dit 'voilà ce que coûtent les vaccins'. Comme ça on essaie quand même de dire 'ok, l'État prend en compte ma santé' »* (R8 – FG 2.1, p.17).

Les participants auraient également souhaité **plus d'informations** sur les recherches liées aux vaccins, un participant disant *« le plus important, ce serait de sensibiliser à l'efficacité et aux recherches qui ont été menées, pour avoir le vaccin »* (R9 - FG 2.2, p.19). Pour un autre participant, il aurait fallu plus de **pédagogie**, *« il y a certains vaccins qui sont obligatoires dans certains pays etc., même ici quelques-uns. Mais, il faudrait que ce soit fait de manière plus pédagogique, et pas dans la force et la violence, que ce soit verbal comme là, comme on disait la propagande ou quoi que ce soit, parce que finalement ça fait l'effet inverse »* (R4 - FG 1.1, p.12).

Un participant aussi parle aussi d'avoir de l'empathie dans les messages, *« je trouvais qu'elle montrait pas mal d'empathie »* (R3 - FG 1.1, p.13), parlant de Sophie Wilmès.

Les participants ont tendance à avoir perçu une **communication plus négative que positive**. Un participant nous évoque la façon négative de communiquer du gouvernement, *« dans un premier temps, ils communiquaient en disant « oui, il faut aller se faire vacciner, c'est pour votre bien », puis on communiquait dans le sens « il faut se faire vacciner, sinon vous allez être mal vus, vous allez perdre tous vos droits »* (R8 – FG 2.2, p.19). Pour un participant, *« on parlait, de gens qui n'étaient pas vaccinés, qui étaient dans un lit d'hôpital en réanimation »* (R9 – FG 2.2, p.18). Pour un autre, la manière de communiquer aux jeunes, impacte leur adhésion, *« si on communique de manière négative, l'adhésion va être difficile à obtenir (...) Si on communique de manière plutôt positive, dire 'voilà ce que le vaccin peut vous apporter, ok il y a des...' , et être transparent éventuellement aussi sur les effets secondaires' »* (R8 – FG 2.2, p.19). Selon lui, si l'on montre des études disant que les jeunes ont moins de chances de développer des effets secondaires, les jeunes adhèreraient à la vaccination. Un autre participant nous a parlé d'une expérience personnelle, avec une communication positive, après sa 1^{ère} dose, *« en revenant dans le métro j'ai croisé une infirmière qui a vu mon pansement et qui m'a dit genre 'ah c'est super tu t'es fait vacciner ! Moi je travaille en hôpital, je vois tous les dégâts du Covid et je trouve ça vraiment super que tu te sois fait vacciner'. Et ça m'a vraiment mis un baume au cœur de me dire, 'voilà c'est vraiment utile', et ça c'était un message positif, et je trouve, a manqué de*

manière globale » (R13 – FG 3.1, p.13). Pour un autre, il aurait préféré voir plus de **promotions** que d'incitations à la vaccination, avec plus de publicités disant « *voilà c'est le vaccin, les effets positifs que ça pourrait avoir* » (R10 – FG 2.1, p.6). Tandis qu'un participant nous a évoqué les raisons, d'adhérer à la vaccination, que mettaient en avant certaines publicités, telle que « *un tel s'est fait vacciner pour protéger sa grand-mère* », mais elle a été surprise par celle disant « *Pauline s'est fait vacciner pour être tranquille* », rajoutant, « *c'est vraiment à ça que ça tient quoi* » (R6 – FG 2.1, p.15). Et, deux autres participants nous ont évoqué qu'ils percevaient certaines techniques de '**propagande**', en donnant l'exemple de la communication dans les centres de vaccinations, « *là où j'ai été faire ma 3^e dose, on pouvait faire des selfies avec un panneau en fond 'je suis vacciné'* », ajoutant qu'elle trouvait cela particulier (R3 - FG 1.1, p.11). Puis un autre participant lui répondant « *je trouvais ça aussi particulier parce que ce n'est pas le réflexe premier de faire un selfie quand on est vacciné* » (R2 - FG 1.1, p.11).

Seul un participant nous a parlé du **Codeco**, nous disant avoir perçu une lassitude et que dans le temps cette communication a été moins prise au sérieux, « *j'ai le sentiment qu'en fait, à force, c'était un peu on se disait, 'ok, qu'est-ce qu'ils vont nous faire cette semaine ?'* » (R6 – FG 2.1, p.21). Les professionnels nous ont parlé, eux, de la **Cocom**, pour l'un comme l'ayant aidé dans les séances d'informations et de sensibilisation (P3), tandis que l'autre en relayant les informations et la campagne des autorités via ses multiples canaux de communication (P2). Le représentant de la mutuelle, nous a parlé d'un de leur projet, des appels proactifs auprès de citoyens ciblés, afin que « *l'idée, c'était vraiment de pouvoir informer le citoyen en matière de vaccination Covid, pouvoir parler des réticences, pouvoir aussi tout à fait respecter le libre choix, ça c'est important de le dire aussi. Tout en donnant l'information la plus correcte, la plus juste possible* » (P2, p.2), précisant qu'il est préférable de se positionner comme un conseiller, un ami plutôt qu'un adversaire voulant convaincre.

Au niveau du nudge, deux participants ont parlé d'une stratégie de « **brainwashing** » qu'ils ont perçu de la part du gouvernement, afin d'influencer l'intention vaccinale. Pour eux, « *maintenant on ouvre l'application, n'importe quel journal il y a que des choses sur le Covid, que des choses sur la vaccination, donc que ce soit fondé ou non, et qu'il y ait une bonne intention derrière ou non, le résultat est là, c'est du brainwashing, parce qu'on se lève, au petit-déjeuner on pense au Covid, à midi on mange, on pense au Covid, le soir on pense au Covid, et quand on va dormir, on pense au Covid et à la vaccination* » (R13 - FG 3.1, p.12). Pour un autre participant, cela est utile parce qu'il « *faut informer les gens, il faut inciter les gens* » (R14 - FG 3.1, p.12) mais il souligne l'effet négatif de ce dernier pour un de ses amis plus radical pour qui

c'est une technique de corruption, qui vise à dire « *qu'on était du bétail, qu'il faut qu'on apprenne inconsciemment* » (R14 - FG 3.1, p.12). Un professionnel a parlé d'un « *battage publicitaire assez fort, aussi de la part du fédéral, des gouvernements en général, de pousser à la vaccination* » (P3).

Au niveau de l'infodémie, tous les participants nous ont évoqué la **surabondance d'informations** disponibles au sujet de la Covid-19 et, plus spécifiquement, de la vaccination. Selon un participant « *il y a eu un tsunami d'informations dans tous les sens, qui a fait que chacun était totalement persuadé du bien-fondé de sa propre position, et oui, que in fine ça aboutit à une polarisation du débat* » (R13 - FG 3.1, p.6).

Les participants ont évoqué les **réseaux sociaux**, et notamment par le fait que tout le monde pouvait y partager son avis. Pour un participant, « *il y a beaucoup de gens qui ont pris position, du coup vraiment qui sont devenus prêcheurs de vérité* » (R9 - FG 2.1, p.20). Un participant a observé sur le groupe Facebook de son travail que des personnes relayées des tracts anti-vaccin. Un autre participant disant que sur les réseaux sociaux, « *des gens qui se prenaient un peu pour des médecins, et qui sortaient un peu des thèses à tout va* » et d'ajouter que ça a un effet « *lavage de cerveau, et pour des personnes peut-être un peu plus faibles d'esprit, de se dire 'ah j'ai vu ça sur Facebook'* », alors que les informations ne sont probablement pas fondées (R15 - FG 3.1, p.13). Un professionnel nous parle de prendre ces informations « *avec des pincettes* » (P3) et notifie une population « *influençable* ». Pour lui avec la saturation d'information « *on est tellement noyé d'informations qu'on ne sait plus où donner de la tête* » (P3).

Pour certains participants, les **médias** ont aussi publié un volume important d'informations. Des participants s'inquiètent de la rapidité des informations diffusées, « *les informations sont données beaucoup trop rapidement* » (R3 - FG 1.2, p.12). Pour un autre participant, « *Il y a tellement de biais partout. Les sources, on ne les vérifie même plus. Il y a une info qui sort comme ça mais on ne sait même pas d'où ça vient* », stipulant que les médias ne vérifient pas toujours leurs sources, et que de notre côté, nous devons distinguer « *ce qui peut être justifié et ce qui est encore à vérifier et ne pas tirer des conclusions trop vite* » (R4 - FG 1.2, p.13). Pour un autre, ce n'est pas le rôle des médias de parler de vaccination puisque selon lui « *les journalistes qui les rédigent sont pas forcément plus à même que des experts, pour déterminer si oui ou non c'est la vérité* » (R13 - FG 3.1, p.12). Le même participant énonçant, « *pendant plusieurs mois de suite on ouvrait n'importe quel journal, Le Monde, Le Soir, La Libre, n'importe, ce que l'on voyait c'était sur la page d'accueil, 9 articles sur 10 qui concernaient le Covid, et sur ces 9 articles sur 10, il y en avait peut-être 7 qui, enfin qui abondaient dans le sens de la vaccination* ».

et qui incitaient les gens » (R13 - FG 3.1, p.12). D'autre part, un participant nous a parlé de **fake news** concernant la vaccination, *« il y a beaucoup trop d'informations, que ce soit de fake news, (...) c'est la première fois qu'on fait face à autant de données aussi rapidement, et on ne savait pas trop comment réagir, qui croire »* (R14 - FG 3.1, p.6). Un professionnel nous a évoqué devoir lutter contre les fakes news au sein de son entreprise puisque que certains salariés *« mettaient parfois des affiches, ou alors ils avaient imprimé un truc qu'ils avaient trouvé sur internet, etc., on leur disait 'vous enlevez', il y a des affiches officielles qui sont là »*.

Face à une information 'déprimante' et 'anxiogène' relatant une 'situation catastrophique', deux jeunes du groupe 2 évoquent avoir **arrêté progressivement de regarder les informations**. Pour un, *« Perso, au début du confinement je regardais tous les jours les infos pour savoir comment ça allait, si on allait bientôt s'en sortir »,* puis maintenant *« ça me déprimait trop et du coup j'ai juste totalement arrêté de regarder les infos. Evidemment je me tenais au courant s'il se passait des trucs importants »* (R11 – FG 2.1, p.19). C'est aussi un constat qu'ils ont observé de la population, selon un participant, *« il y a quand même pas mal de gens qui simplement se sont juste coupés de la communication et se sont dit 'stop, en fait je ne vais juste plus suivre la communication du tout parce que peu importe comment est-ce qu'elle est présentée, ça ne m'intéresse pas' »* (R6 – FG 2.1, p.19).

• **Les facteurs spécifiques aux vaccins de la Covid-19**

L'ensemble des participants a évoqué différents facteurs spécifiques aux vaccins de la Covid-19, influençant, négativement ou positivement, l'intention vaccinale. Pour une participante, *« j'ai fait tous mes vaccins depuis que je suis petite sans réfléchir, pourquoi est-ce que je ne ferais pas confiance à celui du Covid ? »* (R3 - FG 1.1, p.6). Néanmoins, les participants ont eu tendance à évoquer des craintes envers ce vaccin à plusieurs niveaux.

La **vitesse de fabrication** a été évoquée par 5 participants, celle-ci semblant entraîner une réticence à l'égard du vaccin. Un participant nous parle de ce qu'il a entendu, *« je connaissais plein de gens qui disaient 'alors moi je ne me fais pas vacciner, en un an, on ne sait pas ce qu'il y a dedans, c'est super dangereux' »* (R1 - FG 1.1, p.5), pour un autre en parlant du temps de développement du vaccin *« dans ce cas-ci, c'était un peu rapide donc on a peur »* (R7 – FG 2.1, p.5). Deux participant comparent avec les autres vaccins, pour un, *« mais il n'y avait pas beaucoup de délais comparés à d'autres comme la polio »* (R4 - FG 1.1, p.12) ; pour un autre, évoquant également les **composés** du vaccin *« certaines personnes qui suivaient les vaccinations obligatoires depuis qu'ils sont petits, et ils ne se sont jamais posé la question. Ici, ils disaient 'moi je ne sais pas ce qu'il y a dans ce vaccin, il a été développé trop rapidement' »*

(R8 - FG 2.1, p.5). Un professionnel utilise un discours pour rassurer ses salariés en disant que le processus a pu être accéléré grâce aux moyens mis en place, « *les moyens étaient là, les moyens humains, les moyens matériels qui ont fait qu'on a pu avoir assez rapidement une réponse à cette pandémie, à ce virus* », ajoutant, « *ils ont mis vraiment le paquet et ils ont mis vraiment des armées de scientifiques, d'experts, microbiologistes, etc épidémiologistes sur cette problématique là parce que c'est une problématique mondiale* » (P3).

Des participants ont mentionné le **manque de recul**, nous disant avoir préféré attendre de voir les autres se faire vacciner, « *ça m'a rassuré que beaucoup, beaucoup de gens l'aient fait pour enfin me faire vacciner aussi finalement* » (R4 - FG 1.1, p.10). Et un autre, « *on peut être d'accord avec l'idée du vaccin en général puis se rendre compte, après une discussion, que c'est vrai que les vaccins, qui ont été développés pour le Covid, ils posent question* » (R13 - FG 3.2, p.13). Un autre participant mentionne le fait que l'État recommande des doses de rappel, « *finalement au bout de quatre mois ça ne marche plus, on va devoir refaire une dose* », cela entraîne une méfiance, selon le participant, certains se disent « *ils nous mettent le vaccin mais ils n'ont aucune vue à long terme, ils ne savent pas vraiment ce que ça va faire* » (R10 – FG 2.1, p.11).

La crainte des **effets secondaires et de l'innocuité**, sur le long terme, a été mentionnée par 4 participants. Un participant nous disant, « *on pourrait se faire injecter effectivement quelque chose qui pourrait n'être pas aboutie (...) et on pourrait développer des problèmes à cause de ça* » (R9 – FG 2.1, p.12). Une autre participante, nous mentionnant, « *tu avais quand même pas mal de retour sur le fait qu'au niveau des menstruations, etc. ça avait un impact* » (R6 – FG 2.1, p.12). Puis, un autre participant, se projetant, « *Mais, donc, on se donne rendez-vous dans 25 ans pour voir comment on a vraiment évolué (...) on verra bien, mais si on a des enfants en parfaite santé* » (R4 - FG 1.1, p.11).

Des participants (4) se posent des questions quant à l'**efficacité** du vaccin. Un participant disant « *personne n'en sait rien en fait, d'est-ce que le vaccin est efficace ? À quel point ?* », et ajoutant « *on ne sait pas trop contre quels variants c'est efficace, combien de temps ce sera efficace* » (R10 – FG 2.1, p.11). Un autre participant s'interrogeant, « *les vaccins, au final, ne limitaient pas la propagation, donc c'est quoi le but du coup de se faire vacciner pour nous ?* » (R1 – FG 1.1, p.5). Un participant parle de la '*solution miracle*' de la vaccination, aidant dans le recul de la propagation du virus, mais ajoutant « *maintenant va falloir se rendre compte qu'il va falloir apprendre à vivre avec, parce que là pratiquement tout le monde est vacciné, donc ce n'est plus de la faute des non vaccinés (...) ça continue quand même un peu de circuler* » (R6 – FG 2.1, p.16). Un professionnel nous a aussi parlé de la perception de l'utilité du vaccin, par exemple pour des personnes ayant de la famille dans un pays moins touché par la Covid, certains se

questionnant « *pourquoi est-ce que moi je vais me faire vacciner alors que mes cousins qui se trouvent de l'autre côté de la Méditerranée se portent plutôt relativement bien* » (P3).

Nous avons demandé aux participants du groupe 1, avec quels vaccins ils s'étaient fait vacciner. Certains participants nous ont stipulé **préférer un vaccin** plutôt qu'un autre, pour des raisons et opinions différentes. Un participant préférant le vaccin Pfizer parce qu'il a eu ses premières doses avec, « *la 3^e fois, je voulais encore avoir Pfizer, mais ils m'ont donné Moderna* » (R3 - FG 1.1, p.6). Un autre participant parlant du vaccin J&J pour « *avoir une piqûre* » (R4 - FG 1.1, p.6), alors que pour un autre « *je pense que je n'aurai pas accepté de prendre Johnson, juste Johnson, parce que du coup quand le vaccin s'est développé, moi j'étais en Norvège et là-bas tout le monde était très pro-vaccin sauf Johnson qui a été interdit là-bas* » (R5 - FG 1.1, p.7). Un professionnel a choisi le vaccin Pfizer pour son antenne de vaccination puisque selon lui c'était le vaccin pour lequel « *il y a eu le moins de polémique possible* » (P3). Un autre professionnel ayant remarqué une différence de popularité parmi les vaccins, le vaccin AstraZeneca « *était pas très populaire* » tandis que le Moderna « *paraissait beaucoup plus populaire* » (P1, p.7).

Pour terminer, l'ensemble des participants semblent penser que nous ferons face à une prochaine pandémie ou épidémie dans le futur, un participant du groupe 3 parlant notamment de la « *variole du singe en ce moment* » (R13 – FG 3.1, p.1). Pour les participants, de nombreuses choses pourraient entraîner cela, la **mondialisation**, les **voyages**, le **permafrost** « *qui va libérer des nouveaux virus* » (R15 - FG 3.2, p.1), ou bien le **réchauffement climatique**, la **disparition de biotopes** etc. Un participant parle d'**apprendre des épidémies** (actuelles et passées), « *si on a quelque chose qui allie à la fois le Covid et quelque chose qui ressemble à la grippe espagnole, on pourra..., on aura au moins quelque chose, des mesures que l'on pourrait prendre pour éviter les contagions* » (R8 - FG 2.2, p.5). Tandis que deux participants évoquent un '**antécédent Covid**' général, « *je pense qu'à la moindre pandémie qui pourrait réarriver, qu'elle soit de courte ou de longue durée, la santé mentale va être instantanément impactée en fait* » (R9 - FG 2.2, p.17). Pour un autre « *il y aura toujours, à mon avis, indirectement tous ceux qui ont connu là cette crise, auront indirectement une pensée vers le Covid, vers les restrictions qu'on a vécu, vers peut-être les décès qu'on a connu* » (R4 - FG 1.1, p.15).

IV. Discussion

Dans cette étude exploratoire, il est important de tenir compte de l'échelle de mon échantillon ($N=16$) et de la caractéristique homogène de celui-ci, lors de l'interprétation des résultats. C'est pour cela que dans cette partie je ferai une triangulation des données entre :

- les résultats de mon échantillon (focus groups avec mon public cible) ;
- les entretiens avec des représentants d'organisations de Bruxelles ;
- la revue de littérature ;
- et une pré-étude de Maes (2021) proposant un autre point de vue grâce à son échantillon de jeunes adultes bruxellois, différent⁷ du mien en terme sociodémographique et d'opinion vaccinale. Cela me permettra de nuancer les positions.

Je rappelle que le choix d'une méthode qualitative avec un recueil de données par focus groups n'escompte pas de valeur statistique. Ainsi les résultats présentés révèlent une diversité de points de vue d'un échantillon de 16 jeunes adultes, et non la fréquence, ni l'ensemble des points de vue possibles de cette population. L'échantillon n'est donc pas généralisable.

1. Confrontation des résultats à la littérature

Dans cette partie, nous aborderons les quatre hypothèses de départ dans le but, *in fine*, de répondre à la question de recherche « En période de pandémie, qu'est-ce qui a favorisé l'adhésion à la vaccination contre la Covid-19 des jeunes adultes bruxellois ? ».

Dans un premier temps, j'aimerais évoquer que pour certains participants la vaccination n'est pas vue comme un comportement protecteur, car à risque de développer des effets secondaires. Elle est donc perçue au-delà d'un simple comportement à adopter. Tandis que, dans le guide d'entretien, je n'avais pas de question spécifique à la vaccination (hors relance), je m'attendais à ce que les participants m'en parlent lorsqu'ils évoquaient les comportements protecteurs.

- **H0** : chaque jeune adulte possède des motifs différents pour se faire vacciner contre la Covid-19, tout le monde ne mettant pas la même priorité. Et de manière générale, certains facteurs influenceraient plus le choix personnel de la vaccination.

A travers les résultats de cette étude, nous pouvons observer que les participants ont énoncé différents facteurs influençant la vaccination contre la Covid-19.

⁷ L'échantillon de la pré-étude de Maes (2021) est composé de 25 jeunes habitants à Molenbeek (en RBC), ayant entre 18 et 27 ans. Il notifie « ces témoins sont tous précaires, « racisés » et confrontés à des situations familiales et personnelles complexes ». Aucun de ces jeunes n'est vacciné au moment de l'enquête (en 2021).

Les principales **raisons** de s'être fait vacciner, énoncées par les participants, étaient de l'ordre d'une **motivation extrinsèque**. A savoir, retrouver plus de **liberté** (lié au CST), partir en **vacances**, continuer ses **activités** etc. Un participant a néanmoins parlé de **motivation volontaire** avec un certain **enthousiasme** chez des jeunes au début de la campagne de vaccination. Le responsable du centre de vaccination, à lui-même observé des personnes 'impatientes' de se faire vacciner. Ce professionnel a d'ailleurs observé trois profils parmi les vaccinés : les 'impatientes', ceux qui le faisaient par devoir, et les contraints (par le CST). Enfin, d'autres ont mentionné que des personnes étaient totalement **contre le vaccin**. Les participants semblent s'accorder à dire que la motivation à se faire vacciner tend à **diminuer** dans le temps ; notamment, lorsque le CST n'est plus appliqué, que les hôpitaux ne sont plus surchargés, quand les recommandations semblent incohérentes, et que les personnes ne perçoivent plus l'utilité des doses de rappel. Cela est cohérent avec la revue de littérature, puisque la motivation extrinsèque n'est pas **pérenne**, mais de courte durée. Nous pouvons observer qu'il y a eu un temps 1 avec le CST, et un temps 2 où le CST n'était plus appliqué.

Concernant les **facteurs influençant négativement** l'intention de se faire vacciner, les participants ont évoqué une **faible perception du risque**, une certaine **lassitude**, puis également des facteurs **spécifiques aux vaccins**, entre autres influencés par des **fake news** et des **théories du complot**. Ces facteurs concordent avec ceux observés dans la revue de littérature.

Les participants ont évoqué **peu percevoir le risque de la Covid-19**, du fait de leur âge, la comparant à une grippe. Cela a aussi été signifié par le directeur de l'entreprise dont la majorité des salariés sont de jeunes adultes. Par rapport à la perception du risque, il ne semble pas y avoir de différences sociodémographiques significatives avec les jeunes de la pré-étude de Maes, puisque ces derniers « *relativise[nt] la gravité de la Covid-19* ». Néanmoins, un participant, de mon étude, a nuancé ces propos, en disant que même jeune, personne n'est à l'abri de développer des formes graves. Aussi, cette perception du risque, semble diminuer face à des **variants** jugés moins graves, ou suite à la **primo-vaccination**, mais aussi l'expérience d'avoir contracté la maladie sous des **formes légères**. L'ensemble de ces raisons quant à la faible perception du risque chez les jeunes est similaire à celles vues dans la revue de littérature. On constate qu'une lassitude a été évoquée, par rapport au contexte, de devoir respecter les mesures sanitaires, mais aussi à l'égard de la vaccination et des doses de rappel demandées. Cette lassitude peut se traduire par la **fatigue pandémique** évoquée par l'OMS.

Dans les facteurs spécifiques aux vaccins, les participants ont observé des préoccupations concernant la **fiabilité** du vaccin (manque de recul, vitesse de fabrication jugée rapide, les composants), l'**innocuité** (les effets secondaires), l'**utilité** et l'**efficacité** (n'empêchant pas de

contracter la maladie). Les jeunes de la pré-étude de Maes ont également évoqué des craintes principalement liées aux effets du vaccin. Des effets secondaires qu'ils ont perçus sur les réseaux sociaux, comme TikTok, (le vaccin rendant magnétique, fertile, entraînant le cancer ou des problèmes d'érections). Ces derniers semblent également inquiets quant à la composition du vaccin, se demandant s'il contient de l'alcool, de la drogue ou s'il est halal, selon Maes (2021). Une participante, de mon étude, s'inquiétant elle des effets secondaires sur les menstruations. Nous constatons que chacun s'inquiète d'effets secondaires le touchant personnellement. Par ailleurs, contrairement à ce dont témoigne la revue de littérature, les participants n'ont pas évoqué de doute concernant les vaccins à ARNm, certains ayant dit préférer le vaccin Pfizer, alors que celui-ci est à ARNm. Par ailleurs, le directeur d'entreprise, a proposé ce vaccin dans son antenne de vaccination, puisque selon lui il présentait le moins de controverses. Le responsable du centre de vaccination a également observé une popularité de certains vaccins comparés à d'autres, le vaccin AstraZena paraissant moins populaire. D'autre part, certains auraient préféré le J&J afin de n'avoir qu'une injection. Aussi, nous remarquons que la plupart a accepté de se faire vacciner, tout en exprimant une *incertitude* à l'égard du vaccin, particulièrement concernant les effets secondaires à long terme. Nous pouvons donc dire, qu'ils se trouvent sur le continuum de l'hésitation vaccinale selon WHO, en qualité de « accepte mais n'est pas certain » (Annexe 11).

D'autre part, selon la revue de littérature, les *hésitants à la vaccination* cherchent des informations, mais ils seraient confrontés à des informations non adaptées à leurs connaissances. Cela reflète un manque de *littératie*, comme nous avons vu qu'1/3 de la population belge serait concerné. Il faudrait alors adapter les messages, les informations transmises avec un langage accessible. Aussi, comme vu dans la littérature, une faible littératie aurait une répercussion sur l'observance des comportements.

Nous constatons, que deux des *principaux freins* à cette vaccination, exprimés par les jeunes, sont repris dans le modèle des 3Cs de l'hésitation vaccinale du groupe SAGE (Annexe 12), la perception du risque (complaisance) et la confiance à l'égard du vaccin. Néanmoins, les participants, de mon étude ou de celle de Maes, n'ont pas évoqué l'aspect commodité (ou l'accessibilité). Cela peut traduire le fait qu'ils ne se sentent pas concernés par la triade offre-besoin-demande, car non demandeur du vaccin. Ce facteur a cependant été évoqué par les professionnels, l'un parlant de comment il évitait d'avoir des files d'attente dans son centre de vaccination, le second évoquant l'ouverture d'antennes de vaccination dans les mutuelles, et le troisième offrant la possibilité à ses salariés de se faire vacciner au sein de l'entreprise. Ces techniques ont été développées dans le but de maximiser l'accès de la vaccination. Néanmoins,

le fait que les participants n'aient pas parlé de l'accessibilité, est cohérent avec ce qu'ont évoqué Van Oost et al., 2022, ce n'est pas un facteur clé dans l'intention de se faire vacciner.

Nous pouvons donc constater que les raisons d'accepter, d'hésiter, de refuser la vaccination, sont propres à chacun suivant les différents facteurs, même si nous pouvons observer certaines tendances concernant les freins et les leviers.

- **H1** : la décision vaccinale, contre la Covid-19, des jeunes adultes bruxellois, résulterait notamment d'une stratégie de communication peut être « non adaptée », et ils se sentiraient donc non concernés.

Au travers des résultats, différents types de communications ont été identifiés par les participants. Il en est ressorti que certaines communications sont souhaitables et appréciées par les jeunes, tandis que d'autres ne le sont pas, impactant négativement leur adhésion.

Nous pouvons reprendre les tendances exprimées par les participants dans un tableau :

Communication non souhaitée	Communication souhaitée
- Une communication négative - Anxiogène - Culpabilisante - Stigmatisante - Utilisant la peur (négative à long terme) - Utilisant la propagande - Incohérente - Le Brainwashing	- Une communication positive - Honnête - Empathique - Transparente - Pédagogique - Fondée sur des sources fiables - Informations nuancées

Tabl 2 –Tendance des communications souhaitées et non souhaitées par les jeunes lors de campagne de vaccination

Si nous confrontons avec le cadre théorique, nous voyons que les participants ont mentionné des techniques que je n'avais pas énoncées. Notamment l'utilisation de la **peur** qui a été fortement énoncée par les participants. Pour Raude (2013), l'utilisation de la peur dans les campagnes de prévention, semble dans un premier temps favoriser l'adhésion en maximisant la perception du risque, mais dans un second temps elle conduirait à la minimiser (un effet de « *courbe en cloche* »). C'est ce qu'ont évoqué les participants, notifiant que des personnes se sont faites vacciner par peur, mais que cela entraîne un effet négatif sur le long terme. Ce serait contre-productif. D'autre part, ils ont aussi parlé d'une **communication négative** qui se fonderait uniquement sur ce qui ne va pas, alors qu'ils auraient aimé voir plus de positif dans les messages, notamment en valorisant les efforts. Les participants n'ont pas évoqué de communications perçues infantilisante comme vu dans le cadre théorique. Ils ont peu évoqué les **outils de communication**. Un participant nous parlant d'une affiche avec un **message** qui l'a surpris, se faire vacciner pour 'être tranquille'. Ce message peut minimiser le fait de comprendre les enjeux sociétaux de la vaccination, il faut donc faire attention aux messages

véhiculés. D'autres techniques, dites de *propagandes*, ont interrogé certains participants. Des participants ont remarqué des techniques qu'ils ont nommées de '*Brainwashing*', ou lavage de cerveau. Ils comprennent que le gouvernement veut inciter à se faire vacciner, mais ils préviennent aussi des retombées que peuvent avoir cette technique. Comme vu dans la littérature, cette technique, comparable au nudge, ne serait pas efficace pour les personnes à l'opinion déjà tranchée. Cela fait écho avec le fait de communiquer en fonction du niveau d'intention vaccinale de Wood et Schulman (2021).

Par ailleurs, les *professionnels* nous ont également parlé de la communication mise en place par leurs organismes. L'un, il sensibilisait et utilisait des informations provenant de la Cocom et du gouvernement, afin qu'il n'y ait qu'une seule voix. Un autre relayait la communication du gouvernement sur ses différents canaux, afin de la maximiser.

D'autre part, selon la littérature, nous avons vu qu'il fallait avoir *confiance* en l'émetteur du message. Or, les participants évoquent une certaine méfiance vis-à-vis du gouvernement, des experts et des médias. Selon eux, les médias ne parlaient que de la Covid-19, ayant tendance à amplifier voir déformer les informations ; certains, se méfiant des *sources et données* utilisées. Aussi, les participants auraient aimé voir plus de débats scientifiques, soit des *avis contrastés* pour se faire leur propre jugement. L'ensemble des participants nous a également mentionné que les informations étaient anxiogènes, et que certains ont choisi de s'en éloigner, cela rejoint ce qui a été constaté dans la revue de littérature par Lits et al., (2021) et Favresse et Geurts (2022). D'autre part, les jeunes de la pré-étude de Maes, suivent peu les médias, mais s'informent sur d'autres canaux, les *réseaux sociaux*. Nous avons vu dans la littérature que ces canaux étaient source de *désinformations* et de *fake news*. Un professionnel s'inquiète de leur utilisation pour des personnes influençables et dans la littérature nous avons vu que quelques minutes suffisent à infléchir notre décision quant à la vaccination. Les participants de mon étude ont également remarqué que les réseaux sociaux étaient source de partage d'opinions et d'informations (horizontalement comme évoqué par Dubé et al., 2013).

D'autre part, ils ont également mentionné l'*algorithme* de ces canaux, montrant toujours les mêmes types d'information. Par ailleurs, comme indiqué par la littérature, un des défis est de faire face à l'*infodémie*. En effet, les jeunes et les professionnels nous ont signifié que cette surabondance d'information entraînait une difficulté de reconnaître ce qui était fiable, il y a une difficulté à reconnaître les bons comportements à adopter. Aussi, pour des personnes ayant déjà une opinion tranchée à l'égard de la vaccination, ils seraient sujet à un *biais de confirmation*, en se confortant dans leurs décisions car se fiant à certains canaux de communication et auprès d'autres personnes partageant le même avis.

Ainsi, il semblerait que les jeunes ne se retrouvent pas dans la communication de la campagne vaccinale, jugée très négative et anxiogène, et amenant certains à se couper de l'information ou se réorienter vers d'autres canaux d'informations.

- **H2** : dans un contexte de pandémie, la confiance des jeunes adultes envers le gouvernement, et notamment la cohérence des mesures, impacterait la décision vaccinale (positivement ou négativement).

De manière générale, nous pouvons constater que les participants énoncent un *manque de confiance* envers les autorités. La plupart, évoquant que cette confiance a été perdue de façon *progressive* durant la pandémie, avant même le début de la campagne de vaccination. Notamment du fait que le gouvernement n'ait pas été *exemplaire* dans le suivi des mesures qu'il instaurait. Cela a également été notifié par des jeunes de la pré-étude de Maes (2021). D'autres estiment aussi que le gouvernement *ne maîtrise pas*, et qu'il n'était pas *transparent* sur ce qu'il savait et ce qu'il ne savait pas. Par ailleurs, certains participants pensent que le gouvernement contrôle les médias et des experts, que ces derniers ne seraient pas neutres. D'autre part, Maes a soulevé que la réticence, pour son échantillon, serait aussi liée à une « défiance » envers les institutions de façon générale (gouvernement, hôpitaux, etc.) plutôt qu'un rejet des vaccins.

Aussi, nous pouvons percevoir des impacts significatifs liés aux *mesures gouvernementales* quant à l'acceptation de la vaccination. Le contexte pandémique a amené le gouvernement à prendre des mesures parfois draconiennes (ce que souligne un professionnel) ; certains estiment que les décisions ont été prises pour l'ensemble de la population, sans prendre en compte les particularités de certains groupes, des jeunes soulignant le manque de considération à leur égard. Thunus et al. (2021) ont évoqué que les mesures étaient perçues inégalitaires et injustes par la population. Puis, pour la majorité des participants, le *CST* était perçu par les jeunes comme un moyen d'obliger les personnes à se faire vacciner. Pour eux, cette incitation est perçue *négativement*, les privant de leur *liberté*, comme soulignée dans la revue de littérature. D'autre part, nous avons vu aussi dans celle-ci, qu'il y avait une division au sujet du CST, ici, les jeunes le prendraient justement plus comme un 'ticket pour la liberté', que comme un 'outil de sécurisation'. Un participant non-vacciné, signifiant même que c'est la raison de son *refus* à l'égard de cette vaccination. Pour lui, c'est un moyen pour dire qu'il n'est pas d'accord face aux mesures du gouvernement, ce qui rejoint ce que nous disait Grimaud (2021), quand il parlait d'entrave à la liberté individuelle. Par ailleurs, je rajouterais, que selon les philosophes Basque

et Bencherki (2019), l'opposition à la vaccination marquerait une identité, une manière de prendre sa place dans la société.

D'autre part, des participants ont perçu un manque de *cohérence* par rapport au CST, notamment le fait que les personnes non vaccinées étaient les seules à se faire tester, alors que le vaccin n'empêche pas de contracter la maladie, et donc de la propager. Aussi, certains ont le sentiment de s'être fait avoir lorsqu'il n'était plus appliqué, alors qu'ils venaient de faire leur 3^e dose. Néanmoins, d'autres estiment que *sans le CST* ils ne se seraient peut-être pas faits vacciner, ce qui avait été évoqué dans la revue de littérature, que les personnes hésitantes reconnaissent le CST comme un moyen de les motiver. Lorsque l'on regarde les chiffres (Annexe 10) plus de 40 % de cette tranche d'âge était déjà primo-vacciné avant l'instauration du CST en RBC, et 10% supplémentaire lors de la période du CST. Aussi, on peut voir que ça a joué sur les doses de rappel, puisque la 3^e dose a été adoptée par quasiment ¼ des jeunes adultes, durant cette période. Je rappelle aussi que le premier focus group s'est déroulé 2 jours après la fin du CST qui a donc été fortement évoqué par ces participants. Les jeunes de la pré-enquête de Maes ne parlent pas du CST, ce dernier n'était pas encore d'application.

Il semblerait donc que la confiance des jeunes adultes envers le gouvernement et ses mesures, a impacté leur décision de se faire vacciner. Cela est cohérent avec la littérature et le modèle de Dubé et al. (2013) (Annexe 14) et avec Oliu-Barton et al. (2021). Pour retrouver cette confiance, les jeunes souhaiteraient plus de transparence et être inclus dans les campagnes et décisions, afin d'y adhérer de façon pérenne (comme évoqué aussi par MacDonald et Dubé, 2020 et le CSS n°9662). Cependant, pour certains, cela semble difficile de retrouver confiance envers le gouvernement.

- **H3** : la pression sociale envers les jeunes adultes est d'autant plus importante dans un contexte de pandémie où ils ne sont pas la population plus à risque de développer des formes sévères de la maladie, mais sont susceptibles de la propager.

Dans le contexte de la campagne de vaccination, beaucoup de phénomènes sociaux ont été observés et énoncés par les participants. Pour eux, la vaccination a été un sujet de *débat* où chacun donnait son avis, notamment l'entourage, les pairs etc., mais aussi sur les réseaux sociaux. Cependant, ils ont également dit qu'elle pouvait être *sujet de tabou* dans certains cercles, afin de ne pas donner lieu à des conflits. Cela n'a pas été vu dans ma revue de littérature. Pourtant, des conflits ont été perçus dans le *cadre familial et amical*, entre des personnes ayant des opinions différentes concernant la vaccination. Un professionnel a aussi fait ce constat, dans

le cadre professionnel. Ils ont peu parlé de *conflits générationnels*, sauf un participant évoquant des personnes âgées qui disaient que maintenant, c'était aux jeunes de se protéger.

Les participants ont également constaté que la vaccination a entraîné de nombreuses *stigmatisations*, notamment de la part du gouvernement ou des médias, catégorisant des sous-groupes de la population, cela a été vu aussi par Thunus et al., (2021). Les participants ont énoncé des stigmatisations à l'égard des jeunes, de Bruxelles et des personnes non-vaccinées. Tandis que les jeunes de la pré-étude de Maes (2021) ont aussi perçu des stigmatisations spécifiques à l'égard des quartiers populaires. Les participants ont évoqué que pour éviter ces stigmatisations, certains non-vaccinés cacheraient leur statut vaccinal ; cela été aussi évoqué par l'OMS. Néanmoins, de l'autre côté, un professionnel nous dit que des personnes vaccinées cacheraient également leur statut. Nous pouvons remarquer une peur de la stigmatisation et des conflits de manière générale. Les participants ont aussi observé une *division*, voire même une *polarisation*, de la société, entre les vaccinés et les non-vaccinés, cela est en accord avec ce qu'avait constaté l'UNIA. Certains auraient mis à l'écart les non-vaccinés, par exemple se posant des questions s'ils devaient les inviter, alors que d'autres se seraient éloignés d'eux-mêmes, cela a été constaté dans la littérature, par le baromètre de la motivation.

D'autre part, pour certains, les *influences sociales* ont pesé dans les décisions. Notamment l'influence des *pairs*, indiquant que des personnes ont accepté la vaccination parce que leur entourage l'avait fait, et notifiant que l'on a tendance à s'entourer des personnes qui ont la même vision (comme notifiée par Van Oost, 2022). Ces influences par les pairs ont également été identifiées par les professionnels, comme efficaces dans l'acceptation de la vaccination ; un nous parlant de personnes « leader » ayant influencé les décisions, cette notion peut rejoindre la propositions de l'ASBL Question Santé de faire appel à de « jeunes ambassadeurs ». Un autre professionnel nous a aussi évoqué l'efficacité de la communication horizontale qui favoriserait la discussion, qui avait aussi évoqué Le Grand (2012). Puis le troisième disant avoir discuté avec ses salariés, tel un père de famille. Les participants ont aussi parlé de l'influence des *parents*. Pour certains, ces derniers auraient influencé leurs opinions, mais un participant nous a signifié que cela a potentiellement permis à certains de se détacher de l'avis de leur parents. Enfin, peu de participants ont évoqué la *responsabilité sociétale* comme facteur dans l'acceptation de la vaccination. Nous avons également vu cela dans la revue de littérature, que « *se faire vacciner pour les autres* » n'était pas un levier selon Gaudray et al. (2021). Tandis que d'autres études avaient évoqué, dans les raisons des jeunes à se faire vacciner, d'aider la société à combattre la maladie ainsi qu'une vision altruiste de protéger les autres. Certains participants semblent comprendre l'utilité de se faire vacciner, en fonction de la situation des

systèmes de soins et si ces derniers sont saturés, comprenant aussi que si un seul se fait vacciner, cela n'aura pas d'impact. En parallèle, les jeunes de la pré-étude de Maes (2021) n'évoquent pas de responsabilité sociétale, ce qui peut s'expliquer par l'impression ne pas avoir de place au sein de la société, une impression qui serait entraînée par les stigmatisations à leur égard, on observe ici une différence significative. D'autres participants ont prôné la **responsabilité individuelle**, notamment disant que le choix leur appartenait, et d'autres qu'il fallait avoir confiance envers les personnes, de protéger ceux qu'ils aiment.

Pour résumer, nous pouvons dire que les jeunes adultes ont perçu une pression sociale à l'égard des personnes réticentes ou non vaccinées, mais dans la population en général, et non spécifiquement sur les jeunes.

Enfin, l'adhésion vaccinale des jeunes adultes bruxellois dépendrait de facteurs multidimensionnels. En particulier, les jeunes adultes semblent plutôt hésitants à se faire vacciner car percevant peu les risques de la Covid-19. D'autre part, ils sembleraient réticents quant aux facteurs spécifiques de ce vaccin, puis peu confiants vis-à-vis du gouvernement, des médias et des experts. Par ailleurs, ils se questionneraient sur la communication négative utilisée, et auraient tendance à chercher des informations sur d'autres canaux, mais faisant face à une infodémie. Ils percevraient également de nombreux phénomènes sociaux négatifs.

2. Mise en perspective et recommandations

Mon étude portait sur l'adhésion de la vaccination de la Covid-19 des jeunes adultes Bruxellois. Cette étude cherchait à comprendre leur adhésion en identifiant les facteurs influençant leur intention à l'égard de la vaccination. Cela, dans le but de tirer des enseignements de la crise actuelle, afin d'émettre des recommandations pour développer des interventions efficaces dans la perspective d'une future crise sanitaire. Ainsi, voici les différentes recommandations que je suggère de mettre en œuvre.

Dans un premier temps, dans le cadre d'**une future crise sanitaire**, je recommande :

- **Que le gouvernement recouvre la confiance des jeunes adultes.**

A ces fins, je préconise que le gouvernement tienne compte des besoins des jeunes adultes, et des répercussions en cas d'instaurations de mesures sanitaires. Leur expliquant en quoi ces mesures sont nécessaires. Aussi, leur montrer de la considération, pour ne pas qu'ils se sentent oubliés. Et enfin, de se montrer exemplaire.

- **De donner de la place aux jeunes adultes dans les processus de décision.**

A ces fins, je préconise que le gouvernement fasse participer les jeunes, les rendant acteurs dans la conception, la construction et la mise en œuvre de décisions qui les concernent. Par exemple, le gouvernement pourrait organiser, un retour d'expérience de la crise actuelle, ou des rencontres entre des jeunes, des experts, des médias et des professionnels de santé. Cela serait l'occasion d'entendre leurs préoccupations, particulièrement dans une société qui évolue. Et dans l'autre sens, que les jeunes écoutent les différents points de vue des autres acteurs.

Dans un second temps, dans le cadre d'une *campagne de vaccination de masse*, en période de pandémie, je recommande :

- **D'utiliser une communication vaccinale adaptée et inclusive.**

A ces fins, je préconise d'élaborer des messages personnalisés afin que les jeunes puissent se reconnaître dedans. Utiliser un langage compréhensible pour transmettre les informations. Tourner les messages de manière positive, utilisant l'empathie, et soulignant les efforts des jeunes adultes. Communiquer ce qui est connu mais aussi ce qui ne l'est pas (*sans susciter la panique*). Utiliser différents canaux de communication, notamment ceux utilisés par les jeunes adultes. Co-construire avec les jeunes des campagnes de communication. Faire relayer les communications par des leaders, des pairs, ou des membres de la communauté. Communiquer différemment suivant l'intention vaccinale.

- **De laisser les jeunes adultes autonomes dans leur décision vaccinale.**

A ces fins, je préconise de leur donner des informations éclairées et transparentes. De les sensibiliser en expliquant le but de la vaccination et de l'immunité collective, soulignant que ça a du sens pour protéger les personnes vulnérables. De pas vouloir convaincre à tout prix, mais proposer des solutions, leur donner les clés de façon pédagogique en vue d'une adoption volontaire des comportements souhaités, mais sans contraintes ni répressions. Leur fournir également des connaissances pour faire face à l'infodémie, notamment prendre du recul à l'égard des fake news. Et enfin, comprendre les réticences liées à la vaccination, ne pas les sous-estimer, mais rassurer les craintes et utiliser des données probantes, non discutables.

- **D'obtenir une cohésion sociale, plutôt que de polariser la population.**

A ces fins, je préconise d'utiliser un esprit collectif, renforçant la responsabilité sociétale de chacun. Utiliser une communication bienveillante, en soulignant la solidarité et l'altruisme, notifiant que chacun, à son échelle, peut participer à protéger la population, la communauté, son entourage, les personnes vulnérables, les hôpitaux, etc. Lutter collectivement contre cette pandémie, mais sans cliver la population en différents groupes.

Pour terminer cette partie, je nuance le fait que chaque crise sanitaire, pandémie ou épidémie, étant unique, ces recommandations ne seront peut-être pas applicables dans le futur. En effet, chaque campagne de vaccination est différente en fonction du contexte, néanmoins, les grandes lignes directrices de ces recommandations me semblent transférables.

3. Forces et limites

Cette étude présente certaines forces. La vaccination et la pandémie de Covid-19 sont des sujets à l'ère du temps et j'ai eu l'opportunité d'avoir un volume important de **données** pour effectuer le cadre théorique. Néanmoins, de nouvelles informations arrivaient continuellement, et étaient parfois, contradictoires. J'ai donc effectué une veille afin d'actualiser mes données. Par ailleurs, il existe de **nombreux modèles** abordant les comportements en santé et à l'égard de la vaccination, j'ai choisi des modèles multidimensionnels afin de traiter de façon plus large les comportements à l'égard de la vaccination des jeunes adultes.

D'importantes limites ont été observées dans cette étude, la représentativité du public cible peut être discutée puisque mon échantillon est fort **homogène**, il n'est donc pas **représentatif** des jeunes bruxellois de 18 à 24 ans, et ne permet pas de faire une généralisation des résultats obtenus. Cela a été une limite dans la phase de recrutement, bien que j'ai essayé de recruter de nouveaux participants, via des associations, dont des jeunes NEET, mais ces derniers ne semblaient pas intéressés. Cela représente un **biais d'échantillonnage**, que j'ai voulu combler en comparant mes résultats avec ceux de l'étude de Maes (2021), ayant un échantillon différent du mien. J'ai pu ainsi faire une triangulation des données entre mes résultats, la revue de littérature et d'autres études concernant les jeunes. Aussi, les focus groups se sont déroulés de début mars à fin juillet 2022, soit sur un **intervalle de 5 mois**, ce qui peut induire des réponses différentes n'étant pas à la même phase de la pandémie ; mais, cela était aussi intéressant de voir comment les jeunes parlaient de la vaccination et de ses facteurs selon la phase à laquelle nous nous trouvions. Enfin, le fait d'avoir utilisé le **distanciel** (via Teams), pour deux groupes, peut aussi être une limite et a pu impacter mon échantillon, cela exigeait d'avoir l'équipement nécessaire. Cependant, le **présentiel** pouvait aussi être vu comme une prise de risque (au niveau de la discussion ou au niveau des risques sanitaires). Pour finir, **peu de tendances** ont pu être mises en avant de façon significative dans les résultats, puisque mon guide d'entretien n'avait pas de questions spécifiques liées à la vaccination et aux facteurs l'influençant, puisque l'idée était d'influencer le moins possible les réponses.

Conclusion

Cela fait déjà 3 ans que la pandémie de Covid-19 semble avoir transformé nos sociétés. En pleine crise sanitaire, la vaccination est apparue comme la meilleure solution pour obtenir une immunité collective. Une mobilisation internationale, pluridisciplinaire et sans précédent a permis la découverte rapide de solutions vaccinales. Ainsi, en Belgique, dès juin 2021, plusieurs vaccins étaient disponibles et accessibles à l'ensemble de la population. La faible adhésion des jeunes adultes m'a interrogée sur leur réel rapport à la vaccination en temps de pandémie. C'est donc sur les jeunes bruxellois, âgés de 18 à 24 ans que mon étude s'est portée. L'étude vise à tirer des leçons sur le mécanisme décisionnel des jeunes adultes dans leur adhésion à la vaccination. Le but étant d'émettre des balises dans la perspective d'une future crise sanitaire. En effet, il semble probable que nous faisons de plus en plus face à l'émergence de nouveaux virus, ce dont témoigne la résurgence de la variole du singe, une maladie pourtant éradiquée par le vaccin.

Cette étude m'a conduite à écouter le témoignage de jeunes bruxellois, sur leurs comportements et leurs observations à l'égard de la vaccination de la Covid-19, à travers un échantillon d'un effectif 16, mais également d'écouter des professionnels. De ma triangulation des données, je peux retenir une perte de confiance des jeunes adultes qui ont exprimé des critiques envers la politique gouvernementale et la médiatisation autour de la Covid-19. Ils ne percevaient que peu de risque à l'égard de cette maladie, mais en subiraient les phénomènes sociaux. De nombreux facteurs du mécanisme décisionnel à l'égard de la vaccination expliquent qu'il ne suffit pas qu'il y ait un vaccin accessible et un besoin d'immunité, pour que cela suscite une demande de la part des jeunes adultes. Nous avons observé qu'utiliser la motivation extrinsèque peut fonctionner, mais pas de façon pérenne. Elle est donc difficilement envisageable dans un contexte de fatigue pandémique. Ainsi, le défi est de sensibiliser les jeunes en vue d'obtenir une motivation autonome quant à l'intention de se faire vacciner, mais aussi de les impliquer davantage dans un processus de participation pour obtenir leur adhésion. Aussi, dans ce contexte particulier, beaucoup de doutes ont été émis concernant les facteurs spécifiques des vaccins. Donner des informations transparentes, éclairées et compréhensibles semble essentiel. Il faut rappeler que la principale limite de mon étude se rapporte à la représentativité de mon échantillon, ce dernier étant très homogène contenant presque essentiellement des jeunes étudiants universitaires. Aussi, les résultats sont probablement difficilement transférables puisque chaque maladie est différente, et que l'une des singularités de la Covid-19 est que les jeunes sont moins touchés par les formes graves. Actuellement, des recherches vaccinales

envisagent de développer un vaccin combiné contre la grippe et la Covid-19. La grippe étant une maladie saisonnière, considérée peu grave par les jeunes, ce projet interroge quant à une banalisation de la Covid-19. En effet, il semble envisageable que le virus du SRAS-CoV-2 s'installe de façon permanente et que nous devions apprendre à vivre avec.

Pour terminer ce mémoire, je reprendrais les mots de Dubé et al. (2013, p.1770) :
« *le processus décisionnel individuel concernant la vaccination est complexe et multidimensionnel* »
(traduit de l'anglais)

Bibliographie

- Académie royale de Médecine (Réalisateur). (2021). *Yvon Englert : L'organisation de la vaccination contre la Covid-19 en Wallonie*. Consulté à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=Tl_YOIKKtfk&ab_channel=A.M%C3%A9decine
- AlShurman, B. A., Khan, A. F., Mac, C., Majeed, M., & Butt, Z. A. (2021). What Demographic, Social, and Contextual Factors Influence the Intention to Use COVID-19 Vaccines : A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9342. doi: 10.3390/ijerph18179342
- ASBL Média Animation & CSEM. (2021). *#Génération 2020—Les jeunes et l'info*. Consulté 15 novembre, à l'adresse https://www.generation2020.be/wp-content/uploads/2022/02/G2021_mise-en-page_brochure-07_02_22.pdf
- ASBL Question Santé, (2021). Le défi de la vaccination des jeunes. Consulté 29 novembre 2022, à l'adresse Question Santé website: <https://questionsante.org/e-journal-pse/le-defi-de-la-vaccination-des-jeunes/>
- ASBL Question Santé (2022). Recommandations sur la communication en promotion de la santé en période de crise sanitaire Covid-19. Consulté 7 décembre 2022, à l'adresse Question Santé A.S.B.L. website: https://questionsante.org/nos-actualites/actualites/quelques_considerations_communication_sante_covid_19/
- Aujoulat, I., Scheen, B., Vanderplanken, K., & Van den Broucke, S. (2021). *COVID-19—Les Belges souhaitent adhérer à des mesures utiles... | Louvain Médical*. 6. Consulté à l'adresse <https://www.louvainmedical.be/fr/article/covid-19-les-belges-souhaitent-adherer-des-mesures-utiles>
- Baccichet, M. (2020). Covid-19 : Quels enjeux et impacts pour les 18- 25 ans? Consulté 29 novembre 2022, à l'adresse La Ligue de l'Enseignement website: <https://ligue-enseignement.be/covid-19-quels-enjeux-et-impacts-pour-les-18-25-ans/>
- Baromètre de la Motivation. (2022, juin). *Symposium sur les leçons tirées de la pandémie - Motivation et perception des risques & Vaccination et communication*. Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/fr/symposium/>
- Belkhir, L. (2021, mars). *Webinaire sur la vaccination contre la Covid-19*. Consulté à l'adresse <https://preventionsida.org/fr/webinaire-sur-la-vaccination-contre-la-covid-19-avec-leila-belkhir/>
- Bencherki, J. B., Nicolas. (2019). La force du mouvement antivaccins et de la médecine parallèle. Consulté 6 décembre 2022, à l'adresse Le Devoir website: <https://www.ledevoir.com/societe/le-devoir-de-philo-histoire/551038/la-force-du-mouvement-antivaccins-et-de-la-medecine-parallele>
- Bertin, P., Nera, K., & Delouée, S. (2020). Conspiracy Beliefs, Rejection of Vaccination, and Support for hydroxychloroquine : A Conceptual Replication-Extension in the COVID-19 Pandemic Context. *Frontiers in Psychology*, 11. doi: 10.3389/fpsyg.2020.565128
- Bigot, A., Banse, E., Cordonnier, A., & Luminet, O. (2021). Sociodemographic, Cognitive, and Emotional Determinants of Two Health Behaviors during SARS-CoV-2 Outbreak : An Online Study among

- French-Speaking Belgian Responders during the Spring Lockdown. *Psychologica Belgica*, 61(1), 63-78. doi: 10.5334/pb.712
- Bigot, A., Schmitz, M., Wollast, R., & Luminet, O. (2021). *Suivi du respect des comportements sanitaires : Évolution entre début avril et début décembre 2021* (N° Rapport 4; p. 12). UCLouvain et FNRS. Consulté à l'adresse UCLouvain et FNRS website: <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/presse/actualites/perte-des-gestes-barrieres-malgre-la-4e-vague.html>
- Brisbois, L., Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmitz, M., Soenens B., Van den Bergh O., Vansteenkiste M., Waterschoot J., Yzerby V., Raemdonck, E. (2022). *Le baromètre de la motivation—RAPPORT 42—Préoccupations et perception des risques à l'automne 2022 post-pandémique* (N° 42). Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/wp-content/uploads/2022/11/RAPPORT-42-FR-PV.pdf>
- Carrieri, V., Madio, L., & Principe, F. (2019). Vaccine hesitancy and (fake) news : Quasi-experimental evidence from Italy. *Health Economics*, 28(11), 1377-1382. doi: 10.1002/hec.3937
- Catteau, L., van Loenhout J., Stouten V., Billuart M., Hubin P., Haarhuis F., & Wyndham Thomas C. (2021). *RAPPORT THÉMATIQUE : COUVERTURE VACCINALE ET IMPACT ÉPIDÉMIOLOGIQUE DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION COVID-19 EN BELGIQUE. Données jusqu'au 31 octobre 2021 inclus* (p. 53). Bruxelles: Sciensano. Consulté à l'adresse Sciensano website: <https://www.sciensano.be/fr/biblio/couverture-vaccinale-et-impact-epidemiologique-de-la-campagne-de-vaccination-covid-19-en-belgique>
- Chen, L., Dong, C., & Zhang, Y. (2022). An Online Experiment Evaluating the Effects of Social Endorsement Cues, Message Source, and Responsibility Attribution on Young Adults' COVID-19 Vaccination Intentions. *SAGE Open*, 12(2), 21582440221093050. doi: 10.1177/21582440221093046
- Clumeck, N. (2022). *La menace virale—Toutes les questions que vous vous posez encore le Covid-19*. Bruxelles: Genèse édition.
- Cocom. (2019). *Plan Santé Bruxellois – Grandir et vivre en bonne santé à Bruxelles*. Consulté à l'adresse <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles>
- Cocom. (2020). *Communiqué de presse—24/11/2020—Les jeunes ont le sentiment d'être « privés de l'essentiel » Lancement d'une campagne de communication à leur intention : Covid Breakers*. Consulté à l'adresse https://coronavirus.brussels/wp-content/uploads/2021/02/20201124_CMQ_Les-jeunes-ont-le-sentiment-detre-privés-de-lessentiel.pdf
- Commissariat Corona du Gouvernement. (2020). *Avis pour l'opérationnalisation de la Stratégie de vaccination COVID-19 pour la Belgique*. Consulté à l'adresse https://d34j62pglfm3rr.cloudfront.net/downloads/Note_TF_Strategy_Vaccination_FR_0312_post_press.pdf
- Commission européenne. (2021). *Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil européen - Un front uni pour vaincre la COVID-19* (p. 13). Bruxelles: CE. Consulté à l'adresse CE website: <https://eur-lex.europa.eu/legal->

- Commission européenne. (s. d.). Stratégie européenne en matière de vaccins. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse Commission européenne—European Commission website: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_fr
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19—Enfants & Jeunes*. Avis n° 9662, 25. Bruxelles: CSS. Consulté à l'adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20210715_cs-s-9662_enfants_et_jeunes_vweb.pdf
- Conseil Supérieur de la Santé. (2022). *Covid Safe Ticket (régime 3G par rapport aux régimes 2G ou 1G) et vaccination obligatoire dans le cadre de la pandémie de COVID-19 et d'Omicron*. Avis n° 9689, 73. Bruxelles: CSS. Consulté à l'adresse https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20220223_cs-s-9689_cst-vaccination_obligatoire_vweb.pdf
- Coronavirus Brussels. (s. d.-a). Baromètre de la Vaccination Covid-19 en Région Bruxelloise. Consulté 28 novembre 2022, à l'adresse Coronavirus.brussels website: <https://coronavirus.brussels/vaccination-covid-menu/barometre-vaccination-covid-19-bruxelles/>
- Coronavirus Brussels. (s. d.-b). Covid Breakers | Matériel de Communication | Affiches, Photos, Vidéos. Consulté 29 novembre 2022, à l'adresse Coronavirus.brussels website: <https://coronavirus.brussels/covid-breakers/materiel-communication-covid-breakers/>
- Covid-Vaccinatie. (s. d.). Interactif—Tableau de bord Covid Vaccinations Belgique. Consulté 25 novembre 2022, à l'adresse <http://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-20>
- Culture & Santé ASBL (2021a). *Covid-19 : Discutons vaccination* (p. 55). Consulté à l'adresse <https://cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/594-covid-19-discutons-vaccination.html>
- Culture & Santé ASBL (2021b). *Vaccination, Covid-19 et promotion de la santé (n° spécial)*. Consulté à l'adresse <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/602-vaccination-covid-19-et-promotion-de-la-sante-n-special.html>
- Debruyne, E. (2020). 1918 : La «grippe espagnole» déferle sur la Belgique occupée. Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/medical/1918-la-laquo-grippe-espagnole-raquo-deferle-sur-la-belgique-occupee.html>
- Dhama, K., Sharun, K., Tiwari, R., Dhawan, M., Emran, T. B., Rabaan, A. A., & Alhumaid, S. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy – reasons and solutions to achieve a successful global vaccination campaign to tackle the ongoing pandemic. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(10), 3495-3499. doi: 10.1080/21645515.2021.1926183
- Di Scala, E. (2021). *Vaccination en général et vaccination anti-COVID - Des prises de décisions liées à l'ancrage sociologique et aux registres de valeurs*. Paris: L'Harmattan.
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., & Cichocka, A. (2017). The Psychology of Conspiracy Theories. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 538-542. doi: 10.1177/0963721417718261

- Douiller, A. & et coll. (2020). *27 techniques d'animation pour promouvoir la santé*. Brignais: Le Coudrier.
- Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649-6654. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.039
- Dubé, E., Gagnon, D., & Vivion, M. (2020). Optimisation du matériel de communication pour vaincre l'hésitation à la vaccination. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 46(2/3), 54-59. doi: 2020:46(2/3):54-9
- Dubé, E., Laberge, C., Guay, M., Bramadat, P., Roy, R., & Bettinger, J. A. (2013). Vaccine hesitancy. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1763-1773. doi: 10.4161/hv.24657
- EU - Directorate-General for Health and Food Safety. (2022). *COVID-19—Sustaining EU Preparedness and Response : Looking ahead* (p. 19). Consulté à l'adresse https://health.ec.europa.eu/publications/covid-19-sustaining-eu-preparedness-and-response-looking-ahead-0_en
- Favresse, D., & Geurts, F. (2022). *Impact Covid-19. Services médico-sociaux de première ligne à Bruxelles : Impact de la crise sanitaire et recommandation* (p. 36). Bruxelles : Cbps. Consulté à l'adresse Bruxelles : Cbps website: https://pmb.cultures-sante.be/cdoc/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=9867
- Fine, P., Eames, K., & Heymann, D. L. (2011). “Herd Immunity” : A Rough Guide. *Clinical Infectious Diseases*, 52(7), 911-916. doi: 10.1093/cid/cir007
- Fisher, H., Lambert, H., Hickman, M., Yardley, L., & Audrey, S. (2021). Experiences of the coronavirus disease-19 (COVID-19) pandemic from the perspectives of young people : Rapid qualitative study. *Public Health in Practice*, 2, 100162. doi: 10.1016/j.puhip.2021.100162
- Frank, G., & Marsecon. (2020). *Enquête Cocom—Optimisation de la «communication COVID-19» vers les jeunes—Exploration qualitative des motivateurs et barrières pour une campagne de communication efficace*.
- Gaudray, P., Zylberman, P., Orobon, F., Grimaud, D., & Vernazza-Licht, N. (2022). Éthique et santé publique. *ADSP*, 117(1), 26-36. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-26.htm>
- Giry, J. (2022). Fake news et théories du complot en période(s) pandémie(s). *Quaderni*, 106(2), 43-64. doi: 10.4000/quaderni.2303
- Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown : The young adults most at risk. *Psychiatry Research*, 293, 113486. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113486
- Goldstein, S., MacDonald, N. E., & Guirguis, S. (2015). Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine*, 33(34), 4212-4214. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.042
- Goubert, L., Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmitz, M., Van den Bergh, O., ... Yzerbyt, V. (2022). *Le baromètre de la motivation—RAPPORT 39—Motivation, bien-être et attitudes en matière de vaccination au temps de l'omicron* (N° 39). Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/wp-content/uploads/2022/02/RAPPORT-39-FR-PV.pdf>

- Guével-Delarue, K. (2020). *L'hésitation vaccinale - Les mots pour expliquer*. Rennes: Presses de l'EHESP.
- IBSA. (2022). Ville de Bruxelles | IBSA. Consulté 25 novembre 2022, à l'adresse IBSA.brussels website: <https://ibsa.brussels/chiffres/chiffres-cles-par-commune/ville-de-bruxelles#marchaduatravail>
- IBSA. (s. d.). Structure par âge | IBSA. Consulté 29 novembre 2022, à l'adresse IBSA website: <https://ibsa.brussels/themes/population/structure-par-age>
- Info-coronavirus. (s. d.). Vaccination | Coronavirus COVID-19. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse Info-coronavirus website: <https://www.info-coronavirus.be/fr/vaccination/>
- INRAE. (s. d.). COVID-19 : Comprendre une épidémie. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse INRAE Institutionnel website: <https://www.inrae.fr/covid-19/mieux-comprendre-epidemie>
- INSPQ. (2020). *COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de la pandémie*. Consulté à l'adresse <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3026-strategies-communication-promotion-comportements-covid19.pdf>
- INSPQ. (2014). *Promotion de la vaccination : Agir pour maintenir la confiance* (p. 175). Consulté à l'adresse https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1870_Agir_Maintenir_Confiance.pdf
- Jauffret-Roustide, M., Coulaud, P.-J., Jesson, J., Filipe, E., Bolduc, N., & Knight, R. (2021). Les oubliés de la pandémie. Santé mentale et bien-être social des jeunes adultes. *Esprit, Juin*(6), 57-65. doi: 10.3917/espri.2106.0057
- Joshi, A., Kaur, M., Kaur, R., Grover, A., Nash, D., & El-Mohandes, A. (2021). Predictors of COVID-19 Vaccine Acceptance, Intention, and Hesitancy : A Scoping Review. *Frontiers in Public Health, 9*, 698111. doi: 10.3389/fpubh.2021.698111
- Kessels, R., Luyten, J., & Tubeuf, S. (2020). *Willingness to get vaccinated against Covid-19 : Profiles and attitudes towards vaccination*. 12.
- Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmitz, M., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... Yzerbyt, V. (2021a). *Le baromètre de la motivation—RAPPORT 23—(Re)construire la confiance : La vaccination et les acteurs de la pandémie* (N° 23). Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/wp-content/uploads/2021/05/RAPPORT-23-FR-PV.pdf>
- Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmitz, M., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... Yzerbyt, V. (2021b). *Le baromètre de la motivation—RAPPORT 35—La population est-elle encore consciente des risques et motivée à respecter les mesures ? Quel rôle joue le COVID Pass en cette matière ?* (N° 35). Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/wp-content/uploads/2021/11/RAPPORT-35-FR-PV.pdf>
- Klein, O., Luminet, O., Morbée, S., Schmitz, M., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... Yzerbyt, V. (2021c). *Le baromètre de la motivation—RAPPORT 36—A la veille d'un durcissement des mesures : Attitudes à l'égard des nouvelles mesures et du pass vaccinal*. (N° 36). Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/wp-content/uploads/2021/11/RAPPORT-36-FR-PV.pdf>
- Kouzy, R., Jaoude, J. A., Kraitem, A., Alam, M. B. E., Karam, B., Adib, E., ... Baddour, K. (2020). Coronavirus Goes Viral : Quantifying the COVID-19 Misinformation Epidemic on Twitter. *Cureus, 12*(3). doi: 10.7759/cureus.7255

- Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., ... El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27(2), 225-228. doi: 10.1038/s41591-020-1124-9
- Lazarus, J. V., Wyka, K., White, T. M., Picchio, C. A., Rabin, K., Ratzan, S. C., ... El-Mohandes, A. (2022). Revisiting COVID-19 vaccine hesitancy around the world using data from 23 countries in 2021. *Nature Communications*, 13(1), 3801. doi: 10.1038/s41467-022-31441-x
- Le Coz, P. (2021). Éthique et vaccination. *Études*, 4286(10), 35-44. doi: 10.3917/etu.4286.0035
- Le Grand, E. (2012). Santé des jeunes. L'éducation par les pairs : Définition et enjeux. *La santé de l'homme*, (421), 12-14. Consulté à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/sante-des-jeunes.-l-education-par-les-pairs-definition-et-enjeux>
- Lin, C., Tu, P., & Beitsch, L. M. (2021). Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines : A Rapid Systematic Review. *Vaccines*, 9(1), 16. doi: 10.3390/vaccines9010016
- Lits, G., Cougnon, L.-A., Heeren, A., & Hanseeuw, B. (2021). *Infodémie et vulnérabilité informationnelle liée au Covid-19 en Belgique francophone. Pratiques d'information, confiance envers les médias, les experts et les gouvernements, adhésion aux mesures, hésitation vaccinale, perception du risque, mésinformation et conspiration*. 106. Consulté à l'adresse <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:246777>
- Lits, G., Cougnon, L.-A., Heeren, A., Hanseeuw, B., & Gurnet, N. (2020). *Analyse de « l'infodémie » de Covid-19 en Belgique francophone* (p. 57). Consulté à l'adresse <http://hdl.handle.net/2078.1/229750>
- MacDonald, N. E., & Dubé, E. (2020). Promouvoir la résilience vaccinale à l'ère de l'information numérique. *RTMC - Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 46-1, 21-27. doi: <https://doi.org/10.14745/ccdr.v46i01a04f>
- MacDonald, N. E. & SAGE. (2015). Vaccine hesitancy : Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
- Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue Nouvelle*, 6(6), 2-5. doi: 10.3917/rn.216.0002
- Malengreaux, S., Lambert, H., Le Boulengé, O., Rousseaux, R., Doumont, D., & Aujoulat, I. (2021). *Tous égaux face aux vaccins contre la Covid-19 ? État des lieux de la littérature scientifique et grise*. Woluwe-Saint-Lambert : Service Universitaire de Promotion de la Santé (RESO). Consulté à l'adresse https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=18223
- Mandjombe, R., & Boukezoula, I. (2022). Crise, lien et engagement social de la jeunesse bruxelloise à l'ère de la COVID-19. *Écrire le social*, 4(1), 44-53. doi: 10.3917/esra.004.0044
- Martinière, K. (2019). *Campagne de vaccination de masse et hésitation vaccinale* (p. 38). ENA.
- Meslé, F. (2010). Recul spectaculaire de la mortalité due à la grippe : Le rôle de la vaccination. *Population & Sociétés*, 470(8), 1-4. doi: 10.3917/popsoc.470.0001
- M.F. (2021). Le rassemblement au Bois de la Cambre à Bruxelles dégénère en émeute : 22 arrestations et plusieurs dizaines de blessés (vidéos). Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse RTBF website: <https://www.rtbf.be/article/le-rassemblement-au-bois-de-la-cambre-a-bruxelles-degenere-en->

- Monitoring des quartiers. (2019). Part des 18-24 ans dans la population totale. Consulté 24 novembre 2022, à l'adresse Monitoring des quartiers website:
<https://monitoringdesquartiers.brussels/indicators/analysis/part-des-18-24-ans/>
- Moore, R., Purvis, R. S., Hallgren, E., Willis, D. E., Hall, S., Reece, S., ... McElfish, P. A. (2022). Motivations to Vaccinate Among Hesitant Adopters of the COVID-19 Vaccine. *Journal of Community Health*, 47(2), 237-245. doi: 10.1007/s10900-021-01037-5
- Moser, M. (2020). *La vaccination—Fondements biologiques et enjeux sociétaux*. Bruxelles: Editions de l'Université de Bruxelles.
- Moussaoui-Bournane, F., & Clavel, S. (2007). La communication : Un des piliers de la prévention. In *Au-delà de l'information, la prévention : Par l'équipe du département de prévention Épidaure* (p. 107). Springer Science & Business Media.
- Neumann-Böhme, S., Varghese, N. E., Sabat, I., Barros, P. P., Brouwer, W., van Exel, J., ... Stargardt, T. (2020). Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *The European Journal of Health Economics*, 21(7), 977-982. doi: 10.1007/s10198-020-01208-6
- OECD. (2020). *Youth and COVID-19 : Response, recovery and resilience* (p. 36). Consulté à l'adresse https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134356-ud5kox3g26&title=Youth-and-COVID-19-Response-Recovery-and-Resilience
- Oliu-Barton, M., Pradeliski, B. S. R., Algan, Y., Baker, M. G., Binagwaho, A., Dore, G. J., ... Lazarus, J. V. (2022). Elimination versus mitigation of SARS-CoV-2 in the presence of effective vaccines. *The Lancet Global Health*, 10(1), e142-e147. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00494-0
- OMS (Organisation mondiale de la santé). (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- OPS/OMS. (2021). *Guide d'élaboration d'une stratégie de communication des risques concernant les vaccins contre la COVID-19*. Consulté à l'adresse <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53868>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *COVID-19 stratégie de communication sur les risques mondiaux et d'engagement communautaire, décembre 2020 - mai 2021 : Orientations provisoires, 23 décembre 2020* (N° WHO/2019-nCoV/RCCE/2020.3). Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse Organisation mondiale de la Santé website:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341325>
- Pandorix. (s. d.). Pandorix—Devançons les crises sanitaires. Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse Pandorix website: <https://www.pandorix.be/>
- Porschlegel, S. (2020). Les États face au coronavirus - La Belgique : Une gestion de crise réussie malgré un contexte politique fragile. Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse Institut Montaigne website:
<https://www.institutmontaigne.org/analyses/les-etats-face-au-coronavirus-la-belgique-une-gestion-de-crise-reussie-malgre-un-contexte-politique>
- Rabary, O., Wunenburger, J.-J., Maglio, M., García, V., Claudot, F., & Choury, J.-P. (2022). Éthique en période de crise sanitaire. *ADSP*, 117(1), 15-25. Consulté à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-actualite-et-dossier-en-sante-publique-2022-1-page-15.htm>

- Randolph, H. E., & Barreiro, L. B. (2020). Herd Immunity : Understanding COVID-19. *Immunity*, 52(5), 737-741. doi: 10.1016/j.immuni.2020.04.012
- Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : Paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 176(2), 49-64. doi: 10.3917/comla.176.0049
- Rauschenberg, C., Schick, A., Goetzl, C., Roehr, S., Riedel-Heller, S. G., Koppe, G., ... Reininghaus, U. (2021). Social isolation, mental health, and use of digital interventions in youth during the COVID-19 pandemic : A nationally representative survey. *European Psychiatry*, 64(1), e20. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.17
- Reñosa, M. D. C., Landicho, J., Wachinger, J., Dalglish, S. L., Bärnighausen, K., Bärnighausen, T., & McMahon, S. A. (2021). Nudging toward vaccination : A systematic review. *BMJ Global Health*, 6(9), e006237. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006237
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19 : A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12. Consulté à l'adresse <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.575553>
- Rhodes, T., & Lancaster, K. (2022). Making pandemics big : On the situational performance of Covid-19 mathematical models. *Social Science & Medicine*, 301, 114907. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114907
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations : Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006/ceps.1999.1020
- Sardon, J.-P. (2020). De la longue histoire des épidémies au Covid-19. *Les Analyses de Population & Avenir*, 26(8), 1-18. doi: 10.3917/lap.026.0001
- Schmitz, M., Luminet, O., Klein, O., Morbée, S., Van den Bergh, O., Van Oost, P., ... Vansteenkiste, M. (2022). Predicting vaccine uptake during COVID-19 crisis : A motivational approach. *Vaccine*, 40(2), 288-297. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.11.068
- Sciensano. (2019). *VACCINATION Enquête de santé 2018* (N° D/2019/14.440/76; p. 89). Bruxelles. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.25608/evrs-je22>
- Sciensano. (2021). *HUITIÈME ENQUÊTE DE SANTÉ COVID-19 Résultats préliminaires* (N° 8; p. 34). Bruxelles. Consulté à l'adresse <https://doi.org/10.25608/hqy9-m065>
- Sciensano. (2022a). *COVID-19 Bulletin épidémiologique hebdomadaire (25 novembre 2022)*. Sciensano. Consulté à l'adresse Sciensano website: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Weekly_report_FR.pdf
- Sciensano. (2022b). *NEUVIÈME ENQUÊTE DE SANTÉ COVID-19 Résultats préliminaires* (N° 8; p. 64). Bruxelles. Consulté à l'adresse : <https://doi.org/10.25608/evrs-je22>
- Sciensano. (2022c). *SURVEILLANCE DE COVID-19 QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES*. Consulté à l'adresse https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_FAQ_FR_final.pdf

- Sciensano. (s. d.). Les Belges débattent autour de la vaccination contre le COVID-19 [Text]. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse Sciensano.be website: <https://www.sciensano.be/fr/coin-presse/les-belges-debattent-autour-de-la-vaccination-contre-le-covid-19>
- Seebach, J. D., & Ribi, C. (2021). Donnez-nous aujourd'hui nos chiffres quotidiens! *Revue médicale suisse*, 17(733), 667-668.
- Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., ... Agha, R. (2020). World Health Organization declares global emergency : A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71-76. doi: 10.1016/j.ijsu.2020.02.034
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., ... (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health : A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Soveri, A., Karlsson, L. C., Antfolk, J., Lindfelt, M., & Lewandowsky, S. (2021). Unwillingness to engage in behaviors that protect against COVID-19 : The role of conspiracy beliefs, trust, and endorsement of complementary and alternative medicine. *BMC Public Health*, 21(1), 684. doi: 10.1186/s12889-021-10643-w
- SPF. (2022). *Comprendre la vaccination : Enfants, adolescents, adultes* (p. 36). Consulté à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/import/comprendre-la-vaccination-enfants-adolescents-adultes>
- Statbel. (2022). NEET | Statbel. Consulté 25 novembre 2022, à l'adresse Statbel website: <https://statbel.fgov.be/fr/themes/emploi-formation/formation-et-enseignement/neet#panel-12>
- Thunus, S., Creten, A., & Mahieu, C. (2021). *Vaccinable : Une étude qualitative des actions locales de vaccination implémentées en Région de Bruxelles-Capitale face à la pandémie du coronavirus* (p. 70).
- Touboul Lundgren, P., Khouri, P., & Pradier, C. (2017). Antibiotiques et vaccinations : Comment sensibiliser les adolescents français ? *Santé Publique*, 29(2), 167-177. doi: 10.3917/spub.172.0167
- UNIA. (2020a). *Covid-19—Les droits humains mis à l'épreuve* (p. 71). Consulté à l'adresse https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/2020_Rapport_Covid_-_FR.pdf
- UNIA. (2021b). *Covid-19—Les droits humains mis à l'épreuve (deuxième rapport)*. Consulté à l'adresse https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Covid-Rapport-DEF_FR_mar0.pdf
- UNICEF, First Draft, Yale Institute for Global Health, & PGP. (2021). *Guide pratique pour la gestion des fausses informations sur les vaccins* (p. 31). Consulté à l'adresse https://www.rcce-collective.net/wp-content/uploads/2021/12/VACCINEMISINFORMATIONFIELDGUIDE_fr.pdf
- Vaccination-info. (2022, décembre 2). Covid-19 | vaccination-info. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse Vaccination-info website: <https://www.vaccination-info.be/maladie/covid-19/>
- Vaccination-info. (s. d.). Quelle est la politique de vaccination en Belgique ? | vaccination-info. Consulté 28 novembre 2022, à l'adresse Vaccination-info website: <https://www.vaccination-info.be/quelle-est-la-politique-de-vaccination-en-belgique/>
- Vaccination-info-service. (s. d.). Primovaccination. Consulté 10 décembre 2022, à l'adresse Vaccination-

info-service website: <https://vaccination-info-service.fr/Glossaire/Primovaccination>

Van den Broucke, S. (2021). Communiqué de Presse—1 Belge sur 3 comprend mal les informations concernant sa santé [Communiqué de Presse]. Consulté 3 décembre 2022, à l'adresse UCLouvain website: <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/presse/actualites/1-belge-sur-3-comprend-mal-les-informations-concernant-sa-sante.html>

Van Oost, P. (2022, juillet 25). *Vaccination* [Baromètre de la Motivation]. Consulté à l'adresse <https://motivationbarometer.com/fr/vaccination/>

Van Oost, P., Yzerbyt, V., Schmitz, M., Vansteenkiste, M., Luminet, O., Morbée, S., ... Klein, O. (2022). The relation between conspiracism, government trust, and COVID-19 vaccination intentions : The key role of motivation. *Social Science & Medicine*, 301, 114926. doi: 10.1016/j.socscimed.2022.114926

Vanderplanken, K., Van den Broucke, S., Aujoulat, I., & van Loenhout, J. A. F. (2021). The Relation between Perceived and Actual Understanding and Adherence : Results from a National Survey on COVID-19 Measures in Belgium. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10200. doi: 10.3390/ijerph181910200

Verger, P., Scronias, D., Dauby, N., Adedzi, K. A., Gobert, C., Bergeat, M., ... Dubé, E. (2021). Attitudes of healthcare workers towards COVID-19 vaccination : A survey in France and French-speaking parts of Belgium and Canada, 2020. *Eurosurveillance*, 26(3), 2002047. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.3.2002047

Volk, A. A., Brazil, K. J., Franklin-Luther, P., Dane, A. V., & Vaillancourt, T. (2021). The influence of demographics and personality on COVID-19 coping in young adults. *Personality and Individual Differences*, 168, 110398. doi: 10.1016/j.paid.2020.110398

Waterschoot, J., Yzerbyt, V., Soenens, B., Van den Bergh, O., Morbée, S., Schmitz, M., ... Vansteenkiste, M. (2022). How do vaccination intentions change over time? The role of motivational growth. *Health Psychology*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. doi: 10.1037/hea0001228

WHO. (2020a). Comment les vaccins sont-ils développés ? Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/how-are-vaccines-developed>

WHO. (2020b). Fabrication, sécurité et contrôle qualité des vaccins. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/manufacturing-safety-and-quality-control>

WHO. (2021a). Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022. Consulté 1 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>

WHO. (2021b). Vaccins et vaccination : Qu'est-ce que la vaccination ? Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/vaccines-and-immunization-what-is-vaccination>

WHO. (2021c). *WHO third global infodemic management conference : Whole-of-society challenges and approaches to respond to infodemics* (p. 30). WHO. Consulté à l'adresse WHO website:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240034501>

- WHO. (2021d). Les différents types de vaccins contre la COVID-19. Consulté 5 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/the-race-for-a-covid-19-vaccine-explained>
- WHO. (2021e). Variants du virus et leurs effets sur les vaccins contre la COVID-19. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/the-effects-of-virus-variants-on-covid-19-vaccines>
- WHO. (2021f). Les effets indésirables des vaccins contre la COVID-19. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/side-effects-of-covid-19-vaccines>
- WHO. (2021g). L'innocuité des vaccins contre la COVID-19. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/safety-of-covid-19-vaccines>
- WHO. (2021h). Recevoir le vaccin contre la COVID-19. Consulté 4 décembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/getting-the-covid-19-vaccine>
- WHO. (2022). Coronavirus. Consulté 30 novembre 2022, à l'adresse WHO - Organisation mondiale de la santé website: <https://www.who.int/fr/health-topics/coronavirus>
- Wismans, A., Thurik, R., Baptista, R., Dejardin, M., Janssen, F., & Franken, I. (2021). Psychological characteristics and the mediating role of the 5C Model in explaining students' COVID-19 vaccination intention. *PLOS ONE*, 16(8), e0255382. doi: 10.1371/journal.pone.0255382
- Wood, S., & Schulman, K. (2021). Beyond Politics—Promoting Covid-19 Vaccination in the United States. *New England Journal of Medicine*, 384(7), e23. doi: 10.1056/NEJMms2033790
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2020). *Pandemic fatigue : Reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management: revised version November 2020* (N° WHO/EURO:2020-1573-41324-56242). World Health Organization. Regional Office for Europe. Consulté à l'adresse World Health Organization. Regional Office for Europe website: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337574>

Liste des abréviations

AMO : Service d'Actions en Milieu Ouvert
ASBL : Association Sans But Lucratif
ARNm : Acide ribonucléique messager
CE : Commission européenne
COCOF : Commission communautaire française
COCOM : Commission communautaire commune
CODECO : Comité de Concertation consacré au Coronavirus
Covid-19 : Coronavirus Disease 2019
CPAS : Centre public d'action sociale
CSS : Conseil Supérieur de la Santé
CST : Covid Safe Ticket
FG : Focus Group
GEMS : Groupe d'Experts de stratégie de crise pour la Covid-19
HPV : Human Papillomavirus
IBSA : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse
ILC : Institut Langage et Communication
Innoviris : l'Institut Bruxellois pour la Recherche et l'Innovation
INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec
IRSS : Institut de Recherche Santé et Société
IPSY : Institute of Research in the Psychological Sciences
J&J : Johnson & Johnson
MERS-CoV : Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (2012)
NEET : Not in Education, Employment or Training
OMS/WHO : Organisation Mondiale de la Santé
RBC : Région de Bruxelles-Capitale
SAGE : Strategic Advisory Group of Experts
SARS-CoV : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (2003)
SARS-CoV-2 : Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
STATBEL : Office statistique belge
STIB : Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles
UCLouvain : Université Catholique de Louvain
UE : Union européenne
UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

Annexes

Annexe 1 : Schéma illustrant le cycle de transmission de la Covid-19

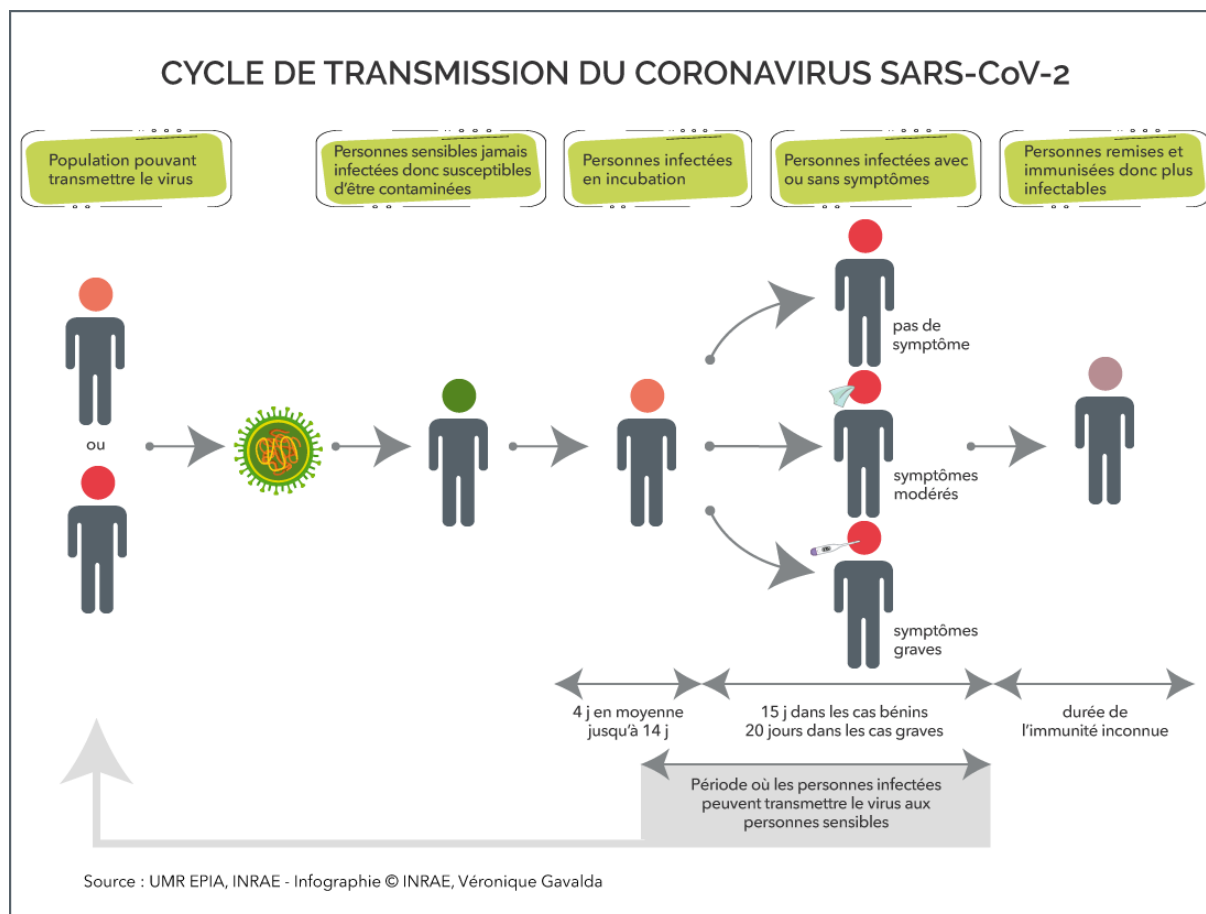


Fig - Schéma illustrant le cycle de transmission de la Covid-19

Source : tiré de INRAE, <https://www.inrae.fr/covid-19/mieux-comprendre-epidemie> - (consulté le 4 Dec. 2022)

Annexe 2 : Les différents types de vaccins contre la Covid-19

Types de vaccins	Informations
Vaccins à ARNm* (ou à ADN)	Utilisation d'un fragment de matériel génétique (ARNm ou ADN) modifié afin de générer une protéine qui induira une réponse immunitaire
Vaccins à vecteur viral	Utilisation d'un virus génétiquement modifié (pour ne pas procurer la maladie) pour générer une réponse immunitaire
Vaccins à base de protéines	Utilisation de fragments inoffensifs de protéines imitant le virus pour générer une réponse immunitaire
Vaccins à virus inactivés ou atténués	Utilisation du virus (porteur de la maladie) ayant été tué ou affaibli (afin de ne pas procurer la maladie) pour générer une réponse immunitaire

**Suite aux recherches dans le cadre de la pandémie de Covid-19, c'est la première fois qu'un vaccin de type ARNm est mis sur le marché*

Tabl - Les différents types de vaccins expliqués

Sources : réalisé à partir des données des sites info-coronavirus.be, <https://www.info-coronavirus.be/fr/vaccination/> - (consulté le 1^{er} Dec. 2022) et WHO, <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/the-race-for-a-covid-19-vaccine-explained> - (consulté le 1^{er} Dec. 2022)

Annexe 2bis : Vaccins contre la Covid-19 autorisés et disponibles en Belgique

Firmes pharmaceutiques	Vaccins	Types de vaccins	Dose(s) en PV*	Spécifications	Mise sur le marché en BE**
Pfizer/BioNTech	Comirnaty®	ARNm	2	Utilisés en dose de rappel	28/12/2020
	Comirnaty® Original/Omicron BA.1***		-		5/09/2022
	Comirnaty® Original/Omicron BA.4-5		-		3/10/2022
Moderna	Spikevax®	ARNm	2	Utilisé en dose de rappel	11/01/2021
	Spikevax Original/Omicron BA.1		-		12/09/2022
AstraZeneca	Vaxzevria™	Vaccin à vecteur viral	2	personnes > 41 ans	12/02/2021 (n'est actuellement plus utilisé en BE)
Johnson & Johnson	Janssen®	Vaccin à vecteur viral	1		28/04/2021
Novavax	Nuvaxovid®	Vaccin à protéine recombinante	2	personnes > 18 ans avec CI****	19/01/2022

* PV = Primovaccination

** BE = Belgique

*** Vaccins adapter du variant Omicron

**** CI = Contres Indications aux vaccins à ARNm

Tabl - Vaccins contre la Covid-19 disponibles en Belgique

Sources : réalisé à partir des données des sites Vaccination-info.be, <https://www.vaccination-info.be/maladie/covid-19/> - (consulté le 5 Dec. 2022) et Sciensano (2022), [COVID-19 FAQ FR final.pdf \(sciensano.be\)](#) - (consulté le 5 Dec. 2022)

Commentaires : Une dose de rappel est recommandée avec un vaccin à ARNm aux personnes à risques (après un schéma de primovaccination complet) – Sciensano (2022)

Ces doses de rappel induisent une « stimulation des cellules mémoire à long terme » ainsi réactiver les cellules afin de garantir la protection sur le long terme (Guével-Delarue, 2020)

Il est important aussi de distinguer les personnes entièrement vaccinées (qui ont reçu un schéma complet de primovaccination) et celles partiellement vaccinées.

La primovaccination c'est « les premières injections successives d'un vaccin, nécessaires pour obtenir une protection contre une maladie » (vaccination-info-service, 2022).

Annexe 3 : Calendrier vaccinal en Belgique

CALENDRIER DE VACCINATION

2022-2023

		Nourrissons					Enfants et adolescents				Adultes		
		8 sem. (2 mois)	12 sem. (3 mois)	16 sem. (4 mois)	12 mois	15 mois ^①	5-6 ans	7-8 ans ^②	13-14 ans	15-16 ans	Femmes enceintes	Tous les 10 ans	65 ans
Poliomyélite	Hexavalent												
Diphtérie													
Tétanos													
Coqueluche													
Haemophilus influenza de type b													
Hépatite B	RRO												
Rougeole													
Rubéole													
Oreillons													
Méningocoque(s) ^⑦													
Pneumocoques													
Rotavirus (vaccin oral)													
Papillomavirus (HPV)													
Grippe (Influenza)													

✓ Recommandé à tous et gratuit

✓ Recommandé à tous

✓ Vaccin combiné (une seule injection)

① Pour les bébés nés avant 37 semaines de grossesse, une dose supplémentaire de vaccin contre le pneumocoque est recommandée à 3 mois et les vaccins prévus à 15 mois seront administrés à 13 mois (hexavalent et méningocoque C).

Hexavalent : Vaccin qui confère une protection contre 6 maladies

② Depuis septembre 2020, la deuxième dose du vaccin RRO est administrée à 7-8 ans. Les enfants plus âgés qui n'ont pas encore reçu la vaccination peuvent être vaccinés à 11-12 ans.

③ En 2 ou 3 doses en fonction du vaccin administré.

④ Vaccination en 2 doses à 6 mois d'intervalle (minimum 5 mois d'écart).

⑤ À partir de 24 semaines et idéalement avant 32 semaines de grossesse.

⑥ Pendant la saison grippale, quel que soit le stade de la grossesse.

⑦ Un vaccin contre le méningocoque C est disponible gratuitement dans le cadre du Programme.

E.R. : Laurent Monniez f.f. • Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles - N° d'édition : D/2022/74.80/34

Fig - Calendrier Vaccinal en Belgique (2022-2023)

Source : tiré de Vaccination-info.be, <https://www.vaccination-info.be/calendrier-de-vaccination/> - (consulté le 25 Nov. 2022)

Annexe 4 : Schéma de la transmission d'un virus avec un $R_0 = 4$

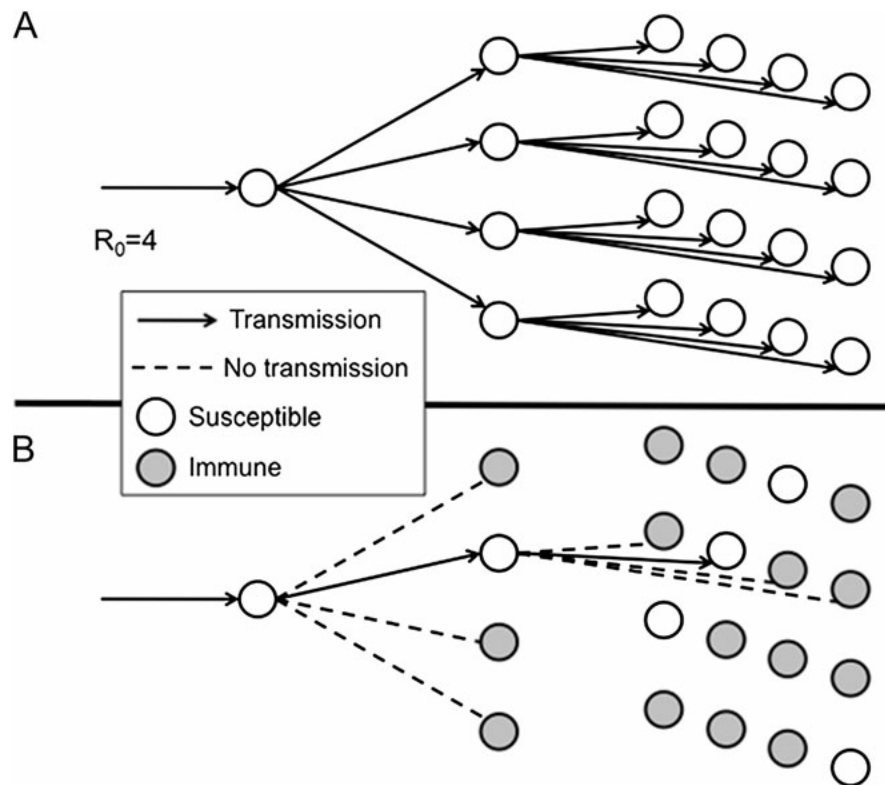


Fig - Schéma illustrant la transmission d'un virus avec un $R_0 = 4$ *

Source : tiré de Fine et al. (2011, p.912) - "Herd Immunity": A Rough Guide

Commentaires : Nous pouvons voir ici la transmission d'un virus sur 2 générations, et comparer la propagation dans un contexte où aucun des individus n'est immunisé (A) et dans un contexte d'immunité collective (B). Dans le cas A, au terme de 2 générations, 20 personnes seraient susceptibles de contracter le virus avec un $R_0 = 4$. Dans le cas B, 2 personnes seulement seraient susceptibles de contracter le virus. Ainsi, nous pouvons voir que grâce à une immunité collective l'incidence tend à diminuer.

* R_0 est « le nombre secondaire de cas générés par un individu infectieux lorsque le reste de la population est sensible » (Fine et al., 2011) – traduit de l'anglais).

Annexe 5 : Schéma de l'immunité collective d'une population « fermée »

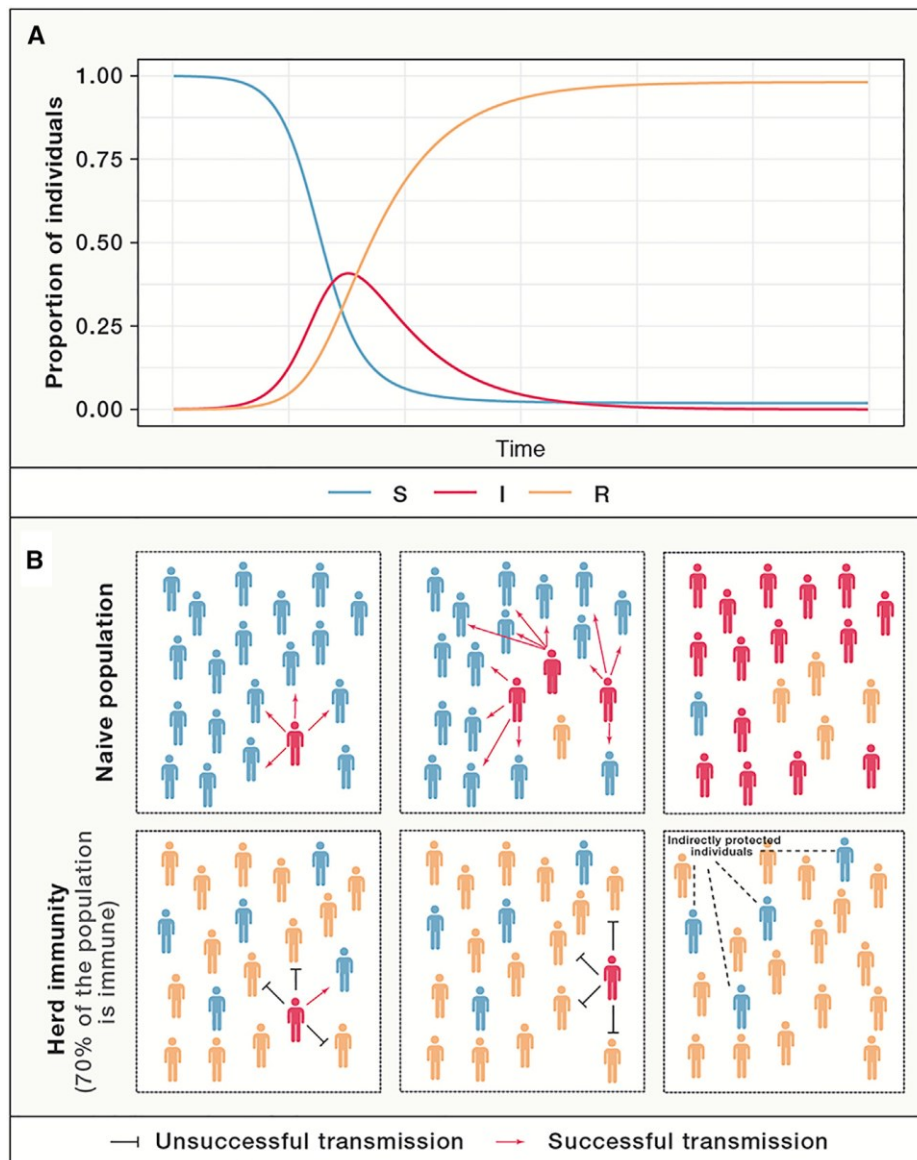


Fig - Schéma illustrant l'immunité collective dans une population dite « fermée »

Source : tiré de Randolph et Barreiro (2020, p.739) - Herd Immunity: Understanding COVID-19

Commentaires : « (A) Modèle SIR (sensible, infectieux, récupéré) pour une infection complètement immunisante avec un $R_0=4$. Le modèle suppose une population fermée dans laquelle personne ne part et aucun nouveau cas n'est introduit. Suite à l'introduction d'un seul individu infecté, la proportion d'individus infectés (ligne rouge) augmente rapidement jusqu'à atteindre son pic, qui correspond au seuil d'immunité collective. Après ce point, les individus nouvellement infectés infectent moins d'un individu sensible, car une proportion suffisante de la population est devenue résistante, empêchant la propagation de l'agent pathogène (ligne orange). (B) Représentation schématique de la dynamique de propagation de la maladie lorsqu'un individu infecté est introduit dans une population complètement sensible (panneau du haut) par rapport à une situation dans laquelle un individu infecté est introduit dans une population qui a atteint le seuil d'immunité collective (panneau du bas). Dans la population naïve, une épidémie apparaît rapidement, alors que dans le scénario de l'immunité collective, le virus ne se propage pas et ne persiste pas dans la population » (Randolph et Barreiro, 2020 – traduit de l'anglais).

Annexe 6 : Stratégie de vaccination de la Covid-19 en Belgique

Opérationnalisation de la stratégie vaccination – vue d’ensemble

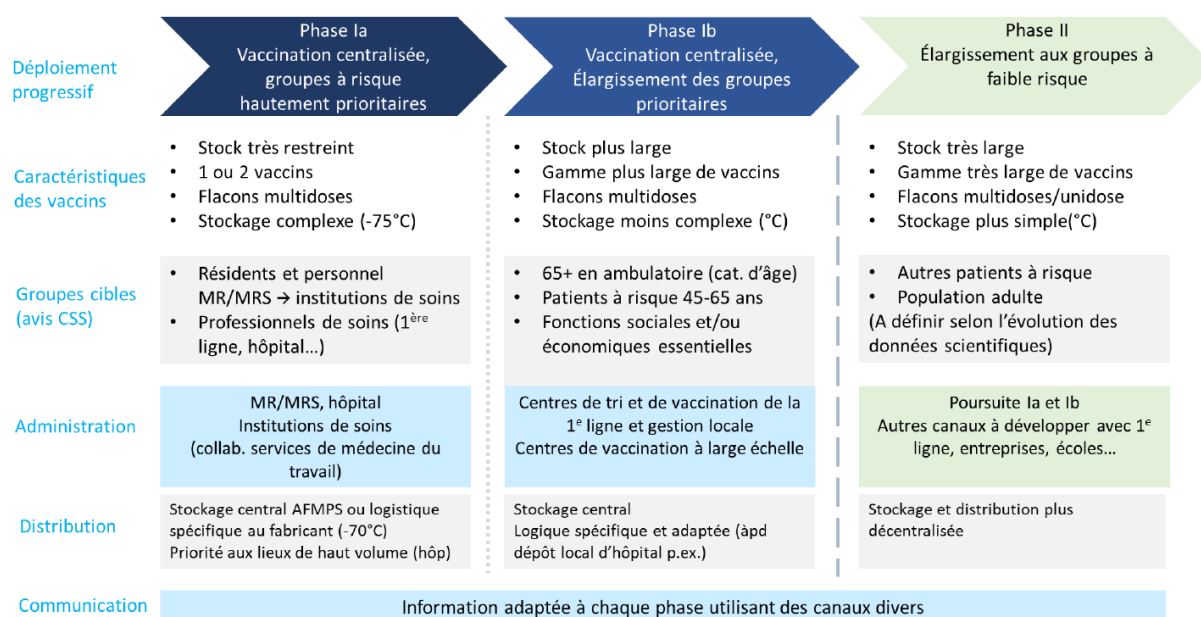


Fig - Organisation et opérationnalisation de la stratégie de vaccination de la Covid-19 en Belgique

Source : tiré de Commissariat Corona du Gouvernement (2020, 3 décembre, p.24) - Avis pour

l'opérationnalisation de la Stratégie de vaccination Covid-19 pour la Belgique,

https://www.legbo.be/wpcontent/uploads/2021/01/Note_TF_Strategy_Vaccination_FR_0312_post_press.pdf

Mois	Catégories de population
Janvier 2021	Les résidents et le personnel des MR/MRS + les professionnels de soins de santé (médecins, infirmiers...) dans les hôpitaux
Février 2021	Les professionnels de soins de santé de 1 ^{ère} ligne (médecins, pharmaciens...) + les institutions collectives de soins (soins aux personnes porteuses de handicap...) et le reste du personnel hospitalier + le personnel de police d'intervention
Mars-avril 2021	Personnes de 65 ans ou plus
Avril-mai 2021	Personnes à risque de COVID-19 en raison de comorbidités, les fonctions critiques (les services d'intervention de la police), les femmes enceintes, les fonctionnaires et détenus des établissements pénitentiaires et les athlètes (para)olympiques
Juin 2021	Le reste de la population générale à partir de 18 ans et puis à partir de 12 ans

Tabl - Principales étapes de la campagne de vaccination en Belgique

Source : tiré de Catteau et al. (2021, p.12) - Rapport Thématique : Couverture vaccinale et impact épidémiologique de la campagne de vaccination Covid-19 en Belgique (Sciensano)

Annexe 7 : Répartition des 18-24 ans dans les communes de la région Bruxelles-Capitale

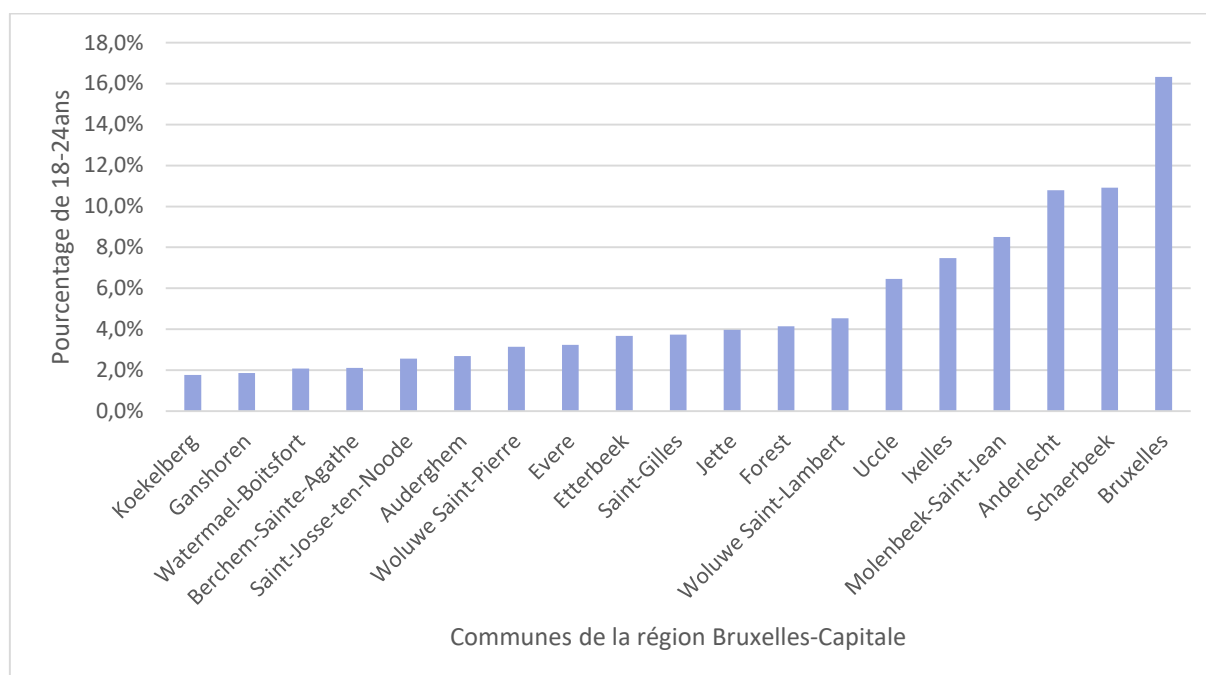


Fig - Répartition des 18-24 ans dans les communes de la région de Bruxelles-Capitale

Graphique réalisé avec les chiffres provenant des données de la structure par âge de l'IBSA au 1^{er} janvier 2022. Le dénominateur étant la population totale des 18-24 ans en RBC* au 1^{er} janvier 2022.

Source : réalisé à l'aide des données de l'IBSA, <https://ibsa.brussels/themes/population/structure-par-age> - (consulté le 15 Nov. 2022)

Commentaires : Nous pouvons remarquer une disparité dans la répartition des jeunes adultes de 18 à 24 ans dans les différentes communes de la RBC. La majorité des 18-24 ans (> 60%) résident dans 6 communes (sur 19 au totale), soit à Bruxelles, Schaerbeek, Anderlecht, Molenbeek-Saint-Jean, Ixelles et Uccle.

**Région de Bruxelles-Capitale*

Annexe 8: Couverture vaccinale par tranches d'âge et par régions de Belgique (fin mars 2022)

					Fully Vaccinated		+ Booster Dose		
Coverage by Region and Age Group									
	Brussels	Flanders	Ostbelgien	Wallonia		Brussels	Flanders	Ostbelgien	Wallonia
85+	84 %	93 %	84 %	86 %	85+	71 %	85 %	70 %	74 %
75-84	85 %	96 %	90 %	90 %	75-84	74 %	93 %	82 %	83 %
65-74	84 %	96 %	89 %	91 %	65-74	71 %	93 %	82 %	84 %
55-64	81 %	96 %	80 %	88 %	55-64	61 %	91 %	71 %	78 %
45-54	78 %	94 %	80 %	86 %	45-54	50 %	86 %	66 %	70 %
35-44	71 %	91 %	77 %	81 %	35-44	39 %	78 %	55 %	57 %
25-34	67 %	89 %	73 %	76 %	25-34	36 %	73 %	46 %	47 %
18-24	61 %	90 %	76 %	80 %	18-24	27 %	73 %	47 %	48 %
12-17	48 %	88 %	70 %	73 %	12-17	6 %	36 %	12 %	10 %

Fig - Couverture vaccinale par tranche d'âge et par régions de Belgique

Source : Dashboard Sciensano (29/03/22), https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/p_j1f02pfmnc - (consulté le 29 Mars 2022)

Commentaires : Selon les chiffres par tranche d'âge et par régions, les 18-24 ans bruxellois ont le chiffre le « plus mauvais » (des personnes >18 ans), contrairement aux autres régions où ce sont les 25-34 ans. On observe une couverture vaccinale plus faible à Bruxelles, mais nous avons vu que la RBC a une grande proportion de jeunes dans sa population, aussi c'est une ville cosmopolite. Nous remarquons que les personnes âgées (>65 ans) sont les plus vaccinées, cela peut s'expliquer par le fait que les >65ans était prioritaires pour se faire vacciner, selon la stratégie vaccinale mise en place en Belgique. Aussi, nous voyons que la primovaccination obtient un taux élevé, mais les « boosters » ne suivent pas, il faut aussi rappeler qu'il faut attendre un certain délai après la primovaccination pour avoir un booster.

Annexe 9 : Comparaison entre régions de la vaccination des 18-24 ans

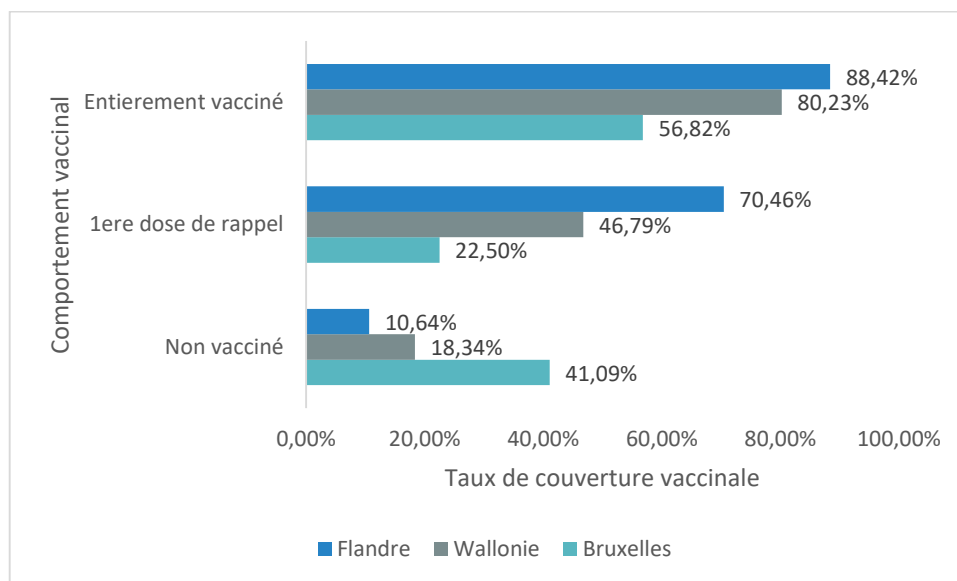
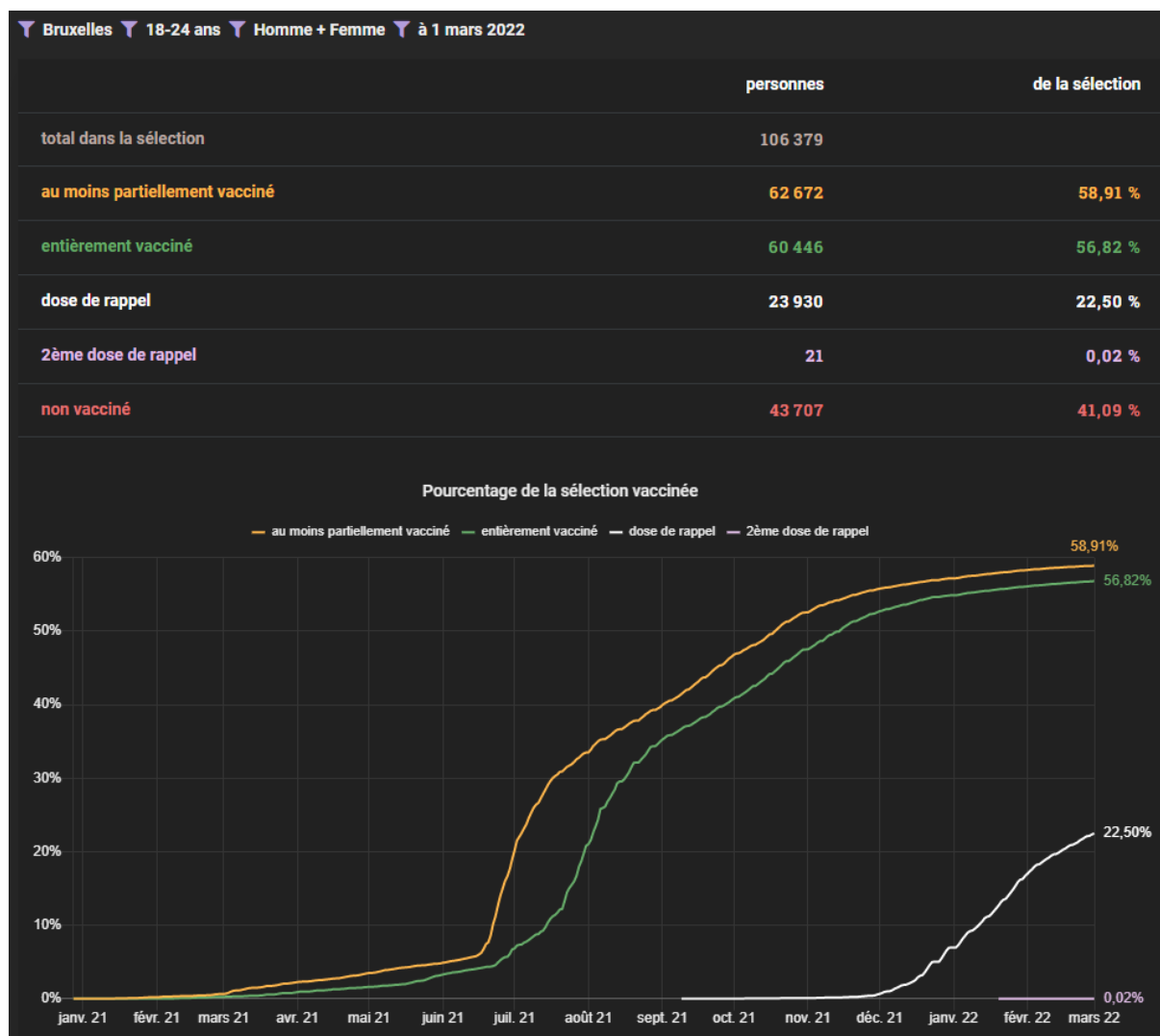


Fig - Comparaison entre les régions de Belgique de la vaccination contre la Covid-19 des 18-24 ans

Graphique réalisé avec les chiffres provenant du tableau interactif de Covid-Vaccinatie.be (avec les filtres : 18-24 ans / régions / 1^{er} Mars 2022).

Source : réalisé à partir des données du site Covid-vaccinatie, <https://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-22> - (consulté le 22 Nov. 2022)

Annexe 10 : Part des 18-24 ans bruxellois vaccinés (en fonction des doses)



← Période d'application du CST (15 oct. 2021 au 7 mars 2022) →

Fig - Evolution de la couverture vaccinale Covid-19 pour les 18-24 ans (Janv. 2021 au 1er Mars 2022)

Source : Dashboard Covid-Vaccinatie, [https://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-](https://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-20)

[interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-](https://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-20)

[24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-20](https://covid-vaccinatie.be/fr/tableau-de-bord-interactif?region%5BBrussels%5D=1&age%5B18-24%5D=1&gender%5BM%5D=1&gender%5BF%5D=1&end=2022-11-20) – (consulté le 20 Nov. 2022)

Filtres utilisés : Bruxelles / 18-24 ans / Homme + Femme / 1^{er} mars 2022

Commentaires : Nous pouvons voir, que lors de l'application du CST en RBC, le taux de primo-vaccination a augmenté d'environ 10%, et que la 3^e dose a été adoptée par quasiment ¼ par les jeunes adultes.

Infos : Je présente les chiffres au 1^{er} mars 2022 puisque c'est avant les premiers focus groups organisés)

Les chiffres au 20 Nov. 2022 sont :

- au moins partiellement vacciné : 59,39%
- entièrement vacciné : 57,52%
- dose de rappel : 25,85%
- 2^e dose de rappel : 1,42%
- non vacciné : 40,61%

Annexe 11 : Continuum de l'hésitation vaccinale selon WHO

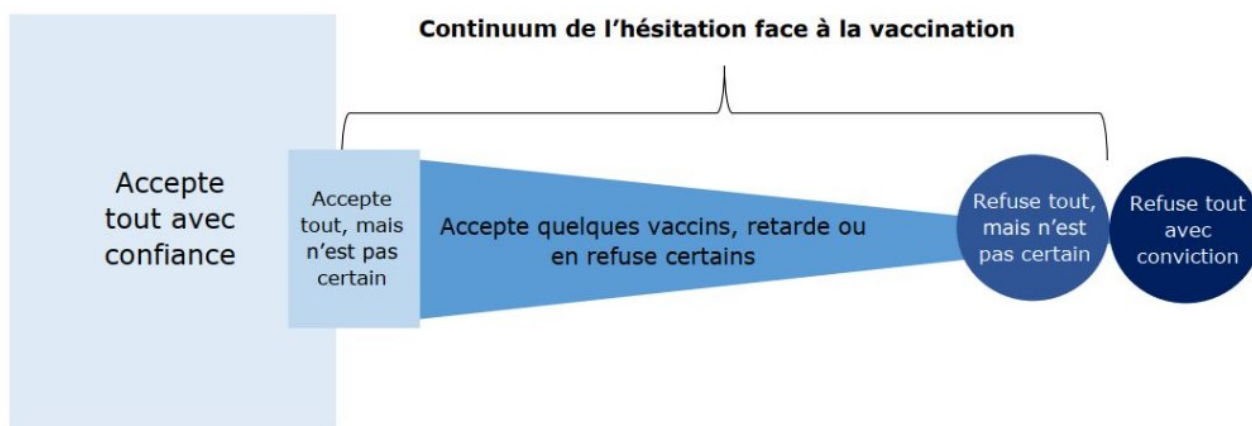


Fig - Continuum de l'hésitation vaccinale selon WHO

Source : tiré de Canada.ca, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/professionnels-sante/vaccins/vaincre-hesitation-vaccination.html> - (consulté le 2 Dec. 2022)

Annexe 12 : Modèle des « 3Cs » de l'hésitation vaccinale du groupe SAGE

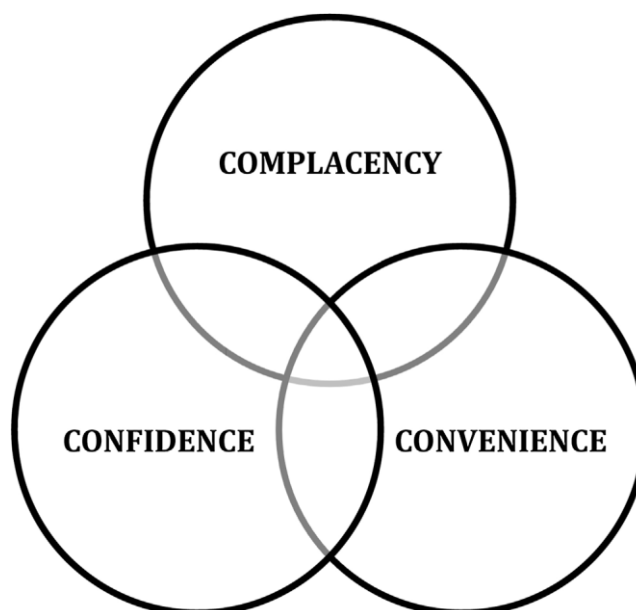


Fig - Modèle des « 3Cs » de l'hésitation vaccinale proposé par le groupe SAGE de l'OMS

Source : tiré de MacDonald et SAGE (2015, p.2) - Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants

Annexe 13 : Matrice des déterminants de l'hésitation vaccinale du groupe SAGE

Contextual influences Influences arising due to historic, socio-cultural, environmental, health system/institutional, economic or political factors	a. Communication and media environment b. Influential leaders, immunization programme gatekeepers and anti- or pro-vaccination lobbies c. Historical influences d. Religion/culture/gender/socio-economic e. Politics/policies f. Geographic barriers g. Perception of the pharmaceutical industry
Individual and group influences Influences arising from personal perception of the vaccine or influences of the social/peer environment	a. Personal, family and/or community members' experience with vaccination, including pain b. Beliefs, attitudes about health and prevention c. Knowledge/awareness d. Health system and providers – trust and personal experience e. Risk/benefit (perceived, heuristic) f. Immunization as a social norm vs. not needed/harmful
Vaccine/vaccination – specific issues Directly related to vaccine or vaccination	a. Risk/benefit (epidemiological and scientific evidence) b. Introduction of a new vaccine or new formulation or a new recommendation for an existing vaccine c. Mode of administration d. Design of vaccination programme/Mode of delivery (e.g., routine programme or mass vaccination campaign) e. Reliability and/or source of supply of vaccine and/or vaccination equipment f. Vaccination schedule g. Costs h. The strength of the recommendation and/or knowledge base and/or attitude of healthcare professionals

Tabl - Matrice des déterminants de l'hésitation vaccinale selon le groupe SAGE de l'OMS

Source : adapté d'après MacDonald et SAGE (2015, p.3) - Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants

Annexe 14 : Modèle conceptuel de l'hésitation vaccinale de Dubé et al. (2013)

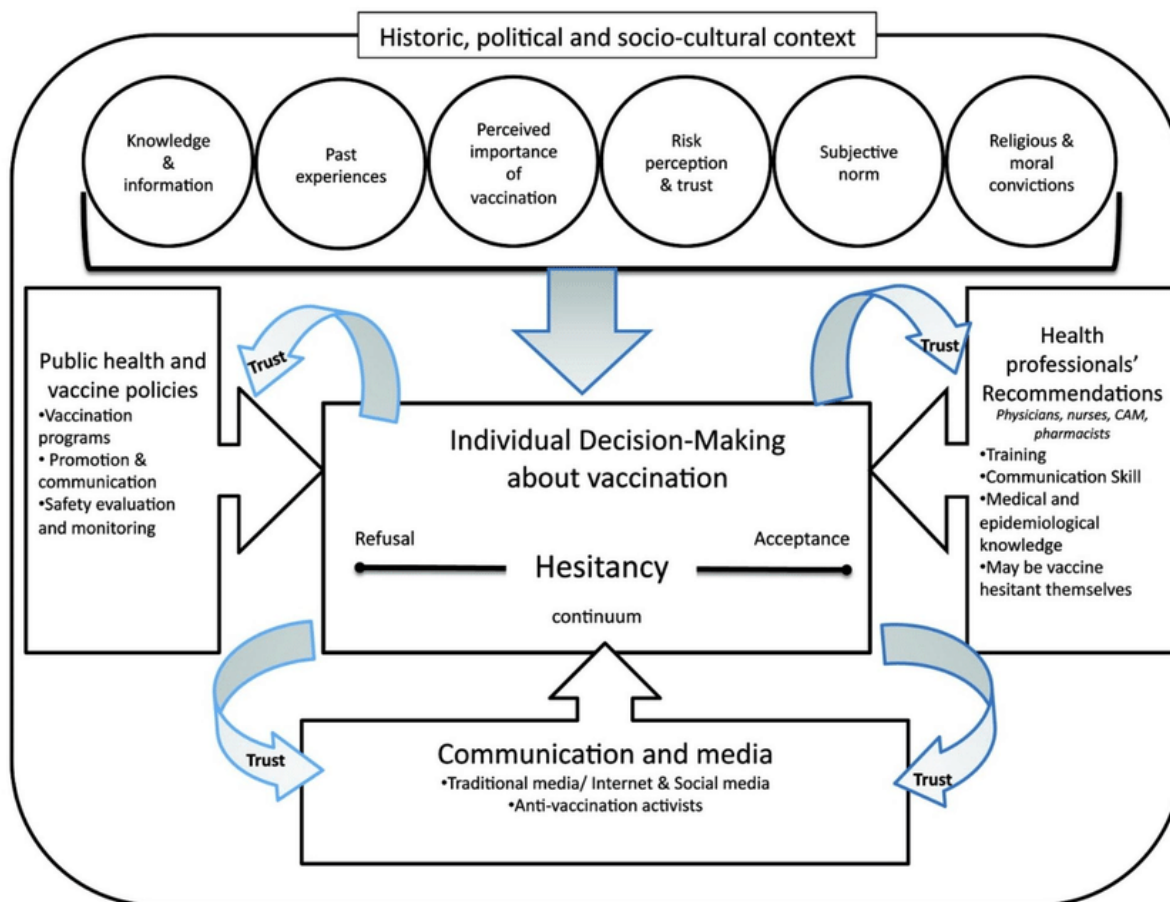


Fig - Modèle conceptuel de l'hésitation vaccinale de Dubé et al. (2013)

Source : tiré de Dubé et al. (2013, 1764) - Vaccine hesitancy

Annexe 15 : Évolution de la motivation des citoyens Belges

Motivation during the COVID-19 pandemic in Belgium

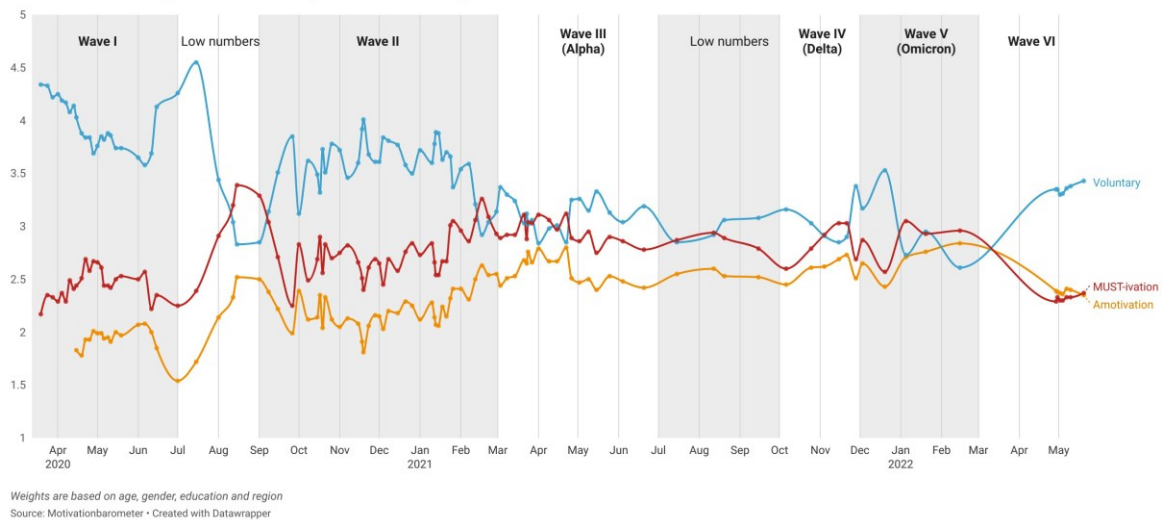


Fig - Évolution de la motivation des citoyens Belges pendant la Covid-19 (de Mars 2020 à Mai 2022)

Source : tiré du Baromètre de la motivation (2022) – Symposium sur les leçons tirées de la pandémie - Motivation et perception des risques & Vaccination et communication

Commentaires : Dans le contexte de la pandémie de Covid-19, nous voyons que la motivation des individus est évolutive en fonction de la fluctuation de la propagation du virus (augmentation du taux d'incidence, de surcharge des systèmes de santé, etc.) mais aussi dans le temps :

- elle diminue lorsque les mesures semblent incohérentes, lors de phases « plateaux » ou de recul de la propagation du virus, et dans le temps,
- alors que la motivation est maximale lorsque les personnes comprennent la situation et les mesures, lors de « vagues » ou « pics », ou en fonction des différents variants, et de leurs impacts.

(Symposium du Baromètre de la motivation, 2022)

Annexe 16 : Évolution de la perception du risque en fonction du statut vaccinal

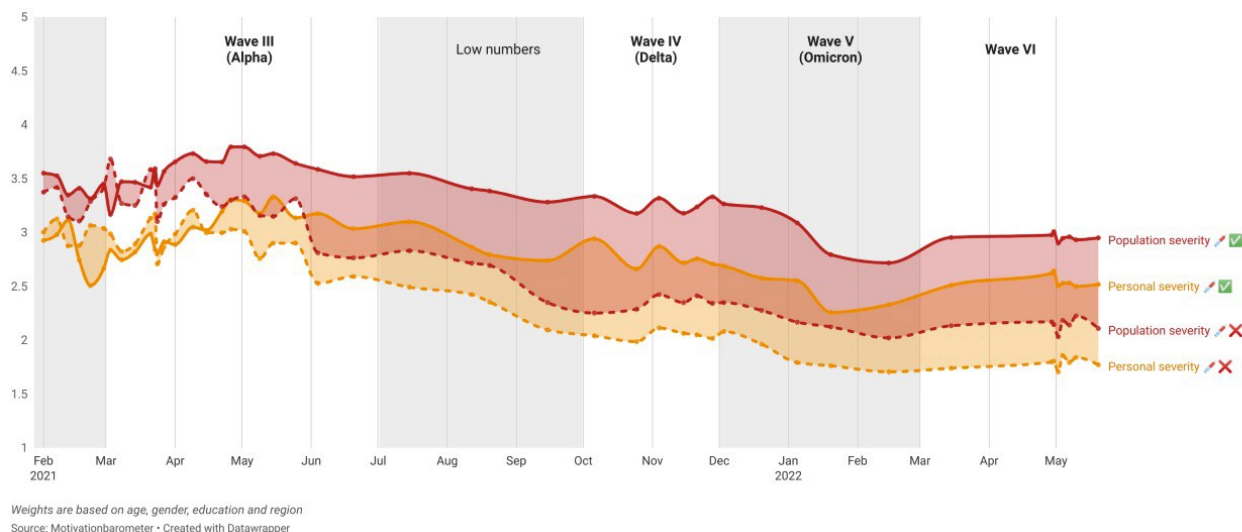


Fig - Évolution de la perception du risque, des citoyens Belges, en fonction du statut vaccinal (de Fév. 2021 à Mai 2022)

Source : tiré du Baromètre de la motivation (2022) – Symposium sur les leçons tirées de la pandémie - Motivation et perception des risques & Vaccination et communication.

Commentaire : Nous remarquons d’une part, que la perception du risque à tendance à diminuer dans le temps, et que la perception du risque est supérieure pour le risque perçu sur l’ensemble de la population que personnellement. D’autre part, nous remarquons que les personnes vaccinées perçoivent plus le risque de la Covid-19 que les non vaccinées.

Annexe 17 : Exemples de documentaires et sites d'informations fait « par » et « pour » les jeunes

**Cette liste n'est pas exhaustive*

- Web documentaire « MélanCovid »

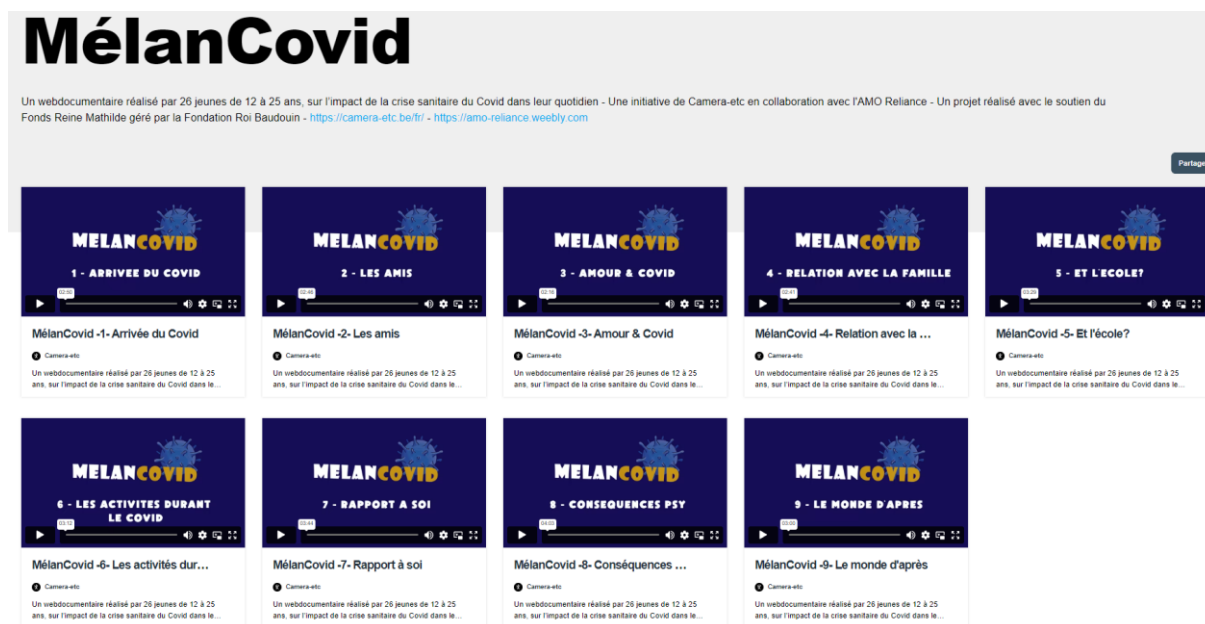


Fig - Web documentaire « MélanCovid »

9 vidéos réalisées par des jeunes de 12 à 25 ans parlant de l'impact de la crise sanitaire. Sur une initiative de Camera-etc et en collaboration avec l'AMO Reliance

Disponibles ici : <https://vimeo.com/showcase/9093139> – (consulté le 2 Déc. 2022)

- **Campagne de sensibilisation « Chaque vie compte »**

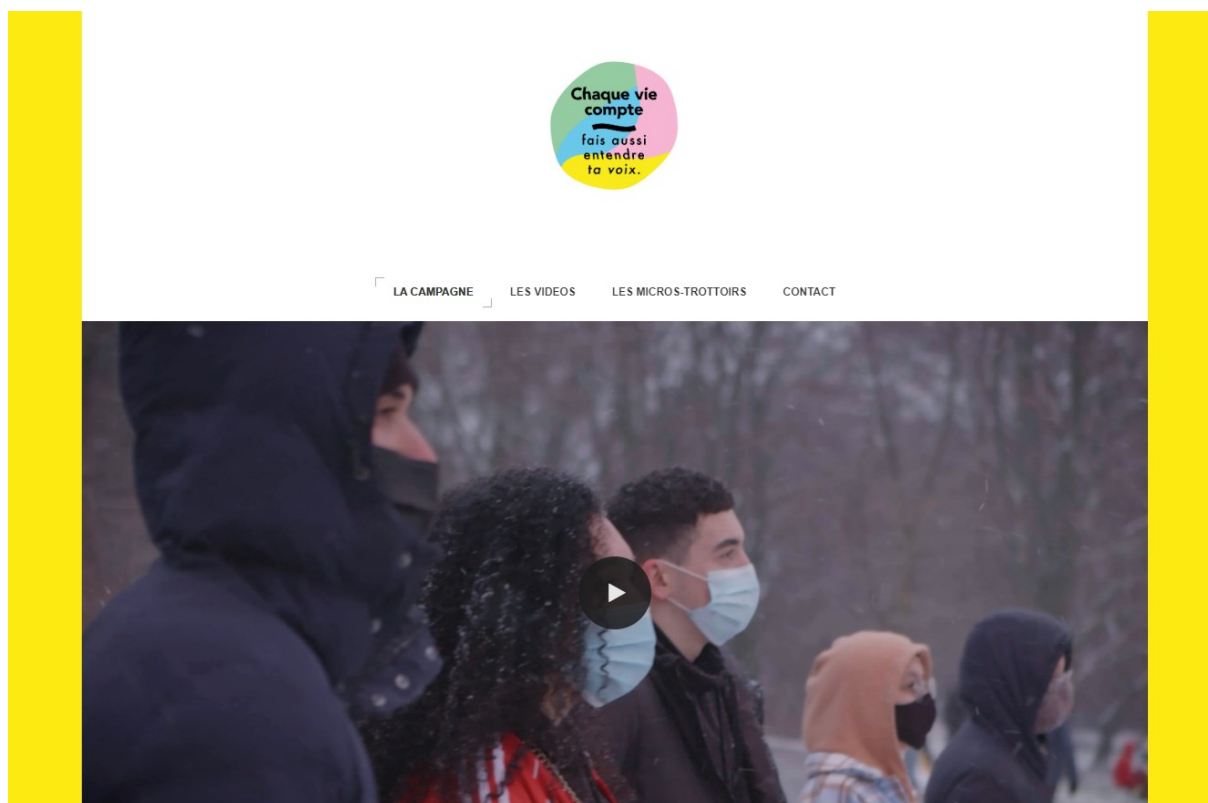


Fig - Campagne de sensibilisation « Chaque vie compte »

Des capsules vidéo et micros-trottoirs diffusés sur les réseaux sociaux, destinés aux jeunes.

Ce projet c'est une façon de faire entendre leurs voix, *« parce qu'on n'écoute pas et qu'on ne prend pas assez en compte le vécu et le point de vue des jeunes. À l'image de ceux qui ne sont pas dignement reconnus, les isolés, les pauvres, les marginalisés. Alors les jeunes veulent prendre la parole et la donner à d'autres jeunes et aux invisibles »* (Chaque vie compte).

Le thème de la liberté est au centre de la campagne : la liberté d'information, d'expression et de débat ; la liberté de se déplacer, de faire des rencontres et des découvertes, d'être en lien avec les autres, de vivre des expériences ; liberté de participation.

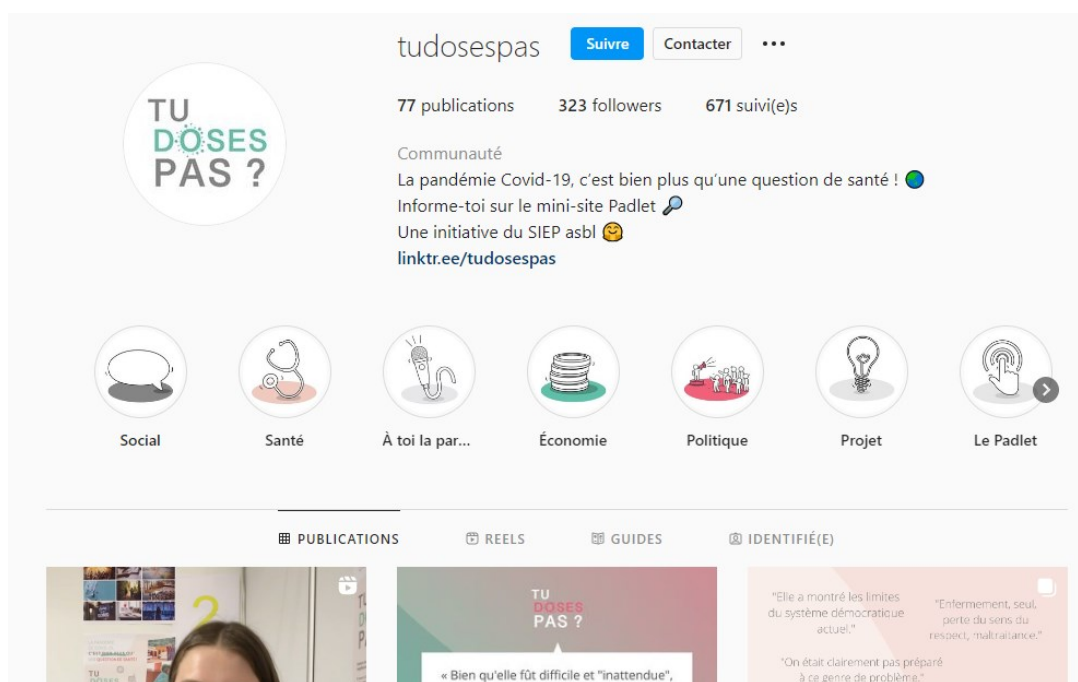
Une distribution de masques a aussi été faite en parallèle de ce projet.

Ce projet est une initiative du Conseil de Prévention de Bruxelles et avec le soutien de la COCOF et de la Fédération Wallonie-Bruxelles, ainsi que de sept AMO bruxelloises (Services d'Actions en Milieu Ouvert)

Source : tiré de Chaque vie compte, <http://chaque-vie-compte.be/campagne/> – (consulté le 5 Déc. 2022)

- Campagne d'information sur la vaccination « Tu doses pas ? »

Campagne d'information sur la vaccination « Tu doses pas ? » sur une initiative du SIEP asbl avec un panel Podcasts, vidéos, articles, webinaires portant sur la pandémie, les informations des mesures et la vaccination etc.



Sur Instagram, disponible ici : <https://www.instagram.com/tudosespas/?hl=fr> – (consulté le 2 Déc. 2022)



Sur un Padlet, disponible ici : <https://padlet.com/informationjeunesse/tudosespas> – (consulté le 2 Déc. 2022)

Annexe 18 : Intention des citoyens Belges à l'égard d'une dose de rappel (fin 2021)

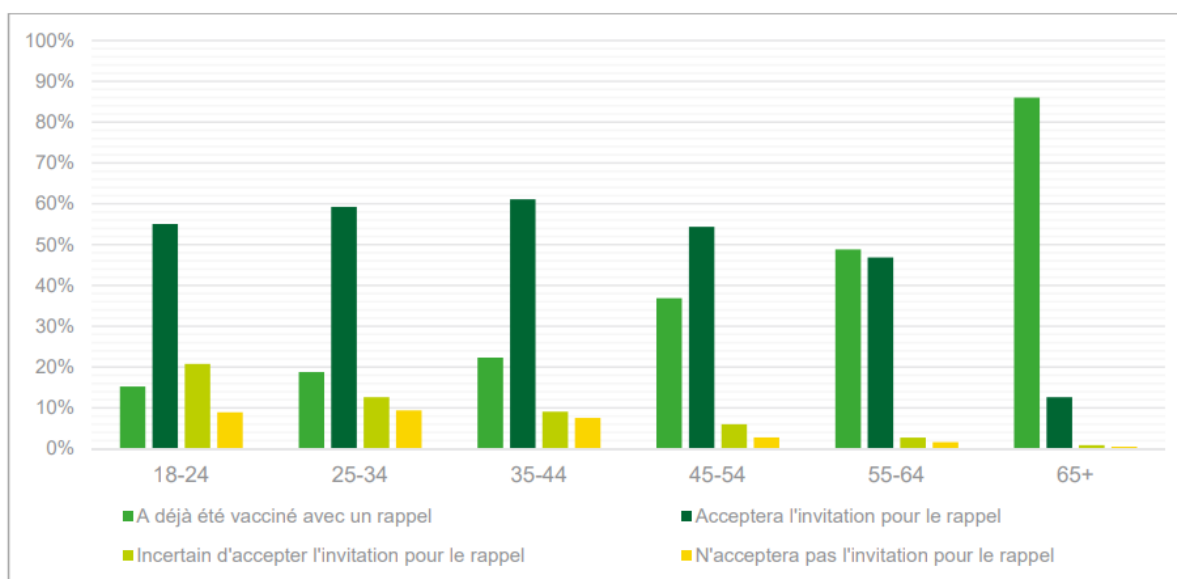


Fig - Niveau d'intention des citoyens Belges à l'égard d'une dose de rappel du vaccin contre la Covid-19, fin 2021

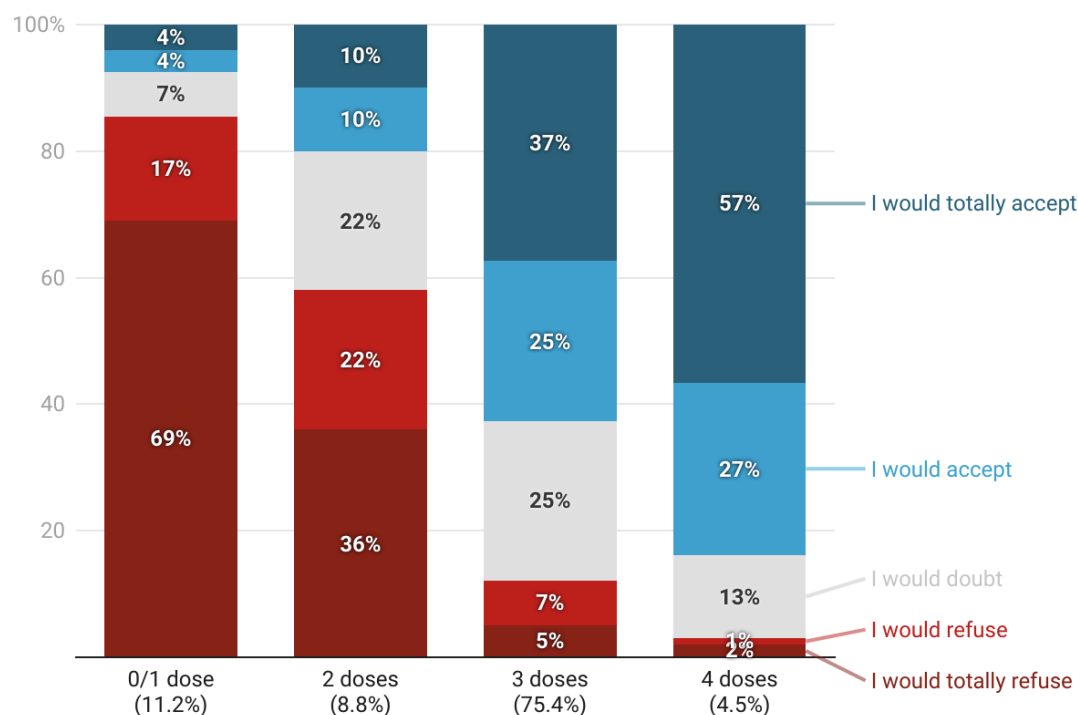
Source : tiré de Sciensano (Janvier 2022, p.15) – Neuvième enquête de santé Covid-19 : Résultats préliminaires Disponible en ligne : <https://doi.org/10.25608/evrs-je22>

Commentaire : « De nombreux jeunes adultes vaccinés ont déclaré qu'ils ne savaient pas (encore) s'ils accepteraient ou pas l'invitation pour une dose de rappel » (Sciensano, 2022)

Annexe 19 : Evolution de l'intention des citoyens Belges à l'égard des doses de rappel (mai 2022)

Suppose you received a new invitation to be vaccinated. How would you react to this invitation?

By number of received vaccination doses (% in the sample)



Weighted data by age group, gender, education level and region
N = 31,472 in April and May, 2022

Chart: Motivationbarometer • Created with Datawrapper

Fig - Evolution de l'intention des citoyens Belges à l'égard des doses de rappel (mai 2022)

Source : tiré du Baromètre de la motivation (2022) – Symposium sur les leçons tirées de la pandémie - Motivation et perception des risques & Vaccination et communication

Annexe 20 : Techniques de communication adaptées et ciblées en fonction du niveau de l'intention vaccinal

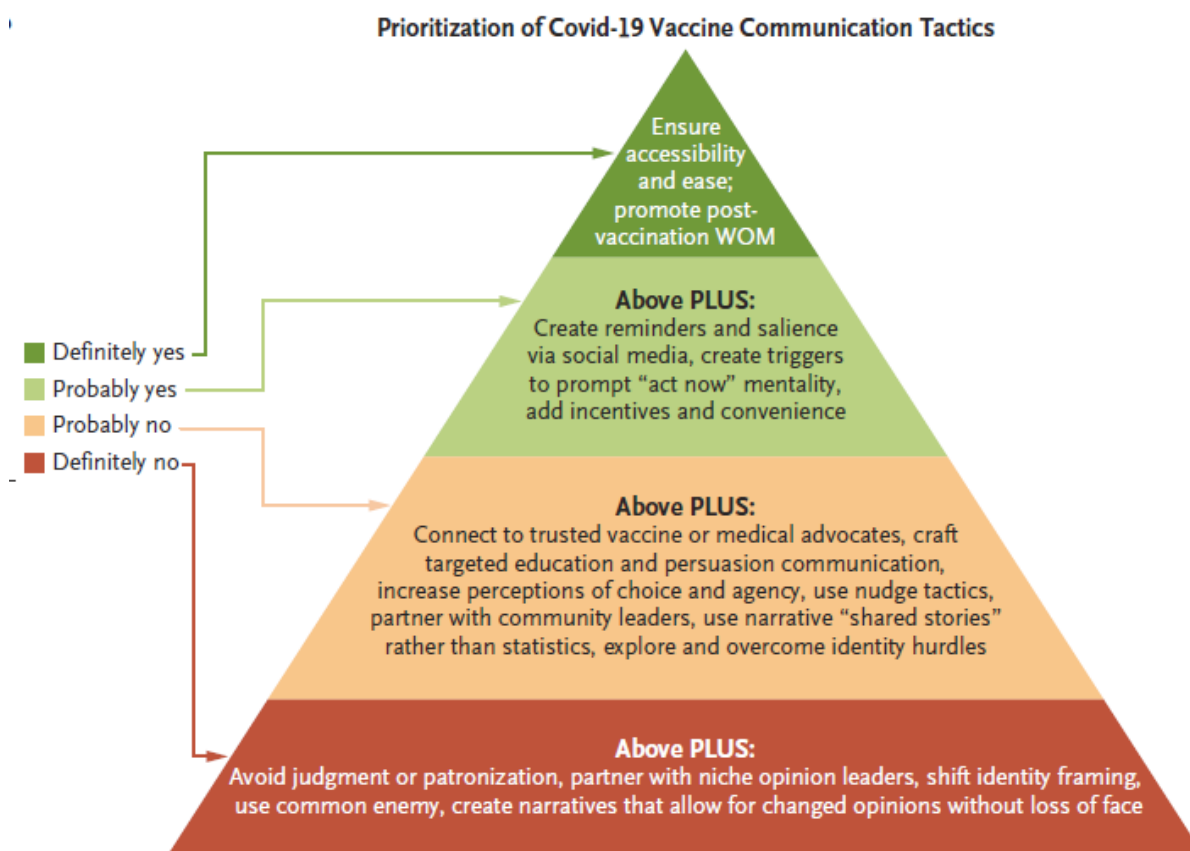


Fig - Priorisation des techniques de communication en fonction du niveau d'hésitation à la vaccination dans le cadre du vaccin de la Covid-19, développée par Wood et Schulman (2021, p.4)

« Pour faire passer le public de l'intention à l'action (compléter la séquence vaccinale à deux doses), une stratégie de communication spécifique doit être développée pour les personnes dans chacune des quatre catégories de réponse différentes (Certainement oui, Probablement oui, Probablement non, Certainement non). WOM désigne le bouche-à-oreille » (traduit de l'anglais).

Source : tiré de Wood & Schulman (2021) - Beyond Politics — Promoting Covid-19 Vaccination in the United States

Annexe 21 : Exemples de communication à destination des jeunes adultes

**Cette liste n'est pas exhaustive*

- Campagne de communication « Covid Breakers »



Fig - Campagne de communication « Covid Breakers »

Une campagne positive, inclusive et axée sur la collaboration, affiches (en FR, NL) et vidéos proposées par la COCOM suite à une enquête qualitative menée auprès de jeunes bruxellois de 18 à 25 ans par le bureau d'études MARESCON.

Source : tirée de Coronavirus.brussels, https://coronavirus.brussels/covid-breakers/materiel-communication-covid-breakers/#Covid_Breakers_Articles - (consulté le 2 Déc. 2022)

- **FAQ « Covid19 : les questions des jeunes sur le vaccin »** de l'UCLouvain

Covid19 : les questions des jeunes sur le vaccin



Facebook Twitter WhatsApp Messenger + Plus d'options... 73

L'été est là, annonçant l'ouverture de la vaccination aux 18-25 ans en Belgique. La jeunesse a attendu son tour, laissant la priorité à la population plus âgée et/ou plus fragile.

Aujourd'hui, les jeunes s'interrogent légitimement sur cette vaccination qui leur est désormais accessible. Nous avons donc proposé à notre communauté étudiante de nous poser ses questions sans tabou et sans filtre.

Nos 5 expertes et experts leur répondent à travers une dizaine de vidéos que nous dévoilons ici.

Recherche : AstraZeneca, fertilité, ARN, ...

Y a-t-il réellement un intérêt à ce que les jeunes se fassent vacciner si toute la population à risque est vaccinée ?



Nos 5 expertes et experts

 Leïla Belkhir
Infectiologue

 Sophie Lucas
Immunologiste

 Olivier Luminet
Psychologue de la

Fig - FAQ « Covid19 : les questions des jeunes sur le vaccin »

Proposées par l'UCLouvain aux étudiants, lors de l'ouverture de la vaccination à leur tranche d'âge, avec des réponses vidéos de 5 experts : infectiologue, immunologiste, psychologue de la santé, obstétricienne et psychologue sociale.

Source : tirée de l'UCLouvain, <https://uclouvain.be/fr/etudier/covid-19-les-questions-des-jeunes-sur-le-vaccin.html> - (consulté le 2 Déc. 2022)

- **Jeu vidéo « Antidote COVID-19 »**



WHO and Psyon Games teach players how to stay safe from COVID-19 in the Antidote Game

19 October 2021 | Departmental news | Reading time: 1 min (341 words)

WHO and Psyon Games have joined forces to launch a new tower defense game called the Antidote COVID-19 to turn complex, scientific information into a fun learning experience. During the course of the game, players will learn about their immune system, pathogens, vaccines and how to protect themselves from COVID-19.

The game comes at a critical point of the pandemic where misinformation is hindering COVID-19 vaccine acceptance and adherence to other public health measures due to fear, mistrust and doubt. By putting players in the driver's seat, the game urges everyone to play a role in fighting harmful misinformation online, and learning and sharing the facts from trusted sources of information.

The game starts just before the pandemic begins. The player is recruited to halt the spread of SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19, by developing vaccines and helping the human immune system fight off the virus. Based on real events, this online adventure takes the player to the frontline of science, ultimately providing lifesaving information in the palms of their hands.

[Download the game](#)



"Since 2017 Psyon Games has specialized in vaccine awareness games," said Olli Rundgren, CEO of Psyon Games. "Even then, vaccine hesitancy due to misinformation was a big problem. The global COVID-19 pandemic has brought the scale and severity of the problem to a whole new level. Now, more than ever, reaching people with reliable information in their preferred channels is an act of public health and safety. Games are the most engaging and measurable media. We believe that the power of games can contribute heavily to solving this great challenge of our time."

News



WHO brings vital mental health messages to gamers via digital channels
4 October 2021



WHO, Facebook and Prækelt.Org provide critical mobile access to COVID-19 information for vulnerable communities
11 August 2021



The WHO and Angry Birds Friends encourage communities to stay active during COVID-19
26 July 2021



The World Health Organization and Wikimedia Foundation expand access to trusted information about COVID-19 on Wikipedia
22 October 2020

Fig - Jeu vidéo « Antidote COVID-19 »

Développé en 2021 par l'OMS et Psyon Games, dans le but de rendre les informations scientifiques (les vaccins, comment se protéger du virus, le système immunitaire etc.) en un apprentissage ludique, et cela dans une période de désinformation et infodémie. Le jeu invite à lutter contre la désinformation en partant d'informations fiables.

Source : tiré de WHO, <https://www.who.int/news/item/19-10-2021-who-and-psyon-games-teach-players-how-to-stay-safe-from-covid-19-in-the-antidote-game> - (consulté le 2 Déc. 2022)

Annexe 22 : Exemples de sites officiels d'informations fiables sur la Covid-19

**Cette liste n'est pas exhaustive*

Pour se tenir informé sur le virus et les mesures actuelles à Bruxelles :

- **Info-Coronavirus**, <https://www.info-coronavirus.be/fr/vaccination/>
- **Coronavirus Brussels**, <https://coronavirus.brussels/>

Pour suivre l'évolution épidémiologique de la pandémie (mortalité, incidence, vaccination etc.) :

- **Sciensano**, <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>

Pour avoir des informations sur la vaccination contre la Covid-19

- **Vaccination-info**, <https://www.vaccination-info.be/maladie/covid-19/>
- **Je me vaccine**, <https://www.jemevaccine.be/>

Cutlure & Santé a proposé une infographie pour aider les citoyens à réagir face à l'information

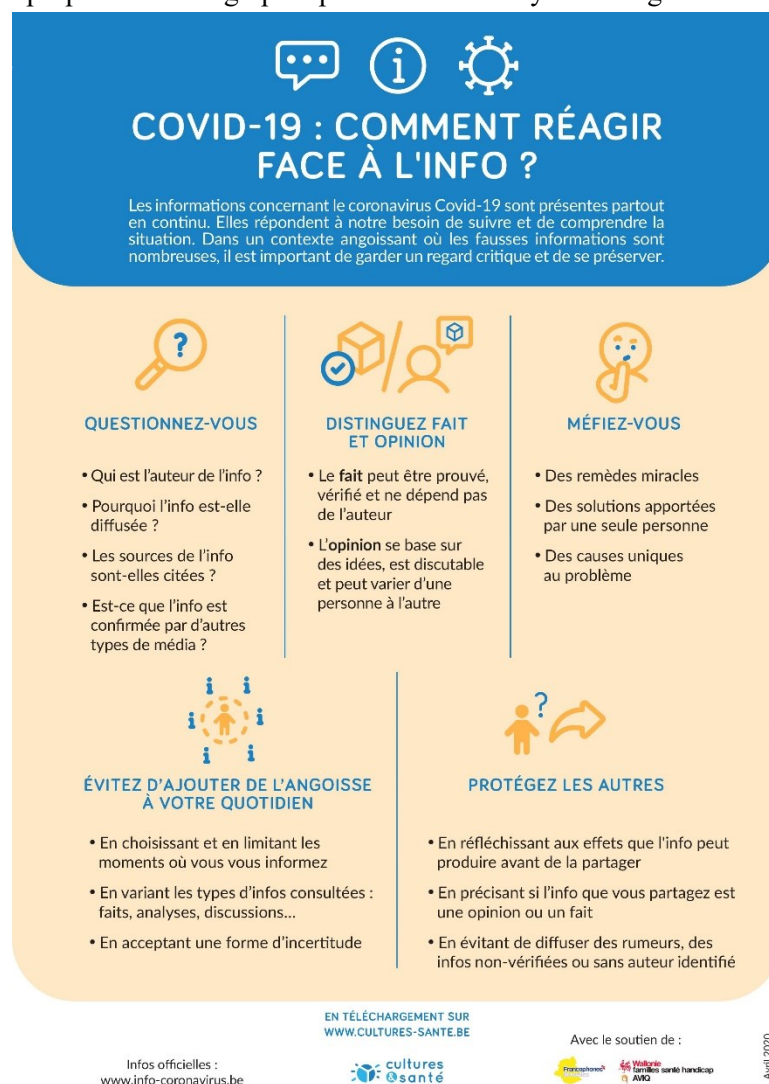


Fig – Infographie Covid-19 : Comment réagir face à l'info ?

Source : tiré de Culture & Santé, <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/546-covid-19-comment-reagir-face-a-l-info.html> - (consulté le 4 Dec. 2022)

Annexe 23 : Méthode de recherche et littératures utilisées

Keywords
Termes francophones : Covid-19, pandémie, vaccination, comportements (en santé), jeunes adultes, adhésion, hésitation, confiance, communication, enquête de vaccination, Bruxelles, Belgique, Europe Termes anglophones : Covid-19, pandemic, vaccination, behaviour (in health), young adults, acceptance, acceptability, trust, communication, vaccine survey, Brussels, Belgium, Europe
Articles scientifiques – Méta-revues – Etudes et Enquêtes scientifiques
Recherche via : – Pubmed - Google Scholar - Scopus - Cairn Mesh utilisés : – "COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Young) AND (Belgium) – "COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Europe) AND (Acceptance) – "COVID-19/prevention and control"[MeSH] AND (Acceptability) AND (Europe) – "COVID-19 Vaccines"[Mesh] AND (Young) AND (vaccine hesitation) Publications francophones ou anglophones Publications principalement belges, européennes ou d'Amérique du Nord
Rapports et enquêtes scientifiques, sociologiques et gouvernementaux (et autres)
– Conseil Supérieur de la Santé (CSS) – Commission européenne (CE) et DG SANTE – OMS – UNICEF – Sciensano : rapport et enquête Covid-19 – COCOM : enquête qualitative sur les jeunes Bruxellois (18 à 25 ans) – Bfp/FbP : étude du groupe Psychologie et Corona (rapport du Baromètre de la Motivation) – CBPS : rapport de l'impact Covid-19 – Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : Etude qualitative Vaccessible – UNIA : Covid-19 – les droits humains mis à l'épreuve – ORM : projet Covivom - Analyse de « l'infodémie » en Belgique francophone (2020) – ASBL (Question Santé – Média Animation – Culture & Santé)
Autres canaux
Webinaires : - « L'organisation de la vaccination contre la Covid-19 en Wallonie » par Y. Englert (2021) (vu sur YouTube en Nov. 2022). - « Vaccessible » : étude Stratégie de vaccination en RBC » (vu sur Youtube en Fév. 2022) - « La vaccination contre la Covid-19 » par L. Belkhir (2021) (vu sur Youtube en Avril 2022) - « Motivation, amotivation et hésitation : les déterminants psychologiques de la vaccination contre la Covid-19 » par O. Luminet, pour le Baromètre de la Motivation (Janv. 2022) - « Projet Fais-moi un dessin! » : approche participative communautaire (étudier et répondre à l'hésitation vaccinale contre la Covid-19 au Canada), par S. Kruchte (Oct. 2022) Symposium : - Symposium du Baromètre de la Motivation par l'ensemble de l'équipe scientifique en charge du projet pour présenter les résultats (Juin 2022) Podcast : - « Vaccination » du Baromètre de la Motivation, avec en invitée P. Van Oost (2022)

Annexe 24 : Taux de répondant de la base de données de Pandorix pour la participation au focus groups des 18-24 ans

FG \ Participants	Personnes contactées	Personnes répondants au Doodle	Personnes inscrites au FG	Participants le jour J
FG 1.1 – 9 mars Les comportements protecteur <i>(en semaine, en soirée) - Teams</i>	42	16	5	5
FG 1.2 – 16 mars La santé du futur <i>(en semaine, en soirée) - Teams</i>			5	4 (4 idem FG 1.1) <i>1 no show</i>
FG 2.1 – 26 mars Les comportements protecteurs <i>(le samedi matin) - Présentiel</i>	38	13	7	6 <i>1 no show</i>
FG 1.2 – 2 avril La santé du futur <i>(le samedi matin) - Présentiel</i>			7	5 (4 idem FG 2.1) <i>2 no show</i>
FG 3.1 – 6 juillet Les comportements protecteurs <i>(en semaine, en soirée) - Teams</i>	51	6	5	4 <i>1 no show</i>
FG 3.2 – 26 juillet La santé du futur <i>(en semaine, en soirée) - Teams</i>			4	3 (4 idem FG 3.1) <i>1 no show</i>

Tabl – Taux de répondants issus de la base de données de Pandorix (N=117)

Lors des différentes phases de contact : premier mail envoyé, réponse au Doodle, participants inscrits au focus groups et ayant envoyé leur consentement, présence le jour du focus group.

Commentaires : Sur un total de 117 inscrits, tous ont été contactés (mais certaines coordonnées étaient erronées), 35 personnes ont manifesté leur intérêt de participer en s'inscrivant au Doodle ; au total 16 personnes ont participé aux focus groups.

Annexe 25 : Questions et relances utilisées - adaptées du guide d'entretien de la recherche Pandorix

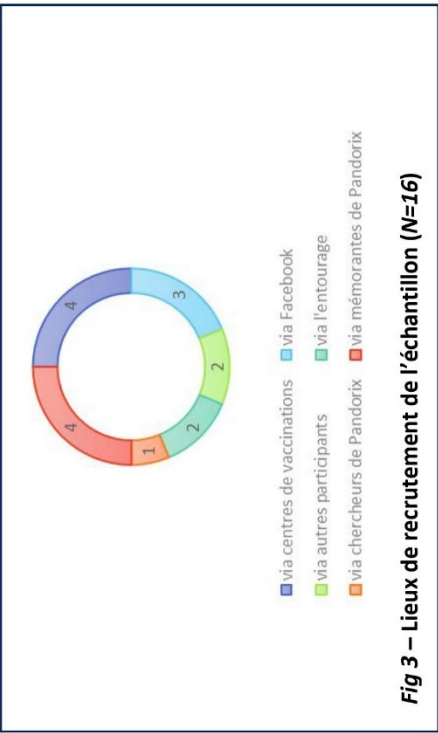
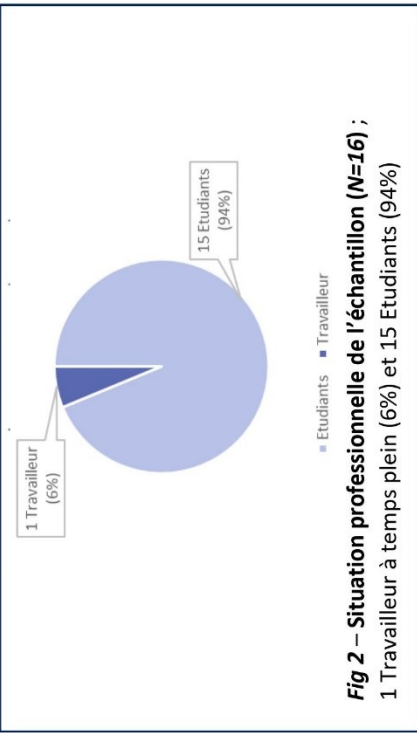
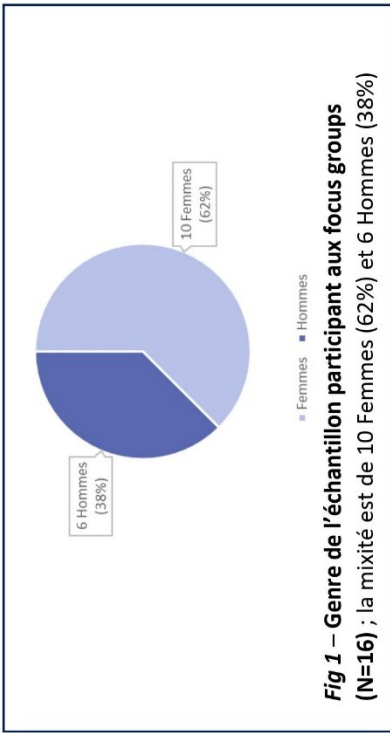
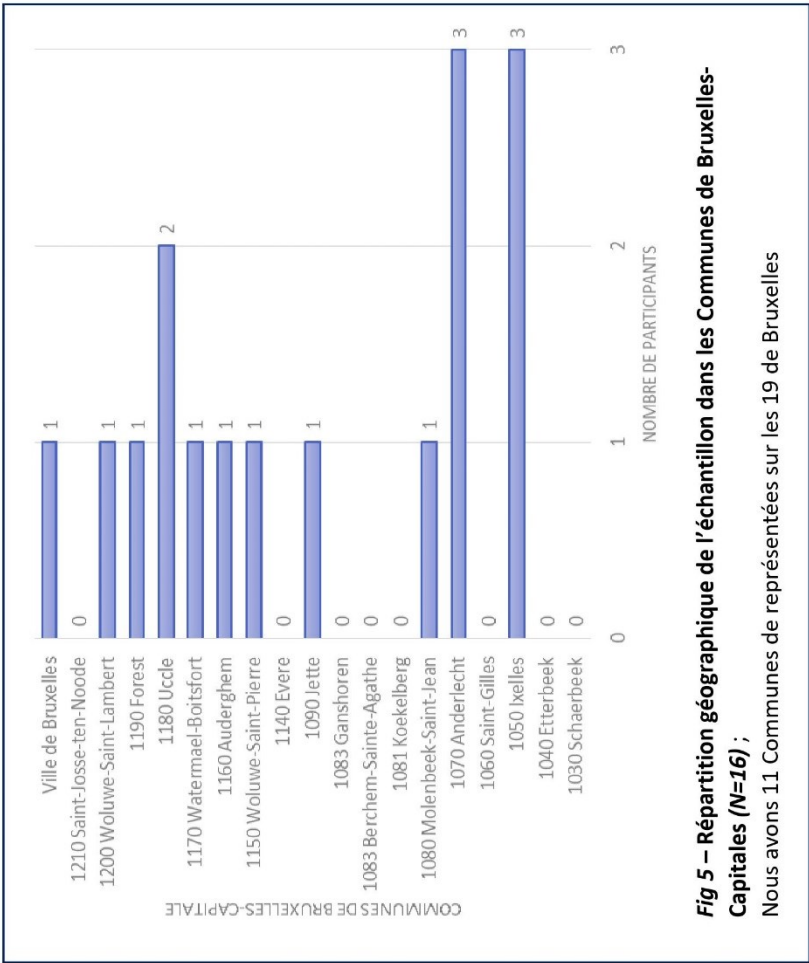
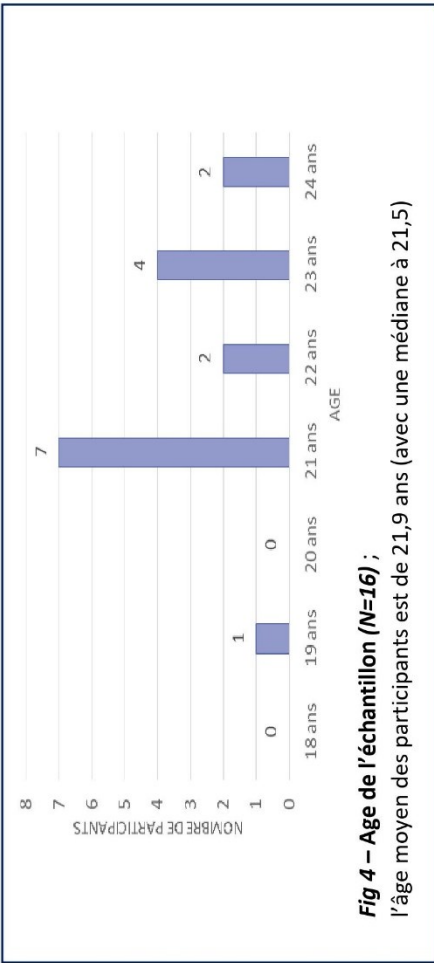
**je présente ci-dessous seulement les questions utilisées dans le cadre de mes résultats, et non l'entièreté du guide d'entretien de Pandorix*

FG 1 – Comportements protecteurs
- Les Comportement des Bruxellois On a entendu beaucoup de choses sur le comportement des personnes lors de la Covid 19, d'après vous qu'est-ce que les Bruxellois ont réellement adopté pour faire face au Covid19 ? <i>Relance sur la vaccination</i> ➤ <i>Est-ce que vous avez vu aussi des comportements par rapport à la vaccination ?</i> <i>Quand on a commencé à évoquer le sujet de la vaccination, et même jusqu'à actuellement</i>
- Les Facteurs valorisants/bloquants Selon vous, qu'est-ce qui fait que cela s'est passé comme cela ? qu'ils ont fait comme cela ? ➤ <i>Qu'est-ce qui a favorisé les comportements protecteurs ?</i> ➤ <i>Qu'est-ce qui les a freinés/bloqués ?</i> <i>Relance sur la vaccination</i> ➤ <i>Selon vous, qu'est-ce qui a fait que les Bruxellois, les jeunes se sont faits vaccinés ?</i> ➤ <i>Et demain si on vous dit la 4e dose ?</i>
- Communication Comment la communication des mesures a-t-elle été reçue ? ➤ <i>Comment ces communications ont pu favoriser des comportements ?</i> ➤ <i>Est-ce que vous voyez d'autres manières de communiquer ?</i>
FG 2 – La santé du futur en temps de pandémie/épidémie
- Pandémie dans le futur A votre avis, dans quelle mesure il y aura-t-il des épisodes pandémiques (ou épidémiques) dans le futur ? Dans combien de temps ? Cela ressemblerait à quoi ? ➤ <i>Même si c'est difficile à prévoir, est-ce que vous pensez que ce serait plus quelque chose qui va arriver à court terme, moyen terme, long terme ?</i>
- La santé en temps de pandémie Si jamais il y a de futures pandémies, pour vous en tant que Bruxellois, qu'elle serait une « bonne santé » ? ➤ <i>Est-ce que par exemple il y a des fois vous vous êtes dit 'la crise a vraiment un impact sur la santé de la personne, et que si jamais la pandémie revient, une bonne santé ça serait ça' ?</i>
- Temps Comment vous imaginez vous une bonne santé face à une épidémie/pandémie à court terme. ➤ <i>Dans le long terme (la pandémie mais qui dure)</i> <i>Relance sur la vaccination (Groupe 2)</i> ➤ <i>Si on fait face à une nouvelle pandémie, comment est-ce que vous pensez que les Bruxellois réagiraient par rapport à la politique vaccinale ?</i>

Annexe 26 : Arbre thématique réalisé sur le logiciel Nvivo



Annexe 27 : Caractéristiques de l'échantillon du public cible (N=16)



Annexe 28 : Participants correspondants aux verbatims

Répondants (R)	Groupes	Lieux	Focus groups thème 1	Focus groups thème 2
R1	1	Teams	FG 1.1 – début Mars 2022	FG 1.2 – mi-Mars 2022
R2		Teams	FG 1.1 – début Mars 2022	<i>non participé</i>
R3		Teams	FG 1.1 – début Mars 2022	FG 1.2 – mi-Mars 2022
R4		Teams	FG 1.1 – début Mars 2022	FG 1.2 – mi-Mars 2022
R5		Teams	FG 1.1 – début Mars 2022	FG 1.2 – mi-Mars 2022
R6	2	Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	<i>non participé</i>
R7		Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	<i>non participé</i>
R8		Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	FG 2.2 – début Avril 2022
R9		Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	FG 2.2 – début Avril 2022
R10		Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	FG 2.2 – début Avril 2022
R11		Présentiel	FG 2.1 – fin Mars 2022	FG 2.2 – début Avril 2022
R12		Présentiel	<i>non participé</i>	FG 2.2 – début Avril 2022
R13	3	Teams	FG 3.1 – début Juillet 2022	FG 3.2 – fin Juillet 2022
R14		Teams	FG 3.1 – début Juillet 2022	<i>non participé</i>
R15		Teams	FG 3.1 – début Juillet 2022	FG 3.2 – fin Juillet 2022
R16		Teams	FG 3.1 – début Juillet 2022	FG 3.2 – fin Juillet 2022

Tabl 1 – Participants des focus groups, nommés « R » pour « répondant »

Afin d’anonymiser le plus possible, je n’ai pas mis les attributs sociodémographique des répondants

Professionnels	Institutions représentées	Dates entretiens	Lieux
P1	Responsable d’un centre de vaccination bruxellois	fin Février 2022	Centre de vaccination
P2	Représentante d’une mutualité	début Novembre 2022	Teams
P3	Directeur d’une entreprise bruxelloise de secteur secondaire, de 1 ^{ere} ligne qui a mis en place une antenne de vaccination au sein de son entreprise (où la majorité des salariés ont entre 18 et 35ans)	mi-Novembre 2022	Entreprise concernée

Tabl 2 – Professionnels des entretiens individuels, nommés « P »

