



HAL
open science

Perception de la vaccination anti-Covid-19 en population générale martiniquaise

Jwanakan Dobat

► **To cite this version:**

Jwanakan Dobat. Perception de la vaccination anti-Covid-19 en population générale martiniquaise. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04157190

HAL Id: dumas-04157190

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04157190>

Submitted on 10 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2023 – Thèse N°76

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

DOBAT Jwanakan Né le 30 mai 1986 à Paris 14e arrondissement

À Bordeaux Juin 2023

PERCEPTION DE LA VACCINATION ANTI-COVID-19 EN POPULATION GENERALE
MARTINICAISE

Directrice de thèse, Madame le Docteur Camille METRAL

Jury

Président, Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Rapporteur, Monsieur le Docteur Guillaume CONORT

Assesseur, Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS

Assesseur, Monsieur le Professeur Serge ROMANA

Assesseur, Monsieur le Professeur André CABIÉ

Assesseur, Monsieur le Professeur Mathieu NACHER

Assesseur, Madame le Docteur Camille METRAL

Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2023 – Thèse N°76

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

DOBAT Jwanakan Né le 30 mai 1986 à Paris 14e arrondissement

À Bordeaux Juin 2023

PERCEPTION DE LA VACCINATION ANTI-COVID-19 EN POPULATION GENERALE
MARTINICAISE

Directrice de thèse, Madame le Docteur Camille METRAL

Jury

Président, Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Rapporteur, Monsieur le Docteur Guillaume CONORT

Assesseur, Monsieur le Professeur Aimé CHARLES-NICOLAS

Assesseur, Monsieur le Professeur Serge ROMANA

Assesseur, Monsieur le Professeur André CABIÉ

Assesseur, Monsieur le Professeur Mathieu NACHER

Assesseur, Madame le Docteur Camille METRAL

REMERCIEMENTS

À Monsieur JOSEPH Jean-Philippe, Professeur Universitaire de Médecine Générale, Président du département de Médecine Générale à l'Université Bordeaux II, tuteur et Président du jury.

Pour l'accompagnement et l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail.

À Monsieur Guillaume CONORT, Docteur en médecine, Maître de conférence associé à l'Université de Bordeaux II et Rapporteur de ce jury.

Pour ces échanges multiples, précis et précieux qui ont catalysé la maturation de ces travaux.

À Monsieur ROMANA Serge, Professeur de médecine Universitaire de Génétique Médicale à Paris DESCARTES, Chef de Service de Médecine Génomique des Maladies Rares de l'hôpital Paris-Necker Enfants malades AP-HP, Auteur et Membre de ce jury.

Véritable source d'inspiration, de motivation et d'engagement, professionnel et humain, mobilisé par deux fois pour mes projets.

À Monsieur CHARLES-NICOLAS Aimé, Professeur Universitaire Émérite de Psychiatrie et de psychologie médicale à l'Université des Antilles et de la Guyane, Université Paris-Sorbonne, Chef de service de Psychiatrie au CHU de la Martinique, Auteur, chevalier de la légion d'Honneur et Membre de ce jury

Pour sa disponibilité, son soutien, la richesse de ses travaux et la considération apportée à notre sujet d'étude.

À Monsieur CABIÉ André, Professeur Universitaire d'Infectiologie à l'Université Antilles et de la Guyane, Chef de service d'infectiologie au CHU de la Martinique et Membre de ce jury

Pour son engagement professionnel durant la crise sanitaire et sa sensibilité au sujet d'étude.

À Monsieur NACHER Mathieu, Professeur Universitaire de Santé Publique des Antilles et de la Guyane, chef de Service de Santé Publique du CH de Cayenne, Directeur de l'unité CIC1424 de l'INSERM et Membre de ce jury

Pour sa disponibilité, ses multiples travaux et sa sensibilité au sujet d'étude.

À Madame HOARAU-UNY Hélène, Docteur en Anthropologie, coordinatrice de l'Unité de recherche en Soins et en Science Humaine du CHU de Bordeaux

Pour le temps, le partage de son expérience méthodologique transmises durant ces travaux.

Enfin, À ma directrice de thèse, Docteur METRAL Camille

Pour son audace, son ambition, sa bienveillance et sa réactivité sans failles.

À, ma mère et mon père,

Mon petit frère, cocréateur de projet d'ingénierie sociale, placide qui m'a intelligemment coaché, supporté et soutenu contre vents et marrées.

À mes amis Cyril CASSILDÉ et Nicolas NOCART qui m'ont motivé et exhorté à boucler ma thèse avec un énième séjour à Tokyo comme récompense.

À Stella DIDAVI, Bénédicte BUISSON et Magalie ORFÈVRES membres de ma famille choisie, qui veillent sur ma santé et mon bien être global durant plus d'une décennie déjà.

À LOUIS-JULIE Christophe et TSENG-CHING Grégory amis de longue date qui ont l'art et la manière de recharger mes batteries.

À VALCIN Paolo, qui m'a éclairé souvent et continue de le faire,

À Albin DANGUY, qui m'a soutenu et collabore activement à l'effcience de ma seconde activité professionnelle.

À ma chérie, amour, amie, complice, co-équipière, collaboratrice, collègue, résidente privilégiée de mon cœur.

Frantz FANON. « Chaque génération doit dans une relative opacité découvrir sa mission... ».
Les Damnés de la terre, 1961.

Enfin,

La résilience tirée de ce voyage historique douloureux pour l'humain, au carrefour intercontinental américain, entrechoquant l'Afrique, l'Europe et l'Asie, renferme un savoir inconnu et potentiellement salvateur pour le monde entier.

TABLE DES MATIERES

Remerciements.....	5
Table des Illustrations et Tableaux.....	11
Glossaire	12
<i>I/ INTRODUCTION.....</i>	<i>13</i>
<i>II/ MATERIEL ET METHODE.....</i>	<i>14</i>
1. Objectif.....	14
2. Type de l'étude.....	14
2.1 Approche qualitative	14
2.2 Théorisation ancrée	14
2.3 Entretien semi-dirigé personnel	15
2.4 logiciel Private-Discuss®.....	15
2.5 Guide d'entretien.....	15
➤ Élaboration initiale	15
➤ Adaptation progressive.....	15
3. Population d'étude.....	16
3.1 Méthode de recrutement des participants.....	16
3.2 Formulaire d'information.....	16
3.3 Caractérisation de l'échantillon.....	16
4. Cadre éthique et légal.....	16
5. Méthode d'analyse.....	17
5.1 Analyse thématique verticale par théorisation ancrée.....	17
5.2 Analyse lexicale à l'aide de NVivo®.....	17
5.3 Double codage des données	17
5.4 Retranscription et durée de conservation des entretiens	17
<i>III/ RÉSULTATS</i>	<i>18</i>
1. Perception de la pandémie à COVID-19 en Martinique.....	20
1.1 Perception faible du risque lié à la COVID-19	21
1.2 Une protection non-vaccinale présumée suffisante.....	22

1.3 « <i>jetlag</i> » pandémique	22
1.4 Informations et infobésité durant la pandémie	23
1.5 Contexte martiniquais : une crise aigue sur crise sociale et sanitaire chronique .	24
2. Le bénéfice sanitaire individuel : une équation complexe	30
2.1 bénéfice sanitaire individuel et facteurs intrinseques vaccinaux	31
2.2 Alternatives au vaccin : l'arsenal thérapeutique non vaccinal	33
3. La décision vaccinale anti-COVID-19 en Martinique.....	34
3.1 Dynamisme de la décision vaccinale primaire et secondaire	34
3.2 hésitation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique	37
3.3 L'acceptation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique	39
3.4 Le refus vaccinal anti-COVID-19 en Martinique	41
<i>IV/DISCUSSION</i>.....	45
1. Forces et limites de l'étude.....	45
1.1 Forces	45
1.2 Limites.....	47
2. Concordance avec la littérature scientifique.....	49
3. Utilité de la typologie temporelle décisionnelle HAR en pratique courante de médecine générale	50
4. Utilité d'une étude en pratique clinique	50
<i>V. CONCLUSION</i>.....	51
<i>VI. ABSTRACT</i>	52
<i>VII. BIBLIOGRAPHIE</i>.....	54
ANNEXES.....	63

TABLE DES ILLUSTRATIONS ET TABLEAUX

<i>Schéma 1. Approche inductive</i>	8
<i>Schéma 2. Principe de déstructuration-restructuration d'un corpus</i>	8
Figure 1. Recrutement des participants à l'étude	18
<i>Figure 2. Perception de la pandémie à SARS-CoV-2 en Martinique</i> © ¹	20
<i>Figure 3. Le Bénéfice Sanitaire Individuel</i> © ¹	30
<i>Figure 4. Bénéfice Sanitaire Individuel idéal</i> © ¹	32
<i>Figure 5. Typologie temporelle décisionnelle vaccinal HAR (plaquette HAR) 2023</i> © ¹	36
<i>Figure 6. Hésitation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique</i> © ¹	37
<i>Figure 7. Acceptation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique</i> © ¹	39
<i>Figure 8. Refus vaccinal anti-COVID-19 en Martinique</i> © ¹	41
Figure 9. Synthèse étude perception vaccination anti-COVID-19 Martinique 2023 © ¹	44
Tableau 1. Caractéristiques de la population	19
Tableau 2. Système HAR 9 entrées 2023 © ¹	34
Tableau 3. Analyse comparative des critères de succès de campagne vaccinale OMS et étude perception 2023	77

Abréviation	Signification
BSI	Bénéfice Sanitaire Individuel
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
DINUM	Direction Interministérielle du Numérique
HAR	Hésitation, Acceptation, Refus
IDM	Infarctus Du Myocarde
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAGE	Groupe Stratégique consultatif d'Experts
SARS-CoV-2	Syndrome Respiratoire Aigu Sévère du Corona Virus 2
UE	Union Européenne
USPPI	Urgence prioritaire de Santé Publique Internationale

Le monde est frappé par la COVID-19 pour la première fois en novembre 2019 à Wuhan, en Chine. Dès 2020, la maladie prend des proportions pandémiques conduisant l'Organisation Mondiale de la Santé à déclarer l'état d'urgence sanitaire mondial le 30 janvier (1). Le territoire national français est affecté dès le 24 janvier (2)(3). La Martinique, touchée par la pandémie en mars, accuse un début d'épidémie en juin (4). Bien que l'OMS ait levé l'état d'urgence sanitaire mondial le 5 Mai 2023, la COVID-19 reste un problème de santé persistant qui nécessite une attention particulière (5). Les recommandations stratégiques mondiales 2023-2025, publiées par l'OMS, ont pour principal objectif la diminution de l'incidence de la COVID-19 (6).

La littérature scientifique identifie plusieurs niveaux d'acceptation relatifs à un vaccin (7) : le refus, l'hésitation et l'acceptation vaccinale. L'hésitation vaccinale a été définie en 2014 par les experts du SAGE comme « un retard dans l'acceptation ou un refus d'un vaccin en dépit de sa disponibilité » (8). En France et dans le monde, l'hésitation vaccinale est conditionnée par des facteurs intrinsèques du vaccin et des facteurs démographiques spécifiques (9)(10)(11). Les accepteurs sont 3,2 fois plus susceptibles de recevoir un vaccin s'il est recommandé par le médecin traitant. A l'inverse, une controverse menée par un professionnel de santé diminue de 20 fois le niveau d'acceptation d'un vaccin par ses patients (12). L'avis du spécialiste en médecine générale représente donc un levier important de l'acceptation du vaccin (13)(14).

Plusieurs mouvements de protestation nationaux et une forte défiance vaccinale des populations ont fait suite à des erreurs de communication sanitaires et des négligences (15). En France, le département martiniquais connaît l'un des taux d'hésitation vaccinale les plus élevés contre la COVID-19, malgré un taux d'acceptation vaccinale élevé avant la pandémie (7)(16,17). A ce jour, très peu d'articles scientifiques médicaux proposent de recueillir et d'analyser les déterminants sociologiques de refus vaccinal territorial. Les déterminants identifiés en France hexagonale ne permettent pas d'appréhender la réalité sanitaire du département martiniquais (9). L'identification de la dialectique décisionnelle vaccinale de cette population par la méthode qualitative pourrait représenter un apport considérable sur l'approche de l'hésitation vaccinale en France et dans le monde. Dans ce contexte, il paraît indispensable d'étudier la perception de la vaccination anti-COVID-19 en population générale en Martinique.

II/ MATERIEL ET METHODE

1. OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la perception de la vaccination anti-COVID-19 dans le département martiniquais. L'objectif secondaire était la mise en évidence d'une typologie de la décision vaccinale.

2. TYPE DE L'ÉTUDE

2.1 APPROCHE QUALITATIVE

Notre méthodologie était de type qualitatif (18)(19)(20)(24). L'entretien individuel semi-dirigé a été sélectionné comme méthode de recueil. Il permettait la limitation des biais d'informations tels que le biais de désirabilité sociale ou de soumission à un groupe.

2.2 THÉORISATION ANCRÉE

L'analyse thématique a débuté par une lecture verticale du verbatim. Au sein de chaque entretien, les phrases susceptibles de produire du sens ont été extraites puis secondairement organisées en thématiques. La grille de contenu obtenue a été ensuite appliquée, revisitée et enrichie le long de la lecture de chaque nouvel entretien. La méthode par théorisation ancrée (*Schéma 1*) a été choisie pour son approche inductive à partir des participants. Il n'y avait pas d'hypothèse en début de travail. L'étude a été réalisée de façon comparative et continue. Cette méthode a exigé une prise de distance des codeurs sur leurs préconceptions sans organiser leurs propres catégories thématiques avant le début d'étude (21). L'articulation des thématiques a été réalisée dans un second temps (*schéma 2*). Cette méthode a donc conduit à l'émergence progressive d'hypothèses (22)(23)(24) (25) (22) (26).

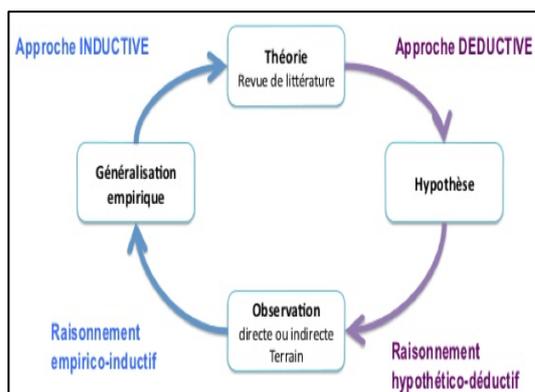


Schéma 1. Approche inductive Wallas et al (27)

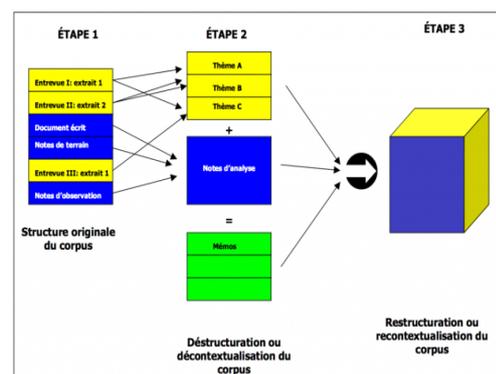


Schéma 2. Principe de déstructuration restructuration d'un corpus

2.3 ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ PERSONNEL

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence. Chaque entretien débutait par une présentation du chercheur, qui énonçait son nom, prénom, sa profession de médecin généraliste et son rôle de chercheur. La problématique de recherche était communiquée. Puis le chercheur suivait le guide d'entretien. Une question non inductive pouvait être rajoutée pour approfondir une thématique évoquée par le participant. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un enregistreur audionumérique. L'information loyale et le consentement éclairé de l'interviewé concernant l'enregistrement audio-phonique et sa retranscription intégrale sur un support numérique ont été requis. Les lieux de déroulement des entretiens étaient respectivement un lieu calme du choix du participant et le domicile / bureau du chercheur.

2.4 LOGICIEL PRIVATE-DISCUSS®

Les entretiens ont été réalisés en visioconférence via l'utilisation de la plateforme Private-Discuss®, logiciel français indépendant, répondant aux exigences de la CNIL. Ce logiciel a été sélectionné de par son référencement par la DINUM et son identification comme outil sécurisé et simple à utiliser (28)(29). L'entretien nécessitait un simple partage de lien sécurisé et se déroulait sans nécessité de création de compte par le participant. Un tutoriel de connexion à la visioconférence a été élaboré pour les participants non familiarisés avec les outils numériques (annexe n°3).

2.5 GUIDE D'ENTRETIEN

➤ ÉLABORATION INITIALE

Le guide d'entretien (annexe n°4) a été élaboré à partir de questions ouvertes répondants à la méthodologie qualitative (32). Les entretiens semi-dirigés couvraient les thématiques de perception de la vaccination anti-COVID-19 en accord avec les objectifs énoncés dans la fiche de thèse. La trame d'entretien contenait des questions ouvertes cohérentes, neutres, non inductives, simples et faciles à comprendre. Chaque question ne comportait qu'une seule idée et n'était connotée ni positivement ni négativement afin de limiter les biais de recueils.

➤ ADAPTATION PROGRESSIVE

La confrontation du chercheur aux réalités de l'entretien comprenait des aller-retours entre le recueil et une interrogation sur le fond (18). L'adaptation du guide d'entretien a été réalisée par un processus continu de réflexion en collaboration avec la directrice de thèse. Les ajustements du guide d'entretien et la relecture du recueil ont été effectués tout le long du recueil avec le support de la directrice de thèse. Un soutien méthodologique de l'unité de Recherches en Sciences Humaines du CHU de Bordeaux était proposé en cas de besoin.

3. POPULATION D'ÉTUDE

Les critères d'inclusion étaient d'être âgé de 18 à 75 ans, d'avoir résidé en Martinique en 2020 depuis minimum 5 ans. Les critères d'exclusion étaient l'absence de connexion internet, le refus d'utilisation du logiciel proposé, l'absence à deux rendez-vous.

3.1 MÉTHODE DE RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS

La phase initiale de recrutement de l'échantillon s'est déroulée dans l'espace privé en ligne. Ont été créés pour l'étude, une page *Meta*® dédiée intitulée « Étude locale Martinique » (annexe n°8), un *flyer* (annexe n°9), une adresse *e-mail* numérique sécurisée. Le *flyer* a été posté sur la nouvelle page *Meta*® (*ex-Facebook*®) et sur des groupes pluralistes d'internautes (annexe 10). Le recrutement s'est poursuivi par échantillonnage théorique (30)(31). Un message d'accroche et une note vocale du chercheur étaient transmis afin de prendre rendez-vous par message privé. Puis, le premier contact en ligne avait pour objectif de présenter les conditions de réalisation de l'entretien. La méthode de traitement des données et l'objectif final du recueil étaient systématiquement énoncés. L'accord et la disponibilité du participant étaient recueillis. Un courriel récapitulatif de confirmation était envoyé via le logiciel de visioconférence sécurisé. Aucun recueil de données personnelles tel que le nom ou le prénom n'était sollicité par le chercheur à cette étape de recrutement. La seconde phase de recrutement s'est déroulée en boule de neige (32). Les critères de variabilité maximale définis étaient, l'âge, le genre, l'avis sur la vaccination.

3.2 FORMULAIRE D'INFORMATION

Un courriel d'information était envoyé contenant trois documents informatifs : le formulaire d'information présentant l'étude et les droits du participant (annexe n° 2), la présentation du logiciel *Private-Discuss*® (annexe n°3) et le tutoriel de connexion à la visioconférence (annexe n° 3). Une confirmation de disponibilité était sollicitée par le chercheur, en fonction de la disponibilité du participant. L'entretien était planifié dans un délai moyen de 5 jours après le premier contact.

3.3 CARACTÉRISATION DE L'ÉCHANTILLON

Un court questionnaire de recueil de données personnelles était complété par le participant après l'entretien.

4. CADRE ÉTHIQUE ET LÉGAL

Une déclaration de conformité MR-004 a été faite à la CNIL (annexe n°6).

Le champ des Recherches Impliquant la Personne Humaine, tel que défini aux articles L. 1121-1 et R. 1121-1 du Code de la Santé Publique, n'était pas impliqué. Il n'y avait aucune obligation de soumission préalable au Comité de Protection des Personnes selon l'avis de catégorisation CE-BDX-2022-46 émis par le Comité d'Éthique du CHU de Bordeaux (annexe n°7). L'ensemble des recommandations du comité a été pris en compte (annexe n°7).

5. MÉTHODE D'ANALYSE

5.1 ANALYSE THÉMATIQUE VERTICALE PAR THÉORISATION ANCRÉE

L'analyse thématique a débuté par une lecture verticale du verbatim. La lecture verticale est l'identification des idées et des grandes thématiques contenues entretien par entretien. Au sein de chaque entretien, les phrases susceptibles de produire du sens ont été extraites puis secondairement organisées en thématiques. Le livre de codes a ensuite été enrichi et revisité à l'analyse de chaque nouvel entretien.

5.2 ANALYSE LEXICALE À L'AIDE DE NVIVO®

Nous avons utilisé le logiciel *NVivo*® pour l'analyse lexicale des données. Une lecture horizontale a été effectuée à l'aide du logiciel *NVivo*®. L'objectif était de repérer les thématiques récurrentes en comparant les entretiens les uns aux autres. Le verbatim était découpé en nœuds ou unités de sens. Les nœuds ont ensuite été regroupés en catégories. Ces catégories ont été regroupées en fonction du sens.

5.3 DOUBLE CODAGE DES DONNÉES

L'analyse a bénéficié d'un premier codage des données par le chercheur. Dans un deuxième temps, un chercheur docteur en médecine extérieur à la recherche et accoutumé à la méthodologie qualitative a codé séparément les données recueillies. La comparaison des codes attribués par les deux chercheurs a défini la fiabilité du codage.

5.4 RETRANSCRIPTION ET DURÉE DE CONSERVATION DES ENTRETIENS

Chaque entretien a fait l'objet d'une anonymisation par attribution d'un pseudonyme sélectionné au hasard sur un site de proposition de prénoms pour nouveaux nés. Une transcription intégrale par le chercheur sur le logiciel *Word*® était ensuite réalisée. La méthode de retranscription a été celle du mot-à-mot incluant les erreurs grammaticales. Les éléments non verbaux ont été transcrits entre crochets. « [rire] » ; « [silence] ». Les hésitations ou phrases avortées ont été traduites par des points de suspension « ... ». La durée de conservation des entretiens en version écrite était fixée jusqu'à 12 mois après leur dernière utilisation.

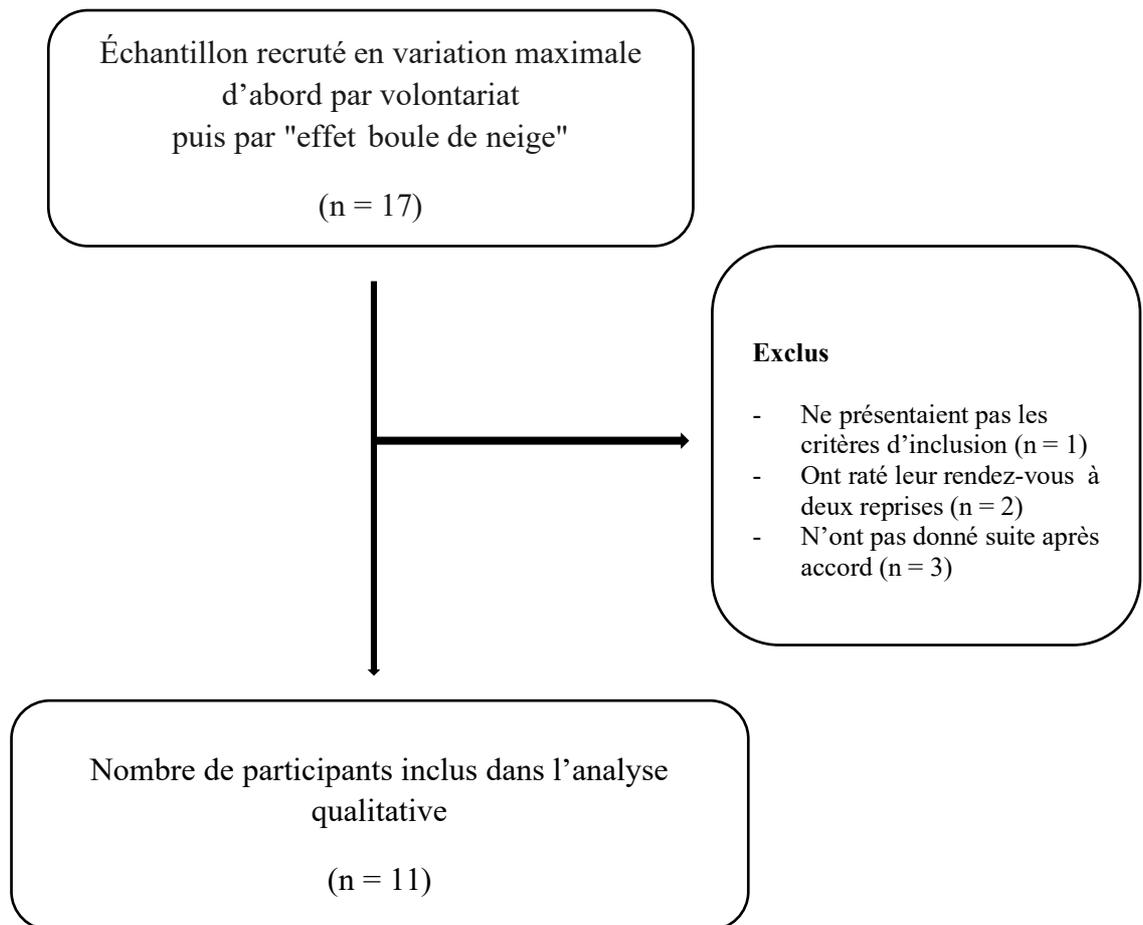


Figure 1. Recrutement des participants à l'étude

Tableau 1. Caractéristiques de la population

	Âge	Sexe	Nombre d'enfants	Durée (min)	Avis vaccination en général	Avis vaccination anti Covid -19	Vaccination Anti-COVID-19	Avis du médecin traitant sur la vaccination anti covid-19	Zone de vie	Années d'études
<i>Jessica</i>	61	F	2	38:03	F	F	Oui	NF	Semi rurale	Master
<i>Paul</i>	37	M	0	64:08	F	NF	Oui	NSP	Urbaine	Doctorat
<i>Victor</i>	64	M	2	37:30	NF	NF	Non	NF	Semi rurale	Doctorat
<i>Jules</i>	37	M	0	42:04	F	NF	Oui	NSP	Urbaine	Master
<i>Gabriel</i>	60	M	0	47:05	F	F	Oui	F	Urbaine	Bac pro
<i>Yaëlle</i>	38	F	1	19:08	F	NF	Non	F	Urbaine	Master
<i>Naomi</i>	37	F	2	30:09	NF	NF	Non	F	Urbaine	CAP
<i>Noah</i>	37	M	2	48:20	F	NF	Non	NF	Urbaine	BTS
<i>Raphaël</i>	63	M	2	37:35	F	F	Oui	F	Urbaine	Licence
<i>Sharon</i>	59	F	2	50:28	F	NF	Non	NF	Urbaine	Licence
<i>Jade</i>	37	F	0	40:49	F	NF	Non	NSP	Urbaine	CAP

Légende F : favorable

NF : non favorable

NSP : ne sait pas

11 entretiens ont été réalisés entre novembre 2022 et mars 2023. Leur durée moyenne était de 41 min. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 48 ans. La médiane à 48,5 ans. La saturation des données a été obtenue au neuvième entretien.

1. PERCEPTION DE LA PANDÉMIE À COVID-19 EN MARTINIQUE

Les participants percevaient le virus importé est comme inoffensif pour soi mais possiblement dangereux pour les autres. Ils considéraient que les mesures de protection non vaccinales intrinsèques et extrinsèques offraient de ce fait une protection efficace contre le SARS-CoV-2. Le narratif de crise sanitaire était donc contesté et vécu comme disproportionné par les participants, allant jusqu'au déni d'existence du virus et de la pandémie.

Les interviewés ont vécu ce qu'on pourrait nommer un «*jetlag* pandémique» car le SARS-CoV-2 est réellement apparu à la population générale de façon retardée par rapport à l'Hexagone. Enfin les participants, percevaient qu'une gestion plus restrictive des frontières aurait eu effet bénéfique sur la situation sanitaire.

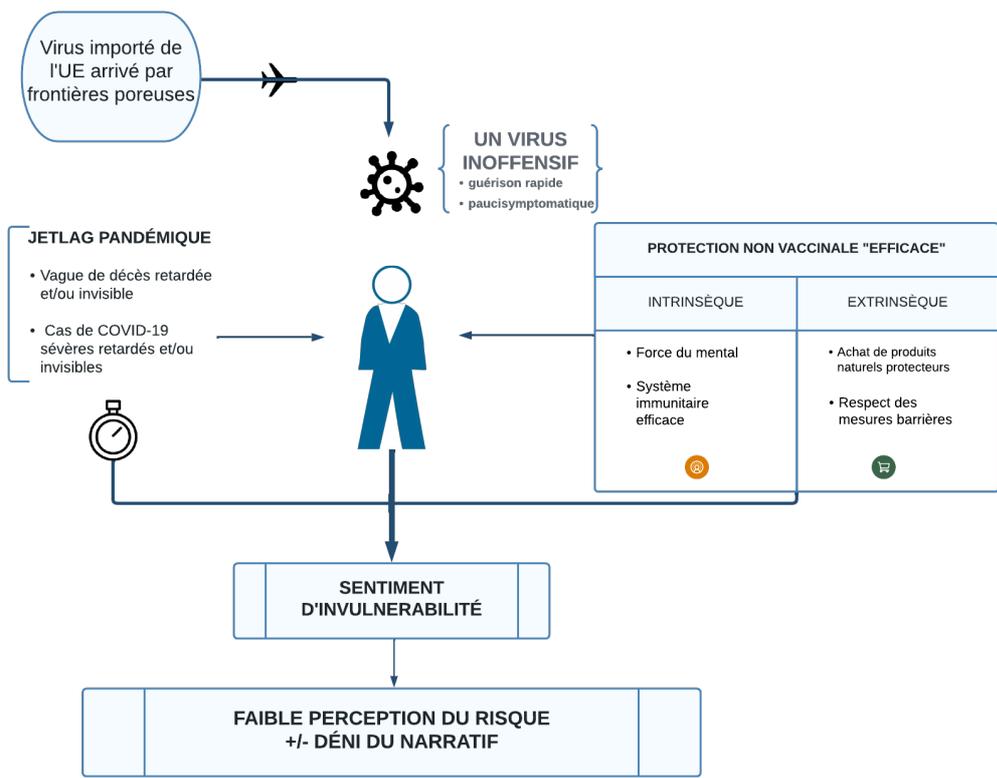


Figure 2. Perception de la pandémie à SARS-CoV-2 en Martinique

1.1 PERCEPTION FAIBLE DU RISQUE LIÉ À LA COVID-19

LE DÉNI

DÉNI DU DANGER

- Les participants ne se considéraient pas en danger pour eux-mêmes :

Jules : « dans l'imaginaire collectif, le COVID était vraiment une maladie réservée à une certaine catégorie de personne » ;

- Ils ne se considéraient pas dangereux pour les autres :

Jessica : « je voyais pas le danger... je représentais pas un danger puisque je me protégeais ! ».

DÉNI DU NARRATIF

Un narratif disproportionné et une évolution pandémique moins péjorative que prévue étaient évoqués :

– **Victor :** « le narratif était vraiment disproportionné... Donc on voyait qu'en 2019, il y avait une épidémie de grippe très mortifère. Il y a eu beaucoup de décès. Nous n'avons pas eu de masques, et nous n'avons pas été confinés. Nous n'avons pas été obligées de nous vacciner » ;

Raphaël : « on nous avait prédit un malheur, une catastrophe sanitaire sur la Martinique : « Vous avez tant de cas par jour,.. ça va être un désastre ». Aujourd'hui je vois, y'a pas plus de personnes vaccinées que ça. Les concerts reprennent ».

DÉNI D'EXISTENCE DU VIRUS ET DE LA PANDÉMIE

Les participants réfutaient jusque l'existence du virus et de la pandémie :

Jade : « Bon désolée, vous êtes médecin. Mais pour moi c'est... c'est une aberration, pour moi c'est quelque chose qui a été inventé » ;

Victor : « Déjà le caractère épidémique était difficile à partager. S'agissait-il d'une épidémie ? Moi, je croyais que non... Et donc, et en attestent les chiffres de mortalité. En tout cas, la mortalité en 2019 ou la grippe était bien supérieure que la mortalité pour le Corona en 2020 ».

1.2 UNE PROTECTION NON-VACCINALE PRÉSUMÉE SUFFISANTE

EXTRINSÈQUE

- Les masques et les produits naturels représentaient une protection non vaccinale extrinsèque présumée suffisante :

Jessica : « Je mettais un FFP2, je prends toutes les précautions qu'il faut pour ne contaminer personne » ;

Jade : « Parce que bon, avant même que le Virapik® ne soit dit comme pouvant aider à minimiser, et limite à guérir le COVID, je le prenais déjà dans mes, euh quand j'étais en état grippal quoi... y'avait le L52®, c'est un mélange de plantes aussi ».

INTRINSÈQUE

- L'immunité naturelle et la force du mental conféraient une protection non vaccinale intrinsèque :

Jade : « Parce que comme je vous ai dit, toutes mes copines l'ont eu. Toutes mes copines sans exception. Deux, trois fois. Et moi la forme donc voilà... Je pense que c'est en fonction du système immunitaire... Je suis persuadée aussi que y'a la partie psychologique aussi qui joue. Parce que moi... à aucun moment je n'ai cédé à la peur ».

1.3 « JETLAG » PANDÉMIQUE

Derrière la thématique « jetlag pandémie », nous entendons regrouper les verbatims exprimant le délai entre la réalité hexagonale et la réalité régionale martiniquaise qui n'est pas superposable en termes de temporalité :

Jade : « Donc voilà, mais je n'ai jamais autant voyagé de ma vie. J'ai fait Guadeloupe, j'ai fait Miami, Los Angeles, au moins trois fois. Donc déjà, et quand j'arrivais à Miami, y'avait pas de masques. Le port de masque n'était pas, enfin non. A Miami, le port de masque était obligatoire, mais à Los Angeles c'était pas obligatoire ».

1.4 INFORMATIONS ET INFOBÉSITÉ DURANT LA PANDÉMIE

Les informations dispensées par les médias standards durant la crise COVID-19 étaient perçues par les participants comme trop nombreuses, anxiogènes et partiales. Pour eux, la controverse médicale remettait en question le narratif des autorités sanitaires proposé par les médias « standards ». Elle révélait une potentielle sous médiatisation des effets indésirables, au rang desquels une éventuelle modification de l'ADN du patient vacciné. L'efficacité protectrice du vaccin n'était pas perçue comme convaincante. La désinformation circulait vite et était difficile à identifier par les participants. Pour les participants, elle se mélangeait à l'information officielle, parfois elle-même contradictoire, créant un phénomène de surcharge informationnelle. L'information officielle reçue était critiquée pour son manque de transparence et de clarté. Elle n'aidait que très peu les participants à prendre une décision. On notait également un sentiment d'irrespect de la part des médias quant à la question de l'hésitation vaccinale chez les participants.

INFLUENCE DE LA CONTROVERSE ET SES SOURCES

La controverse médicale avait pour effet une remise en question du narratif proposé par les médias « standards ». Elle questionnait une potentielle sous médiatisation des effets indésirables par les médias *mainstream*. Le vaccin anti-COVID-19 pourrait modifier notre matériel génétique. Les informations dispensées par les autorités sanitaires étaient remises en cause :

Sharon : « On ne les entendait pas tellement sur les grands médias « standards ». On les entendait quand on allait surfer sur le net... Moi j'étais sur site qui s'appelait réinfocovid... J'ai beaucoup lu sur cette histoire de protéine Spike qui modifie justement notre ADN, notre ARN je crois ».

SURCHARGE INFORMATIONNELLE ANXIOGÈNE ET QUALITÉ DE L'INFORMATION

Les informations délivrées étaient jugées de quantité et de qualité inadaptées :

Paul : « Parce qu'il y a une cascade d'informations. Donc, si on veut être à jour, si on veut être au taquet, il faut prendre la journée quoi... Donc ton boulot ça devient, suivre des news, lire des papiers voilà » ;

Naomi : « c'est juste qu'au départ, on nous a dit que le vaccin ne serait pas obligatoire et puis finalement on a été un peu pris en otages » ;

Gabriel : « il y a eu un matraquage au niveau de la communication des médias qui ont simplement créer un vent d'angoisse important ».

1.5 CONTEXTE MARTINICAIS : UNE CRISE AIGUE SUR CRISE SOCIALE ET SANITAIRE CHRONIQUE

En Martinique, la perception de la vaccination anti-COVID-19 des participants était influencée par le contexte de santé publique. Pour eux, la santé publique était considérée comme insatisfaisante et marquée par des problématiques urgentes et prioritaires invisibilisées durant la pandémie. Ils critiquaient l'obligation vaccinale professionnelle ainsi que l'exclusion de soignants durant l'urgence sanitaire jugées toutes les deux inadaptées. Pour les interviewés, elles généraient un impact sanitaire, social et économique contre-productif. Leur perception des campagnes vaccinales était exprimée dans un champ lexical martial, soulignant un sentiment d'agression. Les participants opposés au vaccin s'appuyaient sur des liens historiques à l'autorité, à la liberté, à la mort et à la défiance vis-à-vis de l'ordre. Pour eux, la fracture sociale et sanitaire se manifestait au travers des réactions comportementales parfois potentiellement agressives envers les soignants, des échanges discriminants intrafamiliaux, interpersonnels et l'évocation de théories complotistes. Pour les participants martiniquais, les enjeux politico-économiques représentaient une cause importante de déficience dans la gestion de la sécurité sanitaire locale.

1.5.1 PLACE DU CHLORDÉCONE

Pour les participants, le scandale du chlordécone avait une place variable dans la perception de la vaccination anti-COVID-19 en Martinique. Certains interviewés vaccinés et non-vaccinés séparaient clairement les deux événements sans être influencés dans leur choix vaccinal. Cependant, pour d'autres, ce scandale mettait en jeu des questions éthiques, politiques ou économiques et révélait les limites de la médecine face aux problématiques complexes qu'il soulevait. Cette opinion était exacerbée par la perception d'un manque de transparence des autorités et institutions publiques, entraînant une perte de confiance dans l'État et une défiance envers la campagne vaccinale anti-COVID-19.

IMPLICATION DU CHLOREDÉCONE DANS LA DECISION VACCINALE

- Les participants évoquaient les limites éthiques de la transparence des autorités :

Sharon : « ils ont eu des autorisations gouvernementales pour importer du poison pour empoisonner la population... Si à partir du chloredécone, ils se sont permis d'importer du poison pour pouvoir faire de l'argent sur notre tête, je me dis que l'histoire continue » ;

Jules : « beaucoup de martiniquais, enfin je pense, se sentent lésés et se sentent trahis et sentent qu'ils ne sont tout simplement pas l'égal d'un français de France hexagonale. Nous

sommes une population qui a été empoisonnée sciemment, pendant des années, et qui n'arrive pas à obtenir réparation tout simplement ».

EXCLUSION DU CHLOREDÉCONE SUR LA DÉCISION VACCINALE

- Pour une partie des participants, leur processus décisionnel vaccinal était indépendant du chlอร์ดécone :

Yaëlle : *« ça ne m'a pas du tout influencée. Ce sont des sujets qui pour moi ne sont pas liés. Après peut-être que je me trompe. Je ne vois pas le rapport » ;*

Paul : *« J'aurais pu faire un parallèle entre les deux affaires mais j'arrive à faire la part des choses ».*

DÉFIANCE DE L'AUTORITÉ DEPUIS LE SCANDALE DU CHLORDÉCONE

- Pour une autre partie des participants, le scandale du chlอร์ดécone légitimait la défiance de l'autorité sanitaire :

Jules : *« y'a quand même aussi un contexte martiniquais très particulier vis-à-vis de l'état français, qui fait que la défiance est de mise pour tout ce qui est santé, et expérimentation, ce genre de chose. Je parle bien évidemment de l'affaire du chlอร์ดécone en Martinique, qui n'est toujours pas résolue ! ».*

MÉTHODE DE PRODUCTION ET DE CONSOMMATION ANTI-ENVIRONNEMENTALE

- La pandémie était liée à des méthodes de production et de consommation anti-environnementales :

Jules : *« Livrer dans les hôpitaux des substances hydroalcooliques parce qu'il en manquait énormément... Alors même que ils n'ont aucun égard pour l'écosystème martiniquais. Puisqu'on a les ultra-libéralistes qui se positionnent comme des sauveurs, alors que c'est leur fonctionnement même qui amène ces nouvelles menaces... C'est une maladie de notre façon de consommer, de notre façon de nous déplacer, et de notre, de notre euh, comment dire, de notre inconscience ».*

1.5.2 MÉCONTENTEMENT PRÉEXISTANT

AUTRES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE LOCALES

- Les priorités de santé étaient constituées par le diabète, l'obésité et le taux de sucre de l'industrie alimentaire martiniquaise :

Sharon : *« Quand je vois qu'on nous augmente le taux de sucre dans nos aliments et que tout le monde le sait et que ça entraîne des catastrophes sur le plan santé. Tout le monde le sait... Il y a une Loi LUREL qui est sortie, qui s'est quand même battue pour qu'on diminue le taux de sucre. Toute une magouille a été mise en place pour expliquer que ce n'est pas*

possible.... Quand tout ça se sait, alors pourquoi pour le vaccin ça serait pas possible qu'il y ait une merde dedans et que cela entraîne tous ces dégâts et voilà » ;

- Une autre priorité était l'absence de régulation d'implantation de la restauration rapide en lien avec l'obésité :

Sharon : « L'alimentation est une catastrophe dans notre pays. Les enfants de quatre ans sont déjà obèses... Les McDo se multiplient comme des petits pains dans toute la Martinique... Il y a une complicité pour permettre ça. Dans toutes les communes, les McDo sont entrain de proliférer » ;

- La violence en Martinique semblait également une priorité de santé publique des participants :

Raphaël : « cette pression, je la trouve ridicule ! Infructueuse ! Ils feraient mieux de se pencher sur les armes qui rentrent à la Martinique qui font que les Martiniquais s'entre-tuent ».

OPINIONS MITIGÉES SUR LES MESURES INCITATIVES À LA VACCINATION

- L'obligation vaccinale avait un impact humain sur les soignants et les soignés :

Raphaël : « Et puis, l'injustice. Je pense aux personnels soignants. Y'a des personnes qui ont perdu leur salaire, n'ont pas voulu se faire vacciner et c'est... la vie ka roulé quoi. Je trouve ça très injuste... Je vois pas pourquoi on s'est acharnés comme ça sur les personnes, le personnel soignant... Je trouve que les politiques ont été assez lâches aussi là-dessus » ;

- Elle impactait les domaines social et économique :

Paul : « Dans mes employés, il n'y a pas de rentier, il n'y en a aucun qui ait des revenus alternatifs qui pourrait se permettre de ne pas venir bosser. J'ai trouvé cela assez proche de violences psychologiques ».

SENTIMENT LATENT D'INJUSTICE DE TRAITEMENT DU CITOYEN MARTINIQUAIS

- Des participants évoquaient un contexte d'injustice sociale locale :

Jules : « dans un contexte d'injustice sociale, d'injustice euh au niveau des, comment ça s'appelle, au niveau de l'entrepreneuriat, et ce genre de choses. Et du coup, il est très difficile de, de traiter un sujet sans traiter tous les autres ».

1.5.3 PERCEPTION MARTIALE DE LA CRISE SANITAIRE COVID-19

Le contexte de vaccination anti-COVID-19 était générateur d'une perception assez violente de l'obligation vaccinale pour les participants.

LE TEMPS DE L'AGRESSION

- Les participants manifestaient un sentiment d'agression par l'appareil médiatique :

Raphaël : « ce qui m'a embêté aussi c'est hum, c'est [hésitation] une espèce d'amalgame de la vision de l'extérieur vis-à-vis de nous. C'est-à-dire que nous avons été jugés sur le vaccin par les métropolitains qui à la limite nous insultaient sur les réseaux sociaux » ;

- Des participants pouvaient comparer l'obligation vaccinale à la notion de viol

Victor : « J'ai pensé que quand on attentait à ma vie, qu'on attentait à ma personne, à ma liberté et à mon auto-détermination, en tant qu'être humain... Et qu'on violait au mon positionnement, mon positionnement individuel de ma personne » ;

Paul : « nous ne voulons pas qu'on nous oblige à faire un peu plus quelque chose qui n'est pas dans notre volonté. Et qui s'apparente à du viol ».

LE TEMPS DE LA RÉBELLION

- Les interviewés évoquaient la rébellion :

Jade : « je suis quelqu'un, je vais pas dire que je suis rebelle, mais euh, je me fais confiance assez dans mes positions pour ne pas flancher » ;

Paul : « Je pense qu'il y a un côté rebelle dans chaque martiniquais. Chaque martiniquais qui vit en Martinique, qui habite qui y a passé un temps, voilà cela se développe naturellement... » ;

Gabriel : « C'était intéressant de voir notre rapport à l'ordre... Comment se fait-il que dans une phase de santé majeure, le préfet qui est représentant de l'ordre donne une consigne... Un cas sans précédent ! Les Carnavaliers sont allés sur l'autoroute. C'est fort !... Je pense que nous avons un rapport particulier à L'ordre. La parole ne fait pas loi ici ».

LE TEMPS DE LA « GUERRE »

- Le champ lexical martial était présent dans les verbatims :

Jessica : « mon sentiment, c'est que c'est un peu comme à la guerre » ;

Naomi : « L'impression d'être un peu prise en otage. » ;

Noah : « Je suis soumis à l'obligation vaccinale. Et euh, ça a du coup impliqué chez nous, sapeurs-pompiers professionnels, chez nous les personnels soignants et assimilés en Martinique, euh... une certaine révolte on va dire » ;

Paul : « Ce courrier était une sommation et en plus... Sensation d'avoir le fusil sur la tempe... C'était un peu la guerre froide ».

LE TEMPS DE LA RÉSISTANCE

- Le refus vaccinal était associé à la notion de résistance :

Jessica : « On devait se faire vacciner compte tenu du protocole imposé par le gouvernement mais il y a eu des résistants » ;

Victor : « il fallait qu'on se constitue en réseau pour résister, mais de manière pacifique... On disait qu'on allait adhérer à des associations pour résister et qu'on allait se fédérer avec les autres, même, en Allemagne ou en Suisse, les résistants ! ».

LE TEMPS DE LA RÉACTION PHYSIQUE COMPORTEMENTALE

- Les participants relataient des prises de position agressives :

Raphaël : « il avait été rapporté aussi que beaucoup de médecins métropolitains ont quitté la Martinique par rapport à des positions agressives de certains compatriotes. Ce que je condamne ».

1.5.4 FRACTURE SOCIALE ET SANITAIRE MARTINICAISE

- Les participants décrivaient une fracture hospitalière médicale-paramédicale :

Jules : « on voyait très clairement un clivage entre les médecins, entre la population médicale et la population paramédicale, en terme justement de vaccination » ;

- Puis une fracture ambulatoire médecins-médecins :

Victor : « on était passé par-dessus les médecins installés pour les piquer, le positionnement de soignant a fait que comme on n'était pas beaucoup, on devait être une dizaine à soigner, donc la Martinique entière venait vers nous pour se soigner... » ;

- Une fracture intrafamiliale :

Jade : « Donc du coup, comme toute ma famille s'est fait vaccinée, je suis la seule à n'avoir pas été. Hum, j'ai reçu beaucoup de pressions » ;

Raphaël : « J'ai été obligé de le faire secrètement. Parce que y'a des personnes anti-vax qui n'arrêtaient pas de m'appeler pour me dire : « surtout, ne fais jamais ça, etc »... Des personnes très proches » ;

- Enfin, une fracture interpersonnelle :

Raphaël : « *J'ai des personnes qui m'ont plus parlé du jour au lendemain parce qu'elles ont su que j'étais vacciné. Qui me reparlent maintenant d'ailleurs. Mais bon...* ».

1.5.5 THÉORIE COMLOTISTE

- Le complotisme faisait partie du contexte :

Naomi : « *Et aussi ça va un petit peu loin, mais vu qu'on a des problèmes de retraites, éliminer une partie de la population* ».

1.5.6 ENJEUX POLITICO-ÉCONOMIQUES EN MARTINIQUE

- La perception d'intérêt financier à la base de la politique de santé apparaissait :

Jade : « *comme dans tout, y'a beaucoup d'argent qui tourne autour de ça. Et c'est vrai qu'ils vont toujours synthétiser des choses, synthétiser des, des... molécules qu'on retrouve dans nos plantes...* » ;

- Ont été émis les intérêts financiers à la base de la déficience de la sécurité sanitaire :

Sharon : « *empoisonner 380 000 martiniquais pour devenir milliardaires et continuer à se faire du beurre sur notre dos, je suis pas étonnée que dans ce vaccin il y ait de la merde* ».

2. LE BÉNÉFICE SANITAIRE INDIVIDUEL : UNE ÉQUATION COMPLEXE

Pour certains participants, le vaccin anti-COVID-19 était perçu comme une solution à la crise sanitaire. Ce vaccin était également vécu comme solution injustement présentée comme unique dans l'arsenal thérapeutique et préventif. Cette solution était apparue trop rapidement et génératrice d'incertitudes. Pour les participants, son efficacité était remise en cause par le nombre de rappels nécessaires pour une protection optimale. Sa sécurité n'était pas convaincante. Il existait pour une partie des interviewés, des enjeux politiques ou économiques ayant contribué à la mise en avant du vaccin anti-COVID-19. Les participants n'y entrevoyaient pas de bénéfice sanitaire individuel. Le nombre de rappels nécessaires amenait jusqu'à douter de l'appropriation du terme « vaccin ». Il apparaissait une donnée inattendue : l'« hésitation vaccinale initiale et finale » : à la suite d'une acceptation vaccinale initiale, le participant vivait une nouvelle phase d'hésitation vaccinale. Celle-ci concernait les rappels du vaccin anti-COVID-19 mais pouvait également s'étendre à la vaccination en général.

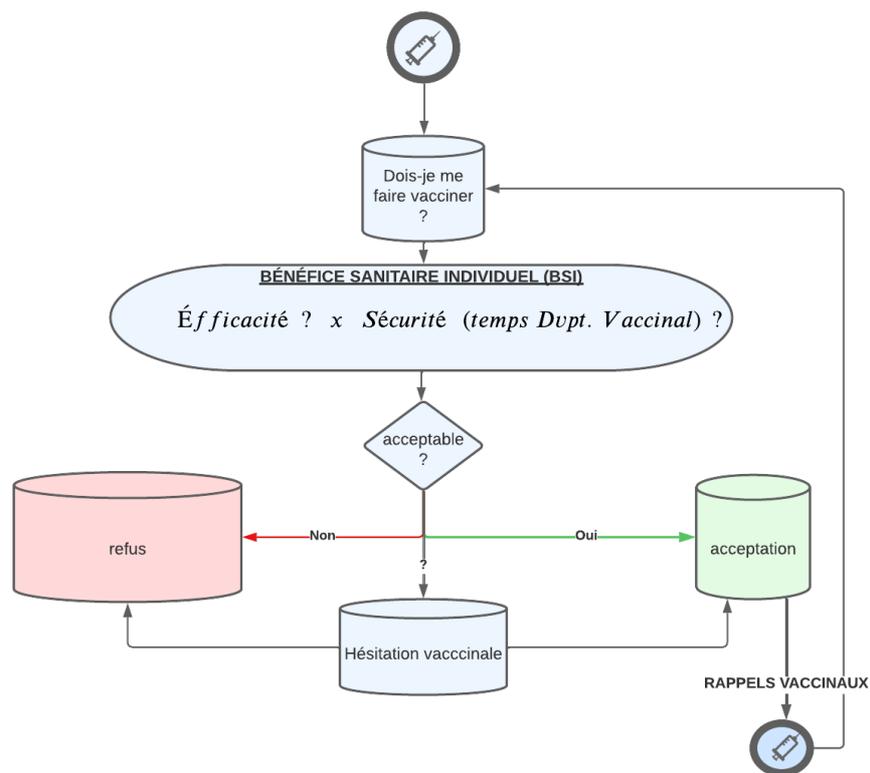


Figure 3. Le Bénéfice Sanitaire Individuel

2.1 BÉNÉFICE SANITAIRE INDIVIDUEL ET FACTEURS INTRINSEQUES VACCINAUX

BSI ACCEPTABLE

- Le bénéfice sanitaire individuel était acceptable quand la sécurité et l'efficacité du vaccin étaient admises :

Jessica : « j'ai pensé que le vaccin est forcément une chose positive... Le principe même est positif. Le problème sanitaire et le problème d'où on en est en termes d'infrastructure pour recevoir les personnes malades, donc il y avait deux raisons importantes, qui faisaient qu'il y ait de la recherche pour éradiquer ce truc, ce virus ».

BSI NON ACCEPTABLE

UN VACCIN TROP RÉCENT POUR ÊTRE SUR ET EFFICACE

Le bénéfice individuel sanitaire était négativement perçu en raison des incertitudes de sécurité et d'efficacité des participants. Le vaccin anti-COVID-19 était arrivé trop rapidement. Il était perçu comme un vaccin expérimental n'ayant pas fait ses preuves et ne respectant pas la durée habituelle des phases de contrôle. Le vaccin pouvait être responsable d'effets indésirables telles que la mort, les AVC, ou les perturbations du cycle menstruel voire la modification du matériel génétique. Il existait des doutes sur le suivi et la médiatisation de ces mêmes effets indésirables.

UNE SÉCURITÉ VACCINALE INCERTAINE

- La rapidité de mise sur le marché diminuait la sécurité perçue :

Yaëlle : « Arrivé trop rapidement, euh pas assez de recul » ;

Paul : « a déjà eu de nombreuses scandales médiateur, thalidomide. Et pourtant c'étaient des médicaments qui avaient passé les phases et qui avaient été étudiés assez longtemps pour être mis sur le marché, puis enfin retirés » ;

- L'imputabilité vaccinale des effets indésirables rendait le bénéfice incertain :

Noah : « je suis sapeur-pompier professionnel. Et à chaque vague de vaccination en Martinique, on faisait face à des vagues d'intervention euh sur tout ce qui touche le système circulatoire. Par exemple, on avait des AVC en masse. » ;

Yaëlle : « j'ai beaucoup d'amies qui ont eu des dérèglements de leurs cycles depuis qu'elles sont vaccinées. Elles sont toutes unanimes ».

- L'absence de preuve d'efficacité soulevait des doutes :

Jessica : « Que tout soit plus clair... Mais surtout que le vaccin ai fait ses preuves. Voilà, je ne vais pas me précipiter, compte tenu du climat de doute qui est installé » ;

- La problématique des rappels et du terme « vaccin » apparaissait :

Yaëlle : « un vaccin où il faut se faire vacciner tous les 6 mois ou je sais plus exactement, euh pour moi c'est plus un vaccin c'est un traitement... » ;

Raphaël : « Alors moi c'est surtout les histoires de rappels quoi... Parce que si un vaccin, un rappel qui met 6 mois c'est même plus un vaccin quoi, c'est une tisane ! [rires] C'est pour ça ».

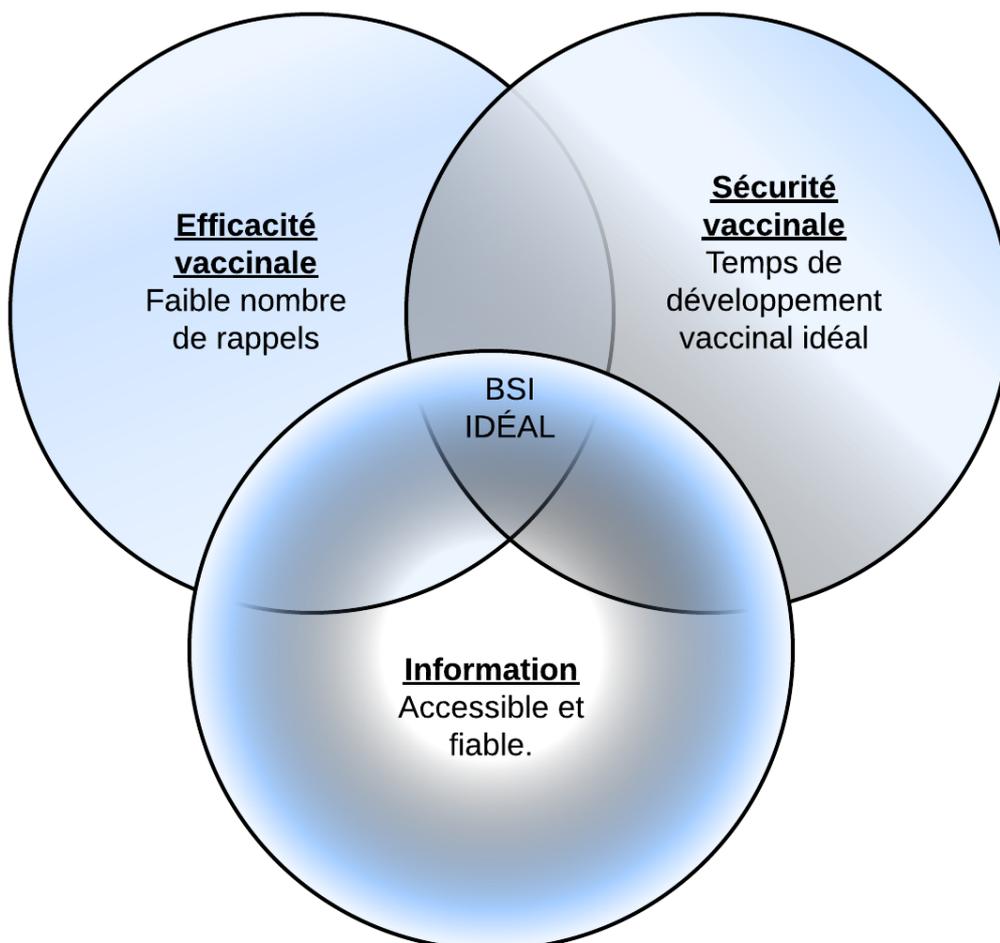


Figure 4. Bénéfice Sanitaire Individuel idéal © ⓘ

2.2 ALTERNATIVES AU VACCIN : L'ARSENAL THÉRAPEUTIQUE NON VACCINAL

Certains participants percevaient le vaccin comme une « arme » dans un arsenal thérapeutique. Il existait de ce fait d'autres alternatives concurrentes du vaccin :

Paul : « *Donc, situation d'urgence, réponse d'urgence... J'ai vu cette réponse comme un outil dans un arsenal... Il y a des solutions que le gouvernement a essayé d'éloigner au profit d'une seule, qui est la solution vaccinale... Il y a tout un protocole ivermectine, cortisone, azithromycine, qui sont d'autres armes dans l'arsenal...* ».

3. LA DÉCISION VACCINALE ANTI-COVID-19 EN MARTINIQUE

3.1 DYNAMISME DE LA DÉCISION VACCINALE PRIMAIRE ET SECONDAIRE

La décision vaccinale des participants n'était pas figée, elle se modifiait avec le temps. Leur dialectique décisionnelle vaccinale s'inscrivait dans un processus en remaniement. Elle était conditionnée par de nombreux paramètres déjà étayés dans la littérature internationale.

Nous avons observé au total 9 états dynamiques de la dialectique de choix vaccinal dans notre étude.

Ce travail nous a amené à élaborer un système objectivant le point de vue et le dynamisme décisionnel vaccinal des participants. Au total, 9 typologies temporelles décisionnelles vaccinales dynamiques ont été mises en évidence par notre étude.

Tableau 2. Système HAR 9 entrées 2023 

Phases décisionnelles vaccinales dynamiques	Hf	Af	Rf
Hi		Jessica,	Naomi, Noah
Ai	Jules	Gabriel	Raphaël
Ri		Paul	Victor, Sharon, Yaëlle, Jade

L'HÉSITATION :

Initiale (Hi) : Elle est définie comme le retard dans le choix de l'acceptation ou du refus, après évaluation du BSI.

Finale (Hf) : l'hésitation est manifestée par le patient après un des trois processus décisionnels initiaux Hi, Ai ou Ri.

L'ACCEPTATION :

Initiale (Ai) : se définit par l'acceptation de l'intervention vaccinale après évaluation du BSI.

Finale (Af) : acceptation de l'intervention vaccinale survenant après un des trois processus décisionnels initiaux.

LE REFUS :

Initial (Ri) : refus manifesté par le patient à la proposition initiale de l'intervention après évaluation du BSI.

Final (Rf) : refus de l'intervention vaccinale manifestée par un patient après un des trois processus décisionnels initiaux.

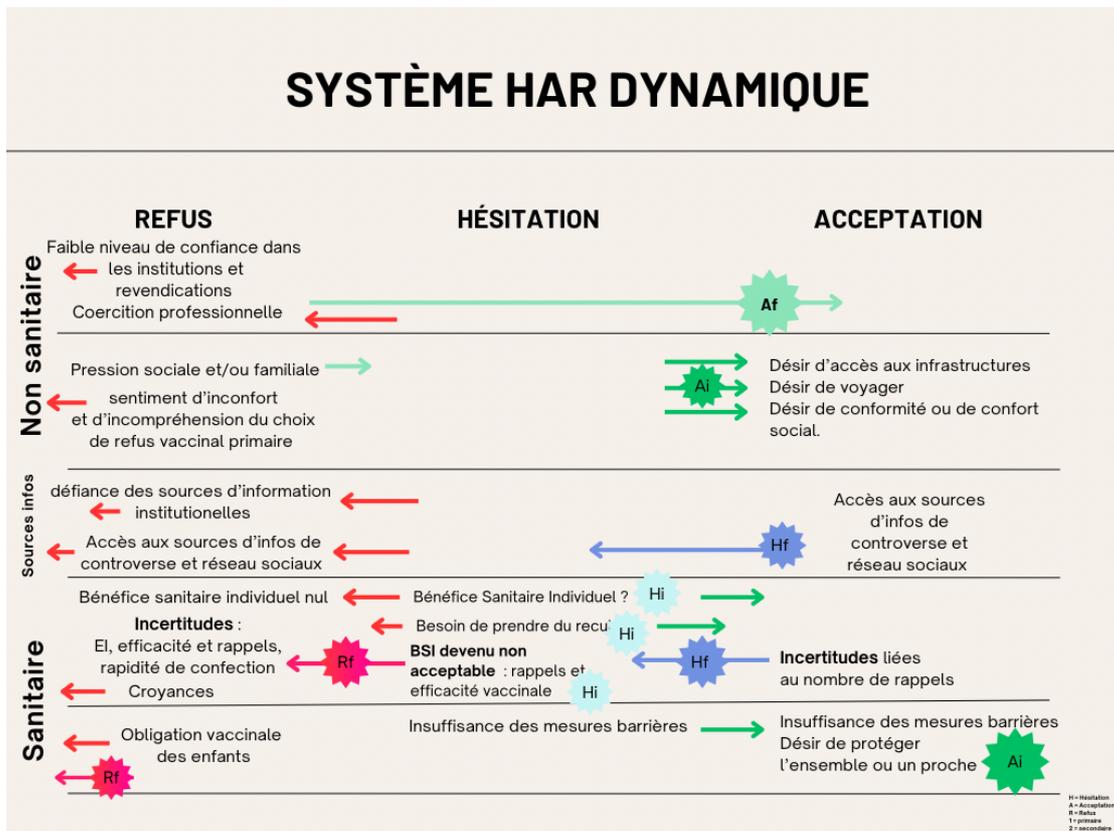


Schéma 3. Système décisionnel dynamique HAR 2023

Nous mettons en évidence une hésitation finale Hf chez les interviewés Ai déjà vaccinés contre la COVID-19. La remise en cause finale de la vaccination était liée aux rappels d'une part et à l'efficacité moindre du vaccin anti-COVID-19. Nous identifions des types décisionnels temporels Ai Hf et Ri Af évoquant un dynamisme décisionnel vis-à-vis de la vaccination en général.

Dans notre étude, la décision vaccinale était un processus complexe et dynamique qui reflétait de multiples réseaux d'influence, de sens et de logique. Une personne pouvait donc évoluer sur tout un spectre décisionnel entre l'acceptation et le refus vaccinal. Les points de vue et les pratiques de la population en matière de vaccination étaient dépendants de l'évolution des circonstances personnelles et sociales. Elles étaient susceptibles de changer avec le temps.

PROFILAGE DECISIONNEL : PLAQUETTE HAR

Nos résultats établissent 9 profils décisionnels de patients vis-à-vis de la vaccination.



Figure 5. Typologie temporelle décisionnelle vaccinal HAR (plaquette HAR) 2023

3.2 HÉSITATION VACCINALE ANTI-COVID-19 EN MARTINIQUE

Dans notre étude, nous avons observé une hésitation vaccinale variable et dynamique vis-à-vis de la vaccination anti-COVID-19. Les participants hésitaient en raison de plusieurs thématiques. Les incertitudes concernant l'efficacité du vaccin et la possibilité d'une infection future incitaient à prendre du recul. En revanche, le désir de protéger ses proches et le sentiment de ne pas avoir le choix, ainsi que la reconnaissance de l'insuffisance des mesures préventives non vaccinales conduisaient à davantage de motivations pour la vaccination. Les mesures incitatives à la vaccination telles que l'obligation vaccinale professionnelle provoquaient des réactions inégales, parfois contre-productives, et suscitaient un sentiment d'injustice général. Nous avons également identifié l'émergence d'une hésitation vaccinale secondaire, qui apparaissait lors des rappels du vaccin anti-COVID-19. Nos résultats indiquent que cette hésitation finale pouvait s'étendre à la vaccination en général.

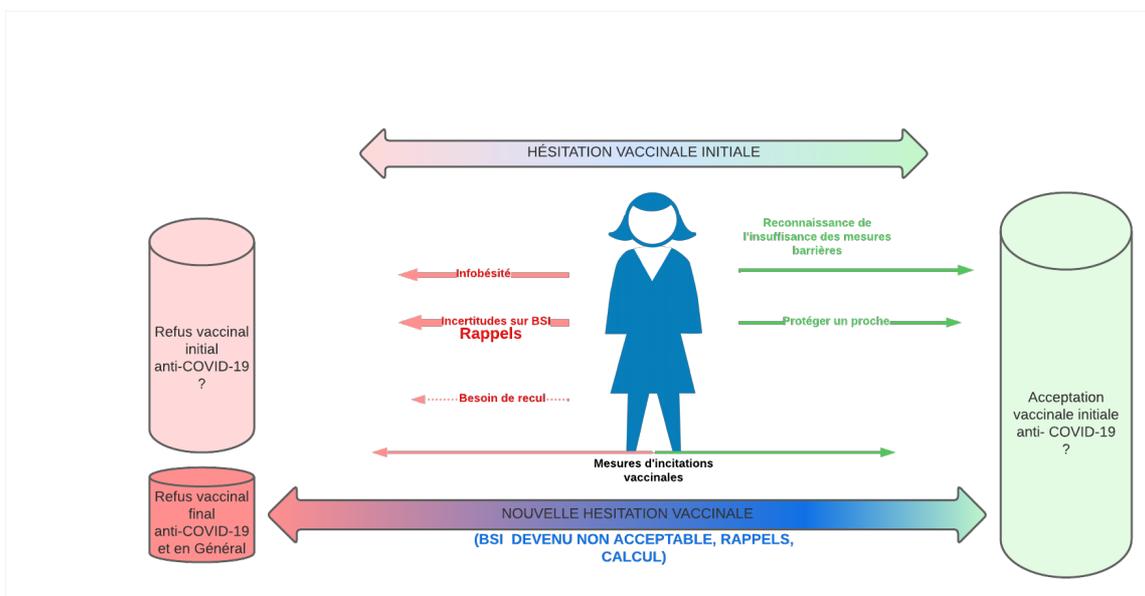


Figure 6. Hésitation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique

L'HÉSITATION VACCINALE INITIALE EN MARTINIQUE

FAVORISANT L'ACCEPTATION VACCINALE FINALE

- La reconnaissance de l'insuffisance des mesures non vaccinales constituait une difficulté :

Jessica : « je prends toutes les précautions qu'il faut pour ne contaminer personne... je fais tout ce qu'il faut pour éviter de transmettre. Pour moi, même si il fallait juste que je trouve une solution, je serais allée simplement sur la montagne pelée. Je m'isole et voilà » ;

- Les participants requéraient un recul pour évaluer leur BSI :

Jessica : « J'aurai aimé avoir plus d'informations et discuter encore. Je pense que c'est ça [long silence 10 secondes. J'aurais différé la prise du vaccin [silence] ».

FAVORISANT LE REFUS VACCINAL

- Les participants ont évoqué une contre productivité des mesures d'obligations vaccinales :

Noah : « la menace de perdre le job.... Ça m'a fait douter. Au moment où on m'a dit qu'il va falloir que je me vaccine pour garder mon travail, j'ai dit d'une part, que je vais me battre. Et puis, quand j'ai commencé à me battre, j'ai dit que j'irai jusqu'à perdre mon travail, c'est pas grave ».

- Le BSI non acceptable apparaissait :

Naomi : « Et puis c'est vrai qu'au au fur et à mesure en voyant que les personnes vaccinées contractaient quand même la maladie. Au fur et à mesure, ça a été clair et net... C'est expérimental et on n'a pas envie de faire partie des décès non prouvés ou d'avoir des maladies qu'on peut plus soigner. C'est vrai qu'au départ j'ai pensé que ça allait être la solution à la fin de la pandémie » ;

Noah : « on me demande de faire une injection, donc déjà, qui n'a pas passé toutes les mesures d'épreuve. Et on me dit que ça me protège pas complètement, et qu'en plus ma protection diminue très vite ».

L'HÉSITATION VACCINALE FINALE EN MARTINIQUE

- Le calcul semblait être à l'origine de l'hésitation finale de la vaccination en général :

Jules : « en fait, je n'avais même pas conscience avant la pandémie, qu'on pouvait remettre en cause en fait la vaccination contre les autres maladies pour lesquelles on est habitués ! Alors c'est en cherchant qu'on apprend que certains parlent de sclérose en plaque ».

3.3 L'ACCEPTATION VACCINALE ANTI-COVID-19 EN MARTINIQUE

Notre étude révèle que l'acceptation vaccinale peut être initiale ou finale pour les participants. L'acceptation vaccinale initiale était particulièrement liée au bénéfice non sanitaire individuel, tels que l'accès aux infrastructures, la liberté de voyager et le sentiment de sécurité sociale.

En revanche, l'acceptation vaccinale finale était constatée lorsque les participants initialement dans le refus finissaient par se soumettre à l'intervention vaccinale malgré eux. Les mesures incitatives telles que l'obligation vaccinale professionnelle provoquaient un retournement de situation. Toutefois, ces mesures causaient parallèlement du ressentiment chez les personnes qui se sentaient obligées de se vacciner.

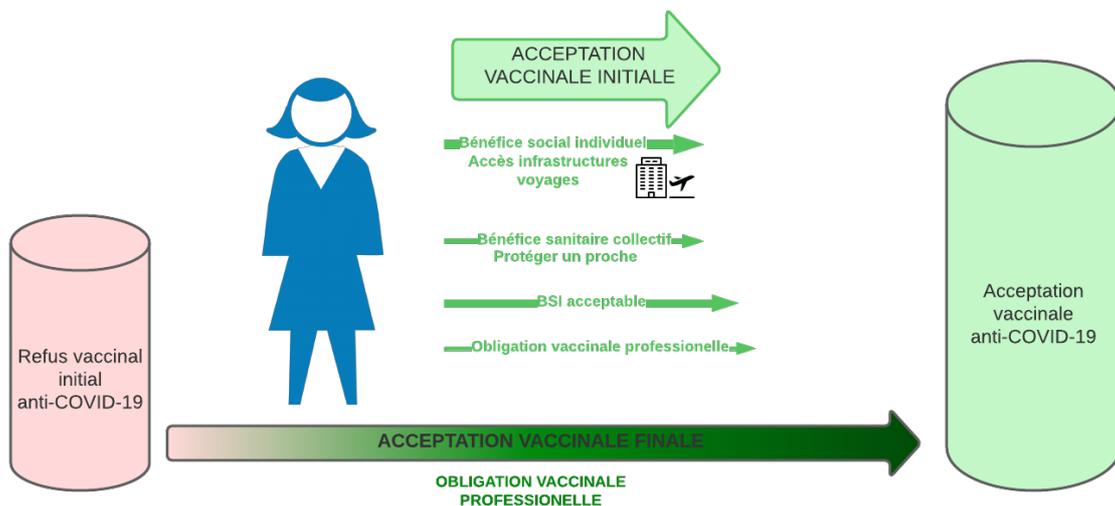


Figure 7. Acceptation vaccinale anti-COVID-19 en Martinique

L'ACCEPTATION VACCINALE INITIALE

Elle concernait les participants acceptant l'intervention vaccinale.

- Le choix sanitaire adapté pour l'entourage proche importait :

Gabriel : « un autre point qui me vient à l'esprit, c'est que mon père a eu 90 ans et comme je le côtoie, j'ai considéré qu'il y avait lieu de le protéger » ;

- Les participants recherchaient une source d'avantages non sanitaires :

Jules : « pas vraiment envie de franchir, enfin de faire cette démarche... la question qui était posée, c'est la question des avantages à se faire vacciner. Quand je dis les avantages, c'est les avantages autres que la santé » ;

Raphaël : « comme il fallait faire un choix à un moment, j'avoue que j'ai fait un choix de confort. Parce que je voulais pas de problème pour voyager. Euh, je me suis dit que j'allais me faire vacciner ».

L'ACCEPTATION VACCINALE FINALE

- L'obligation vaccinale professionnelle a été négativement perçue par les participants :

Paul : « J'ai vraiment eu la sensation de ne pas avoir le choix, sensation d'avoir le fusil sur la tempe, la base du volontariat en tout cas serait mieux passée... C'est choquant, voire inacceptable pour certaines personnes et certains cerveaux » ;

- Des acceptations en pleurs et sous contraintes ont marqué les participants :

Noah : « Et j'en ai vu qui ont cédé à contre cœur... qui sont venus se faire injecter en pleurs. Parce que pendant cette période-là, en tant que sapeurs-pompiers, j'ai été projeté à quelques reprises sur des centres de vaccination » ;

- La vaccination représentait le choix sanitaire adapté pour protéger la population :

Jessica : « Ce n'était pas un choix de vie pour moi-même, c'est un choix de vie pour l'ensemble... Compte tenu de la limite de la prise en charge à l'hôpital, des personnes non-COVID risquent aussi de ne pas se faire traiter puisque les places sont limitées... Alors, éventuellement, si on est malade, et qu'on doit se faire hospitaliser, et qu'on doit aller se faire traiter pour « X » raison, il faut aller prendre son vaccin évidemment ».

3.4 LE REFUS VACCINAL ANTI-COVID-19 EN MARTINIQUE

Notre étude observe différents types de refus vaccinal chez les participants. Tout d'abord, nous avons observé un refus initial, qui s'explique notamment par la perception d'un bénéfice sanitaire individuel non acceptable invoquant la perception de la balance bénéfice-risque. Les participants mentionnaient également l'incertitude liée au vaccin, notamment sa rapidité de mise sur le marché. Ils remettaient en question son efficacité ainsi que la fréquence des rappels. La présence de croyances personnelles et de robustesse face au virus était également liée à ce refus. Nous avons également constaté que la recherche personnelle de contenu de controverse médiatique et la méfiance vis-à-vis de l'information institutionnelle pouvaient amener au déni de l'existence de la crise sanitaire.

En outre, nous avons relevé que l'augmentation du nombre de rappels diminuait fortement la perception de bénéfice sanitaire individuel chez des participants ayant déjà accepté d'être vaccinés. Ce doute s'étendait à la vaccination en général quand il était associé à des recherches personnelles sur internet. La pression sociale, intrafamiliale et professionnelle étaient péniblement vécues par les participants en phase de refus vaccinal. Une partie de l'échantillon semblait se sentir injustement jugée voire incomprise par le corps médical, au point de creuser une distance avec celui-ci. Le mécontentement préexistant à la gestion sanitaire régionale de l'île était également associé au refus vaccinal des participants. Enfin, la thématique de la "résistance" était liée à celle du refus vaccinal.

Nous pouvons donc conclure que le refus vaccinal en Martinique était associé à différentes causes. En effet, le refus vaccinal initial était associé à un discours de résistance vaccinale et au mécontentement préexistant d'une politique de santé décontextualisée. La foi et la croyance en une force protectrice d'origine personnelle ou spirituelle renforçaient le sentiment d'invulnérabilité. Enfin, des incertitudes et des sources d'informations de controverse médico-scientifique étaient également rapportées.

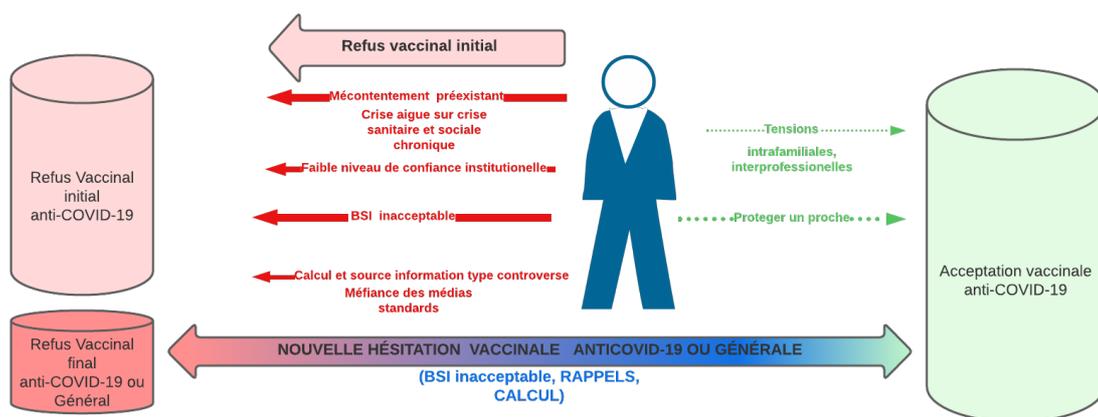


Figure 8. Refus vaccinal anti-COVID-19 en Martinique

LE REFUS VACCINAL INITIAL À MARTINIQUE

- Était évoquée la présence d'un mécontentement préexistant :

Sharon : « un sentiment d'injustice... Alors je me suis dit, si on nous aime tant que ça, toute l'énergie qu'ils ont déployée pour nous obliger à nous faire vacciner... Et ben toutes les personnes qui sont en train de mourir hypertension et d'obésité, je me suis dit qu'en matière de politique de santé ça aurait pu être égal quoi » ;

- Les participants formulaient des croyances et sentiment d'invulnérabilité :

Jade : « Et ma mère, c'était une ancienne diététicienne, et elle mangeait beaucoup de gelée royale, d'actimel, enfin beaucoup de choses pour renforcer le système immunitaire.... Je pense que j'ai beaucoup d'anticorps.... Je sais que j'ai un système immunitaire assez solide. Et du coup, hum ça m'a rassurée aussi y'a la partie psychologique qui joue aussi » ;

- Ils soulignaient l'absence de bénéfice sanitaire individuel à se vacciner :

Jules : « la question qui était posée, c'est la question des avantages à se faire vacciner. Quand je dis les avantages, c'est les avantages autres que la santé. Mais au-delà de ça, pour moi, je n'ai pas vraiment vu d'intérêt réel à me faire vacciner... » ;

Paul : « Je n'étais pas spécialement d'accord avec, de par mon cursus. On a quand même appris, rabâché, pendant des années, le nombre de phases nécessaire pour pouvoir commercialiser un médicament » ;

- Le calcul et la controverse médico-scientifique influençaient la perception des participants :

Sharon : « Dès le début c'était clair que c'était une merde ce truc là... Moi j'étais sur un site qui s'appelait réinfocovid... dès le départ j'ai eu des informations par les scientifiques reconnus et les personnes censées » ;

Victor : « De toute manière, il est apparu que c'était un crime contre l'humanité. En Allemagne, il y avait 20 pour cent des injections qui étaient constituées de sérum physiologique, donc de fausses injections » ;

- Le rapport à l'incitation vaccinale des enfants alimentait l'argumentaire du refus :

Yaëlle : « ils ont parlé de vacciner les enfants. Moi j'ai un enfant de 4 ans, ouais... ça été la goutte de trop » ;

- Les échanges avec les professionnels de santé pouvaient se révéler contre-productifs :

Yaëlle : « quand à chaque fois qu'on voit un médecin, on nous demande si il (père de l'interviewée) est vacciné et qu'on dit « non » et que « ça » (le médecin) commence à faire des froncements de sourcils, je ne trouve pas ça terrible... C'est faire culpabiliser les gens sur quelque chose qui ne devrait pas...et même à ce niveau-là le corps médical n'est pas là pour m'exprimer son ressenti » ;

- L'entourage proche bénéficiait d'une influence sur la perception vaccinale des participants :

Il pouvait être opposé à la décision vaccinale du participant :

Jade : « Alors pas de la pression forcément médiatique, mais de la pression autour de moi... familiale si on peut dire. Dans mon entourage, toute ma famille s'est fait vaccinée, je suis la seule à n'avoir pas été. Hum, j'ai reçu beaucoup de pression Ça avait créé atmosphère de peur » ;

Ou en accord avec la décision vaccinale du participant :

Yaëlle : « le fait d'appartenir à une communauté globalement contre ça m'a un peu renforcée ».

LE REFUS VACCINAL FINAL EN MARTINIQUE

- Le refus final des participant intéressait la vaccination anti-COVID-19

Raphaël : « Et ce qui m'hérisse encore plus, c'est l'histoire des rappels quoi. J'ai pris un premier rappel, d'accord ? Après on me sort un deuxième rappel, d'accord, après un troisième rappel. Personnellement c'est bon. C'était trop. Si je dois mourir, je mourrais... un rappel qui met 6 mois c'est même plus un vaccin quoi, c'est une tisane ! [rires] » ;

- Même en dépit du risque de COVID-19 grave pour les proches

Yaëlle : « mon père est tombé gravement malade des suites du COVID-19. Et donc je me suis quand même posé la question : « est-ce qu'il aurait pas fallu que lui ou mes parents se fassent vacciner ». Mais ça a été une question très au-dessus de ma tête qui est venue et repartie aussi vite. D'ailleurs il s'en est sorti et il est toujours contre la vaccination. Ça n'a pas non plus changer leurs idées sur le sujet » ;

- Mais aussi les vaccins classiques ou à venir en général :

Jade : « mon opinion en tous les cas sur les vaccins en général n'a pas changé... Tout ce qui est tétanos tout ça, c'est des anciens vaccins. Mais là, vu comment ils se sont comportés pour le COVID là, à mon avis ça sera le même bordel pour les autres à venir s'il y en a. Donc je vais pas prendre ! » ;

Noah : « Avec la vaccination contre le COVID-19, ça a commencé à faire émerger chez moi des suspicions et aller chercher des informations. J'entendais déjà vaguement depuis des années des problèmes qu'il y avait sur des, des vaccins hépatiques contre l'hépatite B. Du coup, j'ai plus prêté l'oreille à ce genre d'information et effectivement, ça a développé chez moi maintenant une certaine méfiance sur certains vaccins. Comment est-ce qu'on va faire ? Parce que on n'a plus envie de se vacciner sur quoique ce soit » ;

Naomi : « ben du coup... hum, on a commencé à vacciner le petit et après vraiment s'est posée la question quand le vaccin anti-COVID est devenu obligatoire donc forcément on pense aux autres vaccins : « sont-ils vraiment nécessaires ? Tous ? » Ben je pense pas. Je

regrette de lui avoir fait tous ces vaccins... Quand on sait les polémiques qu'il y a eu avec la sclérose en plaque ».

Ci-dessous la figure 7 résume la décision vaccinale et ses phases :

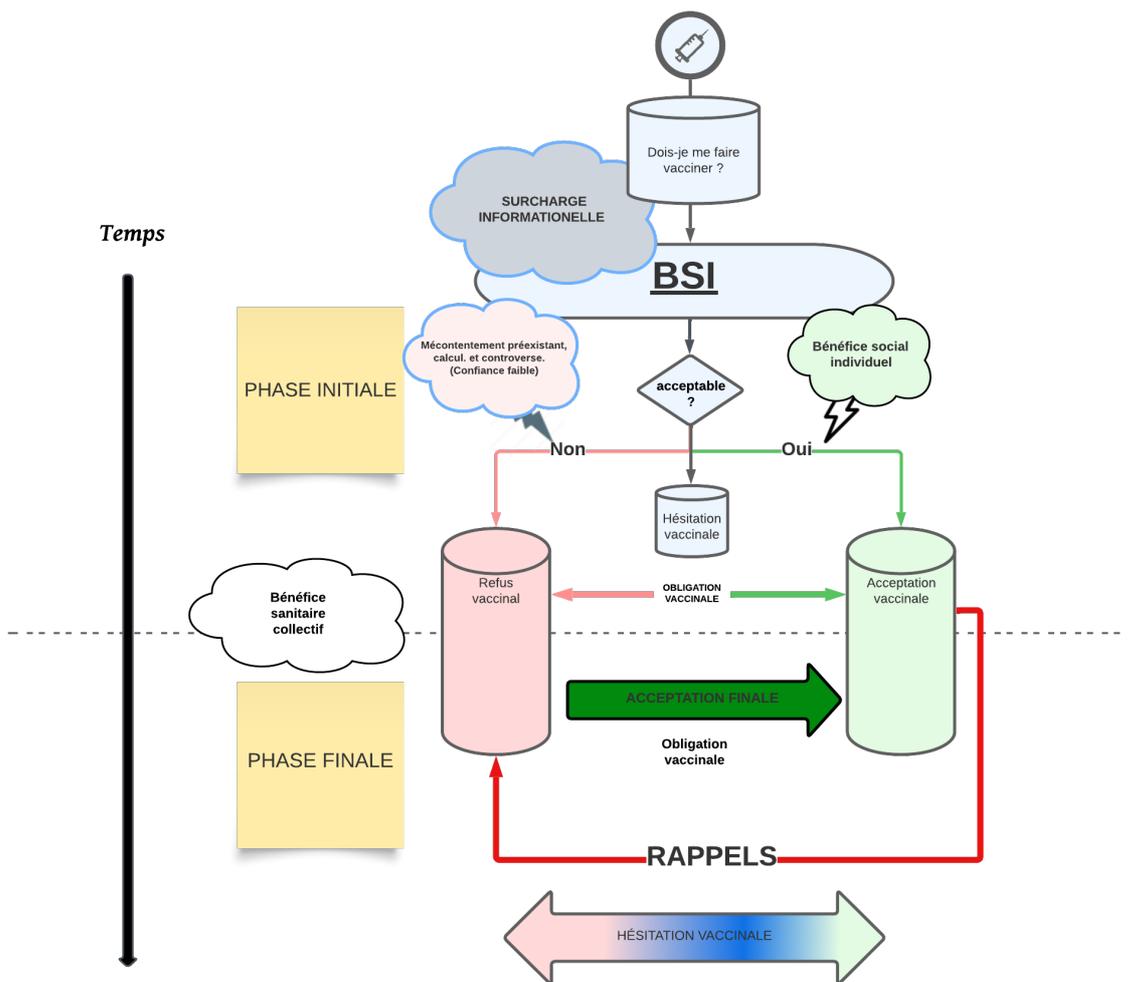


Figure 9. Synthèse étude perception vaccination anti-COVID-19 Martinique 2023

1. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

1.1 FORCES

LE RECUEIL

L'entretien individuel semi-dirigé limitait les biais d'informations tels que le biais de désirabilité sociale ou de soumission à un groupe. Le guide d'entretien a été modifié à deux reprises et a été adapté à chaque participant. La connaissance de la langue créole par le chercheur a facilité une retranscription fidèle des données. D'autre part, la visioconférence et son appartenance à la communauté antillaise médicale libérale a sans doute permis de libérer la parole des participants. Le chercheur prêtait également attention à poser des questions sous une modalité neutre et ouverte.

LA SECURITE

Afin de garantir la sécurité des participants, l'étude répondait à de hauts critères de cybersécurité. La plateforme utilisée était sécurisée, hébergée en France, avec chiffrement de bout en bout. Les entretiens ont fait l'objet d'une anonymisation. Les prénoms étaient attribués au hasard. Ils provenaient de guide en ligne de prénoms. Enfin, les recommandations du comité éthique ont été suivies.

L'INTERPRETATION DES DONNEES

Nous avons appliqué plusieurs mesures limitant les biais d'interprétation lors de l'analyse des données. Tout d'abord, nous avons assuré un double codage des données en faisant appel un docteur en médecine accoutumé dans la méthodologie choisie. Nous avons également veillé à ce que la durée moyenne des entretiens soit supérieure à 40 minutes afin de garantir une analyse satisfaisante des données. En cas de besoin, une veille méthodologique était également proposée par l'Unité de Recherche en Sciences Humaines du CHU de Bordeaux.

En outre, nous avons procédé à une analyse fine par théorisation ancrée de chacun des entretiens, ce qui a mis en évidence plusieurs résultats non attendus. Cela nous a permis d'explorer en profondeur les différents points de vue des participants et de fournir une interprétation des données recueillies. L'élaboration de notre typologie décisionnelle vaccinale propose une approche fine et non stigmatisante du processus décisionnel vaccinal.

RESULTATS NON ATTENDUS

La dissociation entre le refus de la vaccination et le scandale du chloredécone chez certains participants était un résultat non attendu. Bien que l'impact du scandale sur la perception ait été attendu (33)(34)(35)(36)(37), nous avons observé une diversité d'opinion chez les participants (38)(39).

Les données ont révélé un lien entre le mécontentement social et sanitaire préexistant et la méfiance institutionnelle retrouvée dans la typologie Ri/Rf. Il est possible que la crise sanitaire aiguë liée au COVID-19 ait pu exacerber une crise sanitaire chronique préexistante, caractérisée par une inquiétude quant à la qualité des prestations de santé publique et un sentiment d'abandon (40).

Nos travaux n'ont pas montré d'influence systématique des décès et épisodes de COVID-19 grave d'un proche, sur la décision vaccinale des participants de typologie Ri/Rf (13).

Nos résultats pourraient s'expliquer en partie par l'histoire douloureuse du corps antillais et la spécificité de sa conception. Cela peut expliquer en partie la défiance de certains pays de la Caraïbe dont la Martinique (39)(41)(42).

Nous avons proposé une représentation du BSI idéal sous forme de diagramme à trois ensembles ainsi qu'une représentation du BSI dans la décision vaccinale.

La typologie temporelle décisionnelle vaccinale HAR met en évidence un dynamisme décisionnel vaccinal chez les participants. Elle suggère que des participants Hi, Ai, Ri peuvent potentiellement se retrouver dans une temporalité décisionnelle Hf, Af, ou Rf en fonction d'éléments contextuels et informationnels lié à l'individu ou au vaccin.

Il existe 9 profils typologiques HAR dont 2 n'ont pas été retrouvés dans notre échantillon.

Une étude quantitative ultérieure pourrait préciser la prévalence de ces profils.

BIAIS DE SÉLECTION

Le sujet de notre étude a pu exclure une partie de la population ne souhaitant pas échanger sur notre thématique. Le mode de recrutement de l'échantillon par *flyer* sur *Meta*®, initialement impersonnel, a potentiellement généré un biais de sélection en raison de la faible confiance institutionnelle d'une partie de la population martiniquaise. Cette méthode a probablement exclu des personnes absentes du réseau social. Le recrutement a montré une surreprésentation des patients vivants en zone urbaine. Au vu de la nature de notre échantillon majoritairement urbain, il est difficile de conclure sur l'influence de la ruralité sur la perception vaccinale. L'absence de participants de moins de 37 ans ou de plus de 64 ans, d'une part puis l'exclusion des patients vivant depuis moins de 5 ans en Martinique et des plus de 75 ans présentant des comorbidités d'autre part sont susceptibles de produire un biais de sélection. Ces personnes sont présentes dans la population générale et possèdent des données non recueillies donc non analysées dans nos travaux. Ce biais est possiblement dû à la définition à priori de nos critères d'inclusion et d'exclusion puis à la méthode de recrutement sur le réseau social *Meta*®. Une étude qualitative avec des critères d'inclusion plus larges et une meilleure variation maximale pourrait compléter nos travaux.

BIAIS DE RECUEIL

La connaissance du statut de médecin du chercheur et de l'objectif de l'étude a potentiellement constitué un biais de recueil. En effet deux participants se sont spontanément excusés en amont de la teneur de leur propos en raison de la profession du chercheur. Il se peut que l'avis de leur médecin traitant sur la vaccination ait influencé leur propos. Enfin, des participants ont exigé le nom et prénom du chercheur avant de donner leur accord.

BIAIS D'EXPÉRIENCE

Le faible niveau d'expérience du chercheur a pu représenter un biais d'expérience.

BIAIS D'INTERPRÉTATION

Même en appliquant les règles de recueil de l'étude qualitative, il se peut que l'analyse ne soit pas totalement impartiale du fait de l'origine et du parcours de vie de l'enquêteur. La triangulation des données par un médecin universitaire qualifié et disponible aurait pu accroître la pertinence de notre analyse des données.

Des données jugées inexploitable ou hors sujet ont été supprimées du recueil et donc de l'analyse.

VARIABILITÉ

Cette étude n'a pas vocation de représentativité. Même si nos résultats sont complémentaires et concordants avec la littérature scientifique spécifique, ils ne peuvent être appliqués d'office à l'ensemble de la population générale martiniquaise. Nous pouvons supposer qu'il existe des profils dynamique décisionnels non explorés pour plusieurs raisons. Le faible nombre de participants du à la méthode de recrutement a pu avoir un impact sur la variabilité de l'échantillon. Les cases vides du tableau HAR s'expliquent potentiellement par un choix de critères d'inclusions trop restrictif. Notre taille finale d'échantillon entraîne un risque de variation sous maximale. En effet, on note l'absence de participants répondant aux profils HAR Hi/Hf et Ri/Hf révélés par nos travaux. Même si il est envisageable qu'un statut Hi/Hf soit difficile à conserver sur le long cours, l'existence hypothétique de ces profils paraît plausible dans un échantillon plus varié et vaste. La typologie temporelle HAR pourrait être enrichie dans une plus large étude quantitative.

2. CONCORDANCE AVEC LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

Il apparaît une divergence entre les objectifs sanitaires collectifs et la perception du Bénéfice Sanitaire Individuel. Les scores records de vaccination "classique" du département martiniquais de 2018 sont supérieurs aux scores de vaccination hexagonaux (43). Cela suggère que la spécificité martiniquaise ne peut expliquer à elle seule la résistance à la vaccination anti-COVID-19 (44)(45)(46).

D'une part, le climat de mécontentement préexistant et le faible degré de confiance institutionnelle sanitaire et sociale ont influencé négativement le BSI (47). Dans ce contexte, la politisation du message de santé publique a représenté un obstacle à l'acceptation vaccinale (48)(49)(50). La méfiance du discours institutionnel a ensuite amplifié la recherche personnelle d'information sur internet qui était estimée à 38% de la population étudiée (47). Elle explique en partie le refus vaccinal (42)(51)(52)(53). Cette recherche personnelle n'échappait ni à l'effet Dunning-Kruger (54)(55), ni au biais de confirmation alimentant un sentiment erroné de maîtrise du sujet par la population (56)(57).

D'autre part, la perception du risque associé au virus était faible dans la population générale (58)(59). Les patients graves hospitalisés et les formes mineures asymptomatiques étaient absents des scènes de la vie quotidienne. Cela conduit à une sous-estimation du risque infectieux nommé « invisibilisation » (60). Ce contexte favorise le déni du narratif médiatique, la croyance d'invulnérabilité et la perception de mesures de protection non vaccinales efficaces. Enfin, la création de groupes de patients plus exposés à une atteinte grave crée une altérisation du risque (60).

Les résultats de l'étude suggèrent que l'obligation vaccinale produit des effets ambivalents. La systématisation HAR propose une approche précise des différents parcours décisionnels vaccinaux. Les profils Ri/Af se sentaient agressés et nourrissaient un ressentiment profond vis-à-vis de l'institution sanitaire. L'OMS souligne que contrairement à l'obligation éthique professionnelle de se vacciner (61)(62), l'obligation vaccinale est génératrice de refus vaccinal (63)(64)(65)(66). Elle préconise une approche par volontariat qui génère moins de résistance vaccinale chez les soignants (67)(68).

Selon l'OMS, les points cardinaux de la réussite d'une campagne vaccinale sont : la confiance institutionnelle, la perception du risque, la recherche personnelle d'information sur internet et le bénéfice collectif (51)(69). Le climat social peut donc avoir des incidences importantes sur l'acceptation vaccinale (annexe n°12).

Dans nos travaux, la dimension subjective conditionne une dynamique de la décision vaccinale variable au cours du temps. Ce processus passe par la résolution du BSI. Plus que la balance bénéfice risque, cette équation perceptive tient compte de la subjectivité du patient. Les facteurs contextuels et les facteurs intrinsèques au vaccin influencent le BSI, le rendant parfois inacceptable (11)(70). Ils représentent un problème majeur d'acceptation vaccinale déjà établi dans la littérature (71).

3. UTILITÉ DE LA TYPOLOGIE TEMPORELLE DÉCISIONNELLE HAR EN PRATIQUE COURANTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Nos travaux suggèrent une modification possible de la consultation vaccinale en pratique courante. La mise en évidence du profil décisionnel dynamique du patient et la compréhension de sa dialectique décisionnelle est fondamentale (72)(73).

Nos résultats mettent en évidence une typologie évolutive décisionnelle inédite dans la dialectique vaccinale d'un patient. 9 profils de parcours décisionnels vaccinaux se révèlent. L'utilisation de ces données pourraient optimiser l'intervention vaccinale en Médecine Générale. Les profils de parcours temporels décisionnels pourraient permettre une consultation vaccinale ciblée en fonction de la typologie identifiée.

Les interventions les plus efficaces pour améliorer la couverture vaccinale sont décrite comme multimodales, spécifiques à une population réticente et enrichissantes sur la connaissance des vaccins (74)(75). La publication de l'OMS sur les stratégies et pratiques en matière de vaccination systématique ainsi que les résultats de notre étude corroborent l'importance de perfectionner l'intervention vaccinale et de développer des stratégies ciblées (40)(76)(77).

L'utilisation de notre plaquette HAR pourrait être complétée par la sensibilisation des professionnels de santé aux biais cognitifs et aux moyens d'informations des patients. Ces démarches sont complémentaires pour lutter contre la désinformation (78).

4. UTILITE D'UNE ETUDE EN PRATIQUE CLINIQUE

L'évaluation en condition réelle de notre plaquette HAR représente un sujet d'étude pertinent. L'objectif de ce travail consisterait à la validation ou à l'adaptation à notre pratique quotidienne le cas échéant.

Une étude quantitative sur l'évolution de l'acceptation vaccinale pourrait représenter un complément utile à la mise en évidence de la dimension dynamique décisionnelle vaccinale retrouvée dans nos travaux.

V. CONCLUSION

La perception vaccinale conditionne la décision vaccinale. Elle est influencée par des facteurs contextuels et des facteurs intrinsèques au vaccin. Le niveau de confiance institutionnelle, la perception du danger lié à la maladie et les moyens d'information influencent la décision vaccinale. Le BSI est un paramètre subjectif qui paraît complémentaire de la balance bénéfice risque et essentiel à la décision du patient. Les phases décisionnelles vaccinales initiale et finale mettent en évidence un dynamisme de la dialectique décisionnelle vaccinale peu étudié à ce jour. Le profil décisionnel d'un patient peut se modifier au cours du temps selon des parcours variés. En effet, un profil initial hésitant, acceptant ou refusant, peut évoluer vers des profils décisionnels finaux différents. Notre étude révèle une typologie temporelle décisionnelle vaccinale dans une population française majoritairement hésitante. Nos travaux ont établi 9 profils type décisionnels vaccinaux. La typologie HAR (Hésitation, Acceptation, Refus) pourrait s'intégrer dans un processus d'optimisation du déroulement de la consultation vaccinale en pratique courante de médecine générale. La connaissance des concepts d'intervention vaccinale associés à notre typologie pourrait favoriser l'identification des patients relevant d'une intervention vaccinale spécifique voire l'élaboration de politiques de santé publique plus efficaces.

Perception de la vaccination Anti-COVID-19 en Martinique

INTRODUCTION : L'OMS déclare le 5 mai 2023 que le COVID-19 constitue un USPPI. Durant la pandémie, la Martinique devient un modèle de refus vaccinal territorial en France. Les déterminant hexagonaux ne permettent pas d'expliquer le caractère dissonant et alarmant de l'épidémie. Notre étude se propose d'évaluer la perception vaccinale d'une population devenue majoritairement hésitante.

OBJECTIF : L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la perception de la vaccination anti-COVID-19 dans la population générale martiniquaise. Pour cela, une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels. L'objectif secondaire était la proposition d'une typologie vaccinale décisionnelle de la perception vaccinale dans une population majoritairement hésitante.

RÉSULTATS : La dialectique décisionnelle vaccinale est dynamique décrivant une phase initiale et une phase finale. La perception du bénéfice sanitaire et social individuel a une place centrale dans la décision vaccinale. Les facteurs contextuels sanitaires, sociologiques, politiques, historiques, culturels et moyen d'informations influencent la perception du bénéfice sanitaire individuel. Les facteurs intrinsèques au vaccin et la nécessité de rappels multiples impactent péjorativement la perception du bénéfice sanitaire individuel. L'obligation vaccinale entraîne des réactions ambivalentes chez les professionnels concernés. Les scandales sanitaires et le mécontentement social préexistant sont susceptibles de majorer la défiance sanitaire institutionnelle. Toutefois, ces éléments ne sont pas systématiques dans le processus décisionnel. Nous élaborons une typologie temporelle décisionnels comprenant 9 profils regroupés dans notre plaquette HAR.

DISCUSSION : Le fait que la population étudiée ait des scores records de vaccination supérieurs à ceux de l'Hexagone en 2018 ne permet pas d'attribuer la résistance à la vaccination à la spécificité locale seule. Le climat de mécontentement préexistant et le faible degré de confiance institutionnelle ont influencé péjorativement la perception du Bénéfice Sanitaire Individuel. La politisation du message de santé publique, la méfiance du discours institutionnel et l'effet Dunning-Kruger ont amplifié le refus vaccinal. La création de groupes de patients plus exposés à une atteinte grave crée une altérisation du risque. L'obligation vaccinale était génératrice de refus vaccinal et l'approche par volontariat aurait pu générer moins de résistance vaccinale chez les soignants. La réussite d'une campagne vaccinale dépend selon l'OMS de, la confiance institutionnelle, la perception du risque, la recherche personnelle d'information sur internet et le bénéfice collectif.

CONCLUSION : La perception vaccinale joue un rôle essentiel dans la décision de se faire vacciner. Cette perception est influencée par des facteurs contextuels et des facteurs intrinsèques au vaccin. Le niveau de confiance de la population dans le système sanitaire, la perception du danger lié à la maladie et les moyens d'information utilisés sont des facteurs cruciaux. Le BSI, qui intègre la perception du patient, apparaît comme un paramètre tout à fait adapté pour évaluer l'intention vaccinale. Notre étude démontre l'existence de phases temporelles décisionnelles vaccinale initiales et finales. Le dynamisme temporel de la décision vaccinale est peu étudié dans la littérature internationale. L'élaboration de notre typologie temporelle décisionnelle vaccinale HAR pourrait optimiser l'intervention vaccinale les médecins généralistes en pratique courante.

MeSH terms : Hésitation vaccinale, système HAR, décision vaccinale, COVID-19, France, Martinique, bénéfice sanitaire individuel.

Perception of Anti-COVID-19 Vaccination in Martinique

INTRODUCTION: On May 5, 2023, the WHO declared COVID-19 to be a USPPi. During the pandemic, Martinique became a model of vaccine hesitancy in France. Hexagonal determinants do not explain the dissonant and alarming nature of the epidemic. Our study aims to evaluate the vaccination perception of a population that has become predominantly hesitant.

OBJECTIVE: The main objective of the study was to evaluate the perception of anti-COVID-19 vaccination in the general population of Martinique. For this purpose, a qualitative study was conducted through individual interviews. The secondary objective was to propose a typology of decision-making regarding vaccination perception in a predominantly hesitant population.

RESULTS: The dialectic of vaccination decision-making is dynamic, describing an initial phase and a final phase. The perception of individual health and social benefits plays a central role in vaccination decision-making. Contextual factors such as health, sociology, politics, history, culture, and means of information influence the perception of individual health benefits. Intrinsic factors of the vaccine and the need for multiple boosters negatively impact the perception of individual health benefits. Mandatory vaccination leads to ambivalent reactions among concerned professionals. Health scandals and pre-existing social discontent are likely to increase institutional health mistrust. However, these elements are not systematic in the decision-making process. We develop a temporal typology of decision-making comprising 9 profiles grouped in our HAR chart.

DISCUSSION: The fact that the population studied had record vaccination rates higher than those in mainland France in 2018 does not allow us to attribute vaccine resistance solely to local specificity. The pre-existing climate of discontent and the low degree of institutional trust negatively influenced the perception of Individual Sanitary Benefit. The politicization of the public health message, the mistrust of institutional discourse, and the Dunning-Kruger effect amplified vaccine refusal. The creation of groups of patients more exposed to severe illness creates an otherness of risk. Vaccine mandates generated vaccine resistance, and a voluntary approach could have generated less vaccine resistance among healthcare workers. According to the WHO, the success of a vaccination campaign depends on institutional trust, risk perception, personal research for information on the internet, and collective benefit.

CONCLUSION: Vaccine perception plays an essential role in the decision to get vaccinated. This perception is influenced by contextual factors and factors intrinsic to the vaccine. The level of trust of the population in the healthcare system, the perception of the danger associated with the disease, and the means of information used are crucial factors. The Individual Sanitary Benefit, which integrates the patient's perception, appears to be a completely adapted parameter to evaluate vaccine intention. Our study demonstrates the existence of initial and final vaccine decision-making temporal phases. The temporal dynamics of vaccine decision-making are poorly studied in the international literature. The development of our vaccine decision-making temporal typology, HAR, could optimize vaccination intervention by general practitioners in routine practice.

MeSH terms : Vaccine hesitancy, HAR system, COVID-19 vaccine decision-making, France, Martinique,

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. International Health Regulation. Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
2. Bernard Stoecklin S, Rolland P, Silue Y, Mailles A, Campese C, Simondon A, et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in France: surveillance, investigations and control measures. *Euro Surveill.* 2020;25(6):2000094.
3. Organisation mondiale de la santé. Tableau de bord de l’OMS sur le coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://covid19.who.int/>
4. Agence Régionale Santé Martinique. Point de situation#1 Coronavirus Covid-19 [Internet]. [cité 1 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/system/files/2020-03/11%20mars%202020%20Point%20de%20situation%231%20Coronavirus%20Covid-19vf.pdf>
5. Organisation mondiale de la santé. Déclaration sur la quinzième réunion du Comité d’urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
6. Organisation mondiale de la santé. From emergency response to long-term COVID-19 disease management: sustaining gains made during the COVID-19 pandemic [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-WHE-SPP-2023.1>
7. Santé Publique France. Perception et adhésion à la vaccination en France [Internet]. [cité 1 nov 2021]. Disponible sur: <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-sociologiques/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination/Perception-et-adhesion-a-la-vaccination-en-France>
8. Organisation mondiale de la santé. Reticencia a la vacunación: Un desafío creciente para los programas de inmunización [Internet]. [cité 6 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>
9. Schwarzinger M, Watson V, Arwidson P, Alla F, Luchini S. COVID-19 vaccine hesitancy in a representative working-age population in France: a survey experiment based on vaccine characteristics. *Lancet Public Health.* 2021;6(4):210-21.

10. Robinson E, Jones A, Lesser I, Daly M. International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples. *Vaccine*. 2021;39(15):2024-34.
11. Nehal KR, Steendam LM, Campos Ponce M, van der Hoeven M, Smit GSA. Worldwide Vaccination Willingness for COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines*. 2021;9(10):1071.
12. Seanehia J, Treibich C, Holmberg C, Müller-Nordhorn J, Casin V, Raude J, et al. Quantifying population preferences around vaccination against severe but rare diseases: A conjoint analysis among French university students, 2016. *Vaccine*. 2017;35(20):2676-84.
13. Gagneux-Brunon A, Detoc M, Bruel S, Tardy B, Rozaire O, Frappe P, et al. Intention to get vaccinations against COVID-19 in French healthcare workers during the first pandemic wave: a cross-sectional survey. *J Hosp Infect*. 2021;108:168-73.
14. Kalam MA, Davis TP, Shano S, Uddin MN, Islam MA, Kanwagi R, et al. Exploring the behavioral determinants of COVID-19 vaccine acceptance among an urban population in Bangladesh: Implications for behavior change interventions. *PloS One*. 2021;16(8):e0256496..
15. Guimier L. Les résistances françaises aux vaccinations : continuité et ruptures à la lumière de la pandémie de Covid-19. *Hérodote*. 2021;183(4):227-50.
16. Ministère des Solidarités et de la Santé. Le tableau de bord de la vaccination [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 3 déc 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/article/le-tableau-de-bord-de-la-vaccination>
17. Direction de la Recherche, des études de l'Évaluation et des Résultats. Recours à la vaccination contre le Covid-19 : de fortes disparités sociales. DREES, Direction de la Recherche, des études de l'Évaluation et des Résultats; Février 2022 p. 8. Report No.: 1222.
18. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. 2^{ème} édition, Collection 128 : L'enquête et ses méthodes, Paris : A. Colin, 2010.
19. Aubin I, Stalnikiewicz B, Mercier A, Lebeau J, Baumann L. Diriger une thèse qualitative : difficultés et solutions possibles. *Exercer Revue Francophone Médecine Générale*. 2010;(N° 93):111-4.
20. Vilatte JC. L'entretien comme outil d'évaluation. Formation « Evaluation », Lyon, France, 2007.
21. Novo A, Woestelandt L. Recherches qualitatives; grounded theory/théorisation ancrée, ses évolutions, sa méthodologie, son application dans la recherche médicale et psychanalytique. *Perspect Psy*. 2017;56(1):66-80.
22. Barney G. Glaser, Anselm L. Strauss. La découverte de la théorie ancrée. Paris: Armand Colin; 2022..

23. Olivier de Sardan JP. La politique du terrain: Sur la production des données en anthropologie. *Enquête*. 1995;(1):71-109..
24. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. 2001;32(2):117-21.
25. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer revue francophone Médecine générale*. 2008;19(84).
26. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. Dans: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314.
27. Walter Wallace. *Logic of Science in Sociology*. Londres: Routledge; 1971.
28. Direction interministérielle du numérique. Tableau des solutions de webconférence [Internet]. Direction interministérielle du numérique; 2020 [cité le 22 janvier 2023]. Disponible sur : https://www.numerique.gouv.fr/uploads/outils_webconference-agents-etat.pdf
29. Private Discuss. Cybersécurité 2023 [Internet]. Private Discuss. [cité le 22 janvier 2023]. Disponible sur: <https://private-discuss.com/cybersecurite/>
30. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide?. *Association pour la recherche qualitative*; 2007 [cité le 20 Janvier 2023] disponible sur : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/savoie_zajc.pdf
31. Juliet Corbin, Anselme Strauss. *Basics of Qualitative Research*. San Jose: Sage Publications Inc. 2014
32. Goodman LA. Snowball sampling. *Ann Math Stat*. 1961;148-70.
33. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation Environnement Travail. Évaluation de l'exposition alimentaire au chlordécone des enfants guadeloupéens de 18 mois [Internet]. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation Environnement Travail; 2011 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/system/files/PASER-Ra-ChlordeconeEnfants.pdf>
34. Rouget F, Kadhel P, Monfort C, Viel JF, Thome JP, Cordier S, et al. Chlordecone exposure and risk of congenital anomalies: the Timoun Mother-Child Cohort Study in Guadeloupe (French West Indies). *Environ Sci Pollut Res Int*. 2020;27(33):40992-8.
35. Emond C, Multigner L. Chlordecone: development of a physiologically based pharmacokinetic tool to support human health risks assessments. *Arch Toxicol*. 2022;96(4):1009-19.
36. Multigner L, Ndong JR, Giusti A, Romana M, Delacroix-Maillard H, Cordier S, et al. Chlordecone exposure and risk of prostate cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2010;28(21):3457-62.
37. Brureau L, Emeville E, Ferdinand S, Thome J, Romana M, Blanchet P, et al. Exposition au chlordécone et cancer de la prostate. Interactions avec les gènes codants pour les œstrogènes.

38. Mulot S. Sur le refus de la vaccination contre le Covid-19 en Guadeloupe. AOC [Internet]. 2021; [cité le 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://aoc.media/analyse/2021/11/02/sur-le-refus-de-la-vaccination-contre-lecovid-19-en-guadeloupe/>
39. André L. La Guadeloupe, la Martinique au temps du Covid 19 entre identité et décivilisations. Paris: Le Teneur; 2023.
40. Organisation mondiale de la Santé. Stratégies et pratiques mondiales de vaccination systématique (SPMVS) : document complémentaire du plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité le 13 mai 2023]. 86 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206454>
41. Ismard P, Vidal C. Les mondes de l'esclavage. Une histoire comparée. Paris: Seuil; 2021
42. Costes JM. Les usages de drogues illicites en France depuis 1999: vus au travers du dispositif TREND. Saint-Denis-La Plaine: OFDT; 2010.
43. Santé Publique France. Bulletin de santé publique Antilles [Internet]. Santé Publique France [cité le 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/bulletin-regional/2019/bulletin-de-sante-publique-antilles.-avril-20192>
44. Vaccination info service. Vaccins d'hier à aujourd'hui [Internet]. 2023 [cité le 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://vaccination-info-service.fr/Generalites-sur-les-vaccinations/Histoire-de-la-vaccination/Vaccins-d-hier-a-aujourd-hui>
45. Haute Autorité de Santé. Commission de transparence Avis HAS 21 octobre 2009 [Internet]. Haute autorité de santé; 2009 [cité le 9 février 2023] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-11/neisvac_-ct-7129.pdf
46. Haute Autorité de Santé. Rapport d'Avis de la Commission de transparence vaccin HPV papillomavirus humain 9-valent, recombinant, adsorbé [Internet]. 2017 [cité le 10 février 2023] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-15867_GARDASIL_9_PIC_INS_Avis3_CT15867.pdf
47. Conseil Économique, Social, Environnemental, de la Culture et de l'Éducation de Martinique. Covid R. RETEX Covid-19 Freins et résistances à la vaccination à la Martinique [Internet]. Conseil Économique, Social, Environnemental, de la Culture et de l'Éducation de Martinique 2023 [cité le 10 Mai 2023]. Disponible sur https://www.cesecem.mq/wp-content/uploads/2023/03/CESECEM_Rapport_final_23-04.pdf
48. Clavier C. La santé publique, un enjeu politique local ? La politisation des politiques publiques en France et au Danemark. Rev Int Polit Comparée. 2011;18(4):13-27.
49. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Curr Opin Psychol. 2022;43:307-11.
50. Assemblée nationale. Compte rendu de réunion de la Commission d'enquête sur la manière dont a été programmée, expliquée et gérée la campagne de vaccination de la grippe A

(H1N1) [Internet]. Assemblée nationale; 2010. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-cegrippea/09-10/c0910049.asp>

51. European center for disease prevention and control. Facilitating vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. European center for disease prevention and control; 2021[cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Facilitating-vaccination-uptake-in-the-EU-EEA.pdf>

52. Duqueroy V. Enquête : comportement des médecins sur les réseaux sociaux; 2022 [Internet]. Medscape; [cité 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://français.medscape.com/diaporama/33000244>

53. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012;30(25):3778-89.

54. Motta M, Callaghan T, Sylvester S. Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti-vaccine policy attitudes. *Soc Sci Med* 1982. 2018;211:274-81.

55. Oliver D. David Oliver: Covid-19 and the Dunning-Kruger effect. *BMJ*. 2022;378:o1701.

56. Canady BE, Larzo M. Overconfidence in Managing Health Concerns: The Dunning-Kruger Effect and Health Literacy. *J Clin Psychol Med Settings*. 2022;1-9.

57. Vorms M. Bayes et les biais. Le « biais de confirmation » en question. *Rev Métaphys Morale*. 2021;112(4):567-90.

58. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014;32(19):2150-9.

59. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015–2017. *Vaccine*. 2018;36(26):3861-7.

60. Centre d'Étude et Recherche Travail Organisation Pouvoir. « Pourquoi avons-nous peine à intégrer le risque lié au coronavirus ? » de Stéphanie Mulot [Internet]. Centre d'Étude et Recherche Travail Organisation Pouvoir; 2020 [cité 10 mai 2023]. Disponible sur: <https://certop.cnrs.fr/tribune-pourquoi-avons-nous-peine-a-integrer-le-risque-lie-au-coronavirus-de-stephanie-mulot/>

61. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychol Sci Public Interest J Am Psychol Soc*. 2017;18(3):149-207.

62. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3.

63. Barbaro M, Krupke E, Quester R, Shaw D, Chow L, Fisher B, et al. Biden's Bet on

Vaccine Mandates. The New York Times [Internet]. 2021 [cité le 7 mai 2023]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>

64. Acast. Getting their vax up: America's vaccine mandates [Internet]. [cité le 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>

65. Krystal JH. Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress. *Nat Med*. 2020;26(5):639.

66. Organisation Mondiale de la santé. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations [Internet]. [cité le 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2022.1>

67. Forman R, Mossialos E. The EU Response to COVID-19: From Reactive Policies to Strategic Decision-Making. *J Common Mark Stud*. 2021;59(Suppl 1):56-68

68. European Center for Disease Prevention. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA [Internet]. 2021 [cité le 5 avril 2023]. Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>

69. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PloS One*. 2018;13(12):e0208601.

70. Centre Régional de Pharmacovigilance de Marseille et Bordeaux. Rapport de Suivi de pharmacovigilance du vaccin Pfizer – BioNTech Comirnaty [Internet]. France; Centre Régional de Pharmacovigilance Rapport No.: 4. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/02/15/20210212-covid-19-vaccins-rapport-hebdomadaire-4.pdf>

71. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *J Med Ethics*. 2021;47(8):547-8.

72. Nehal KR, Steendam LM, Campos Ponce M, van der Hoeven M, Smit GSA. Worldwide Vaccination Willingness for COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vaccines*. 2021;9(10):1071.

73. Siegler AJ, Luisi N, Hall EW, Bradley H, Sanchez T, Lopman BA, et al. Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2126882.

74. Dubé E, Gagnon D, MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies intended to address vaccine hesitancy: Review of published reviews. *Vaccine*. 2015;33(34):4191-203.

75. Fokoun C. Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article. *Hum Vaccines Immunother.* 3 juill 2018;14(7):1580-90.
76. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics.* 2014;133(4):e835-842.
77. Giese H, Neth H, Moussaïd M, Betsch C, Gaissmaier W. The echo in flu-vaccination echo chambers: Selective attention trumps social influence. *Vaccine.* 2020;38(8):2070-6..
78. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 Recommandations intermédiaires sur les modalités de mise en œuvre de la vaccination [Internet]. HAS; 2020 [Cité le 5 avril 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/strategie_de_vaccination_contre_le_sars-cov-2_-_recommandations_intermediaires_sur_les_modalites_de_mise_en_oeuvre_de_la_vac.pdf
79. Santé Publique France. Information de presse Santé Publique France: Vaccination contre la grippe 2022-2023 Un réflexe à renforcer auprès des personnes les plus fragiles [Internet]. Santé publique France; 2022. Disponible sur: [https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/vaccination-contre-la-grippe-2022-2023-un-reflexe-a-renforcer-aupres-des-personnes-les-plus-fragiles#:~:text=Ce%2018%20octobre%202022%20marque,HAS\)%%20du%2020%20septembre%202022.](https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/vaccination-contre-la-grippe-2022-2023-un-reflexe-a-renforcer-aupres-des-personnes-les-plus-fragiles#:~:text=Ce%2018%20octobre%202022%20marque,HAS)%%20du%2020%20septembre%202022.)
80. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccines Immunother.* 2013;9(8):1763-73.
81. Joly P, Taïeb O, Abbal T, Baubet T, Moro MR. Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale infantile en Guadeloupe. *Psychiatr Enfant.* 2005;48(2):537-75.
82. Assemblée Nationale. Rapport de M. Victorin Lurel sur la proposition de loi de M. Victorin Lurel et plusieurs de ses collègues tendant à prohiber la différence de taux de sucre entre la composition des produits manufacturés et vendus dans les régions d’outre mer et celle des mêmes produits vendus dans l’hexagone. Paris : Assemblée nationale ; 28 septembre 2011. Rapport No.: 3767
83. Daigre JL, Atallah A, Balkau B, Boissin JL, Chevalier H, Inamo J, et al. P245 - Prévalence de l’adiposité chez les adultes et les enfants dans quatre territoires français d’outre mer L’enquête PODIUM. *Diabetes Metab.* 2011;37(1, Supplement 1):A91.
84. Agence Régionale de Santé Martinique. Surcharge pondérale et obésité abdominale Résultats de l’enquête KANNARI, Martinique [Internet]. Agence Régionale de Santé Martinique 2015 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/24188/download?inline>
85. Santé Publique France. Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique (Escal 2003-2004). Résultats du volet « consommations alimentaires et apports nutritionnels » [Internet]. 2004 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/antilles/enquete-sur-la-sante-et-les-comportements-alimentaires-en-martinique-escal-2003-2004-.resultats-du-volet-consommations-alimentaires-et-apports-n>

86. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Un tiers des Martiniquais sont limités dans leurs activités pour raison de santé en 2019 [Internet]. Insee Analyses Martinique; 2019 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5390896#encadre3>
87. Confinement en Martinique : les commerçants se réinventent pour maintenir une activité [Internet]. Martinique la 1^{ère}; 2020 [cité 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/martinique/confinement-en-martinique-les-commerçants-se-reinventent-pour-maintenir-une-activite-892484.html>
88. Confinement : le Vieux Foyal fait de la résistance [Internet]. martinique.franceantilles.fr; 2020 [cité le 7 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.martinique.franceantilles.fr/actualite/economie/confinement-le-vieux-foyal-fait-de-la-resistance-199662.php>
89. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. Euro Surveill Bull Eur Sur Mal Transm Eur Commun Dis Bull. 2020;25(13):2000317.
90. Santé Publique France. Vaccination : baisse de l'adhésion de la population et rôle clé des professionnels de santé. [Internet]. [cité le 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/vaccination-baisse-de-l-adhesion-de-la-population-et-role-cle-des-professionnels-de-sante>
91. Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. EBioMedicine. 2015;2(8):891-7.
92. 6.3 % d'Augmentation de la Délinquance en Martinique [Internet]. ville-data.com; 2023 [cité le 13 mai 2023]. Disponible sur: <https://ville-data.com/delinquance/martinique-972-972D>
93. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire Alimentation Environnement Travail. Actualité - Point de situation sur la surveillance des vaccins contre le Covid-19 – Période du 22/12/2022 au 19/01/2023 [Internet]. ANSM; [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/actualites/point-de-situation-sur-la-surveillance-des-vaccins-contre-la-covid-19-periode-du-22-12-2022-au-19-01-2023>
94. European Medicines Agency. Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC) 24 - 27 October 2022 [Internet]. EMA; 2022 [cité le 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ema.europa.eu/en/news/meeting-highlights-pharmacovigilance-risk-assessment-committee-prac-24-27-october-2022>
95. Agence Régionale Santé Martinique. Comment réagir face à un accident vasculaire cérébral (AVC)? [Internet]. ARS Martinique; 2022 [cité 9 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/comment-reagir-face-un-accident-vasculaire-cerebral-avc>
96. Centre Régional de Pharmacovigilance Marseille et Bordeaux. Rapport d'enquête de pharmacovigilance du vaccin Pfizer – BioNTech Comirnaty. France : CRPV 11 Mars 2021. Rapport No.: 9.

97. Chausson N, Olindo S, Cabre P, Saint-Vil M, Smadja D. Five-year outcome of a stroke cohort in Martinique, French West Indies: Etude Réalisée en Martinique et Centrée sur l'Incidence des Accidents vasculaires cérébraux, Part 2. *Stroke*. 2010;41(4):594-9.
98. Smadja D, Cabre P, May F, Fanon JL, René-Corail P, Riocreux C, et al. ERMANCIA: Epidemiology of Stroke in Martinique, French West Indies: Part I: methodology, incidence, and 30-day case fatality rate. *Stroke*. 2001;32(12):2741-7.
99. Agence Régionale Santé Martinique. Programme du plan régional de santé Martinique ARS [Internet]. ARS Martinique; 2017 [cité 9 Mars 2023]. Disponible sur: <https://www.martinique.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-de-martinique-une-ambition-collective>

PERCEPTION DE LA VACCINATION COVID-19 PAR LA POPULATION GENERALE EN MARTINIQUE

FORMULAIRE D'INFORMATION

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche.
Ce document vous explique le déroulement de cette étude. Ce
dernier vous sera transmis en format PDF.
S'il vous reste des questions à l'issue de la lecture de ce
document, n'hésitez pas à les poser à l'enquêteur qui vous l'a présenté.



Projet de recherche

Ce projet est mené par le médecin-chercheur, DOBAT Jwanakan encadré par
Dr METRAL.C, en lien avec l'Université de Bordeaux. Il concerne la perception de la
Vaccination COVID 19 dans la population générale en Martinique.

Comment s'organise le travail de recherche ?

Le chercheur s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et
pertinentes au regard des objectifs de recherche. Elle se base sur le recueil de
témoignages individuels, réalisé par le médecin chercheur avec un enregistrement
sonore par dictaphone. L'enregistrement audio sera détruit après la retranscription à
l'écrit.

Les destinataires des données de l'étude sont le médecin instigateur, ainsi que deux
médecins Dr METRAL.C et Dr BOISGONTIER.V soumis tous les trois au secret
professionnel.

Le médecin chercheur met en œuvre et contrôle l'application de la politique de sécurité
et de confidentialité en appliquant la méthodologie de référence, à savoir :
l'anonymisation, la pseudonymisation, le cryptage des données recueillies aussi bien lors
de l'interview que lors du stockage.

Ces résultats après avoir été anonymisés sont susceptibles d'être publiés dans une thèse
et une ou plusieurs revues de littérature scientifique nationales ou internationales.
La durée de conservation des données à caractère personnel sera de 12 mois.
Vous pouvez envoyer votre demande à « etudeperception@tutanota.com » pour obtenir
une copie de ces données.

Déroulement de l'entretien

L'entretien sera réalisé avec le chercheur selon vos disponibilités et après recueil de votre consentement sur le traitement et l'exploitation des données recueillies. Ce conformément au règlement de la protection des données. Il aura la durée de votre choix et sera mené en vidéoconférence via PRIVATE-DISCUSS, logiciel de communication recommandé par la CNIL et le DINUM, répondant aux objectifs nationaux élevés en matière de cyber sécurité, avec chiffrement des données de bout en bout lors du recueil et du stockage des données.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ni de réponses idéales. Seul votre ressenti nous intéresse. Sentez-vous libres de ne pas répondre à une question si vous le souhaitez.

L'enregistrement audio sera détruit après la retranscription à l'écrit. Seuls des petits extraits, anonymes, pourront être amenés à être publiés.



Recueil de non-opposition à la participation et liberté du patient.

Même après recueil de votre consentement, Vous êtes libre de refuser que vos données, quelles qu'elles soient, soient utilisées à ces fins. Vous serez également libre de changer d'avis et de mettre fin à tout moment à leur utilisation dans ce cadre, sans avoir de justification à fournir. Vous bénéficiez à tout moment de l'ensemble des données du droit d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation du traitement et de portabilité de vos données personnelles.

Si vous veniez à vous retirer de l'étude, vous pouvez demander que tous les documents vous concernant soient détruits.

Si vous avez des questions au sujet de l'utilisation de vos données, le responsable de votre service de soin est votre interlocuteur privilégié.

(Art. 15 et 16 du Règlement sur la protection des données – CNIL)

N'hésitez pas à nous poser toutes les questions que vous souhaitez.

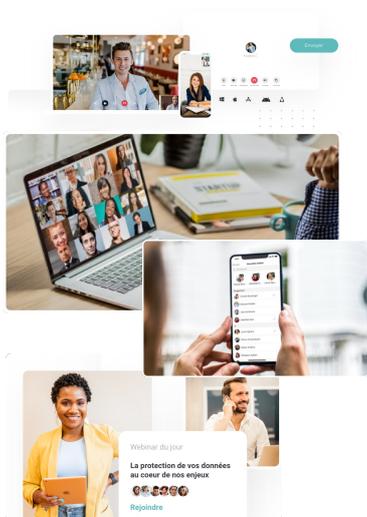
Vous pouvez obtenir une copie de ces données en envoyant votre demande à « etudeperception@tutanota.com »

Tutanota garantit un anonymat en respectant le RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Pour contacter DOBAT Jwanakan,

Médecin-chercheur, enquêteur et délégué de la protection des données :

etudeperception@tutanota.com



**PLATEFORME UNIFIÉE DE
COMMUNICATION COLLABORATIVE & VISIOCONFÉRENCE
AU SERVICE DE VOTRE PRIVACY**

Présentation

contact@private-discuss.com

Private Discuss
SAS au capital de 75 000€
RCS : 828 242 545
TVA : FR91 828242545
Tél. : +33 (0)4 82 62 62 10



**Tutoriel de connexion à une visioconférence
sur Private Discuss depuis une invitation**

**PERCEPTION DE LA VACCINATION COVID-19 EN POPULATION
GÉNÉRALE EN MARTINIQUE**

TRAME D'ENTRETIEN initiale

Question principale :

- Que ressentez ou qu'avez-vous ressenti à l'idée de vous faire vacciner par le vaccin anti-COVID 19 ?
- Que pensez-vous ou qu'avez-vous pensé du vaccin anti-COVID 19 ?

Questions de relance :

- 1) En quoi votre perception de la vaccination en général a-t-elle évolué pendant la pandémie ?
- 2) En quoi votre perception de la vaccination anti-COVID 19 a-t-elle évolué pendant la pandémie ?
- 3) Quelles informations ont, selon vous, le plus influencé votre avis sur le vaccin anti-COVID 19 ?

PERCEPTION DE LA VACCINATION COVID-19 EN POPULATION GÉNÉRALE EN MARTINIQUE

TRAME D'ENTRETIEN n°2

Question principale :

- - Que ressentez ou qu'avez-vous ressenti à l'idée de vous faire vacciner par le vaccin anti- COVID 19 ?
- - Que pensez-vous ou qu'avez-vous pensé du vaccin anti-COVID 19 ?

Questions de relance :

- 1) En quoi votre perception de la vaccination en général a-t-elle évolué pendant la pandémie ?
- 2) En quoi votre perception de la vaccination anti-COVID 19 a-t-elle évolué pendant la pandémie ?
- 3) Quelles informations ont, selon vous, le plus influencé votre avis sur le vaccin anti-COVID 19 ?
- 4) Pouvez-vous me parler des liens que vous percevez entre le scandale du chlordécone et la vaccination anti-COVID-19



Référence CNIL :

2230131 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 23 mai 2023

Monsieur Jwanakan DOBAT

316 ROUTE DE REDOUTE
87200 FORT-DE-FRANCE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur DOBAT Jwanakan

Service :

Adresse : 316 ROUTE DE REDOUTE

CP : 87200

Ville : FORT-DE-FRANCE

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : +33750211242

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 23 mai 2023

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Comité d'Éthique de la Recherche

Pr Marie - Claude Saux - *Coordinatrice*
Dr Thibaud Haaser - *Coordinateur Adjoint*
Courriel : thibaud.haaser@chu-bordeaux.fr

Bordeaux, le 02/11/2022,

Madame, Monsieur,

Le Comité d'Éthique de la Recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux a procédé à l'analyse du projet de recherche « **Vaccination anti-COVID 19 en Martinique : Étude qualitative de la perception en population générale** », sur la base des pièces suivantes :

- Synopsis de l'étude ;
- Note d'Information;
- Trame des entretiens semi directifs ;
- Flyer ;
- Fiche de recueil des données personnelles.

Il s'agit d'une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs visant à évaluer les leviers de l'hésitation vaccinale en Martinique. Les entretiens seront enregistrés puis retranscrits avec conservation des entretiens (en version écrite) jusqu'à 12 mois après dernière utilisation. Le recrutement des patients se fait par le biais d'un compte sur réseau social, une note d'information a été rédigée. Cette étude n'appartient pas au champ des Recherches Impliquant la Personne Humaine défini aux articles L. 1121-1 et R. 1121-1 du Code de la Santé Publique. Il n'y a donc pas d'impératif de soumission préalable à un Comité de Protection des Personnes (Avis de catégorisation CE-BDX-2022-46).

Pour autant, le Comité d'Éthique de la Recherche recommande aux chercheurs :

- De compléter la Note d'Informations en y ajoutant notamment : les bénéfices attendus –et notamment l'absence de bénéfice direct-, les risques et contraintes absentes, l'absence de rémunération, l'intégralité des droits liés au respect du RGPD (en exemple : Vous êtes libre de refuser que vos données, quelles qu'elles soient, soient utilisées à ces fins. Vous serez également libre de changer d'avis et de mettre fin à tout moment à leur utilisation dans ce cadre, sans avoir de justification à fournir. Si vous avez des questions au sujet de l'utilisation de vos données, le responsable de votre service de soin est votre interlocuteur privilégié. Pour mémoire, et quelle que soit votre décision, vous disposez à tout moment de la possibilité d'exercer des droits sur l'ensemble des données vous concernant, notamment droit d'accès, d'opposition, de retrait, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité (référence RGPD))
- de se rapprocher de se rapprocher du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Bordeaux : Pr Xavier Daverat ou M Edouard Benard, tous deux à l'Université de Bordeaux pour

Comité d'Éthique de la Recherche

Pr Marie - Claude Saux - *Coordinatrice*
Dr Thibaud Haaser - *Coordinateur Adjoint*
Courriel : thibaud.haaser@chu-bordeaux.fr

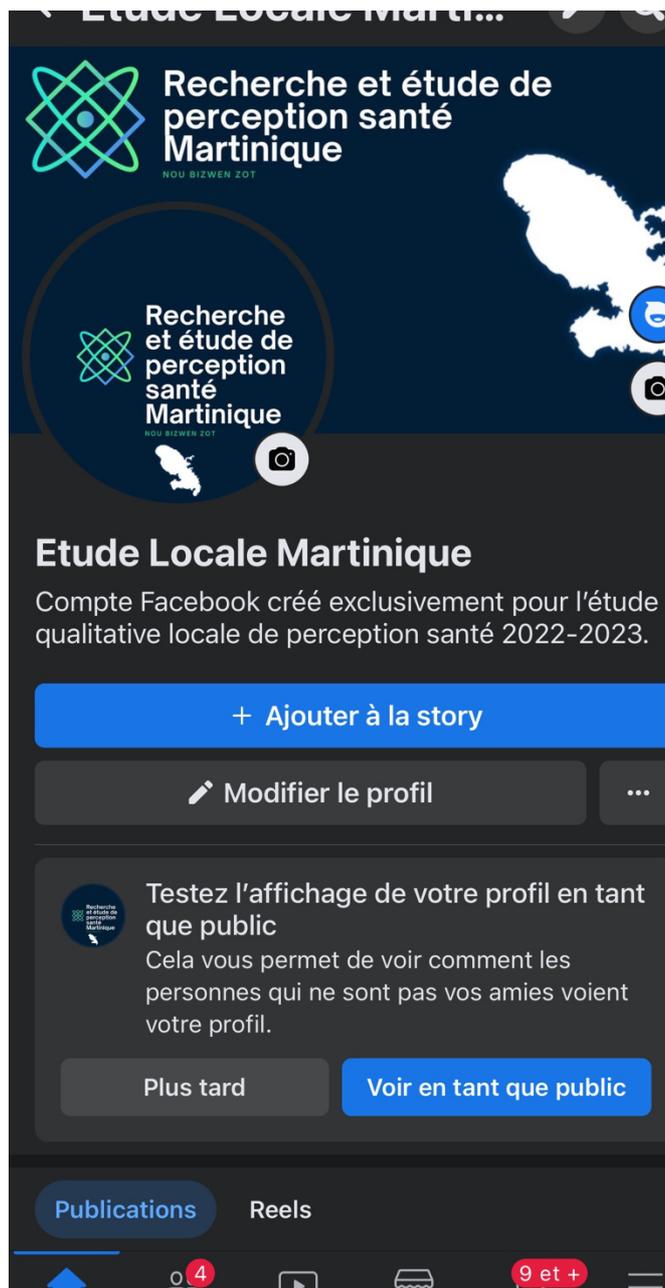
déclaration de votre étude et mise en conformité avec la Méthodologie MR 004 de gestion des données

Sur le plan méthodologique, l'Unité de Recherches Infirmières et en Sciences Humaines du CHU de Bordeaux se tient à votre disposition pour relire et travailler votre recueil de données et votre trame d'entretien (Mme Hélène Hoarau, anthropologue – helene.hoarau@chu-bordeaux.fr).

Lors du processus de soumission de ce travail de recherche à une revue scientifique, le Comité d'Éthique de la Recherche se tient à votre disposition pour l'obtention d'un avis éthique référencé délivré sur analyse de l'article scientifique en version finale.

Nous nous tenons à votre disposition pour de plus amples informations, et vous prions de croire, Madame, Monsieur, en nos sincères salutations.

HAASER (PH)

PARTICIPEZ À LA RECHERCHE LOCALE MARTINICAISE

Nous recherchons des volontaires à INTERVIEWER sur la perception vaccinale en Martinique.



POUR TOUTE DEMANDE, ENVOYEZ-NOUS UN EMAIL À ETUDEPERCEPTION@TUTANOTA.COM



1

Confirmez votre éligibilité : Vous êtes martiniquais.e, majeur.e, ET résidant.e en Martinique de 2019 à 2022.

2

Déterminez un créneau de disponibilité d'environ 60 min.

3

Envoyez-nous un email avec vos coordonnées et vos disponibilités à etudeperception@tutanota.com

4

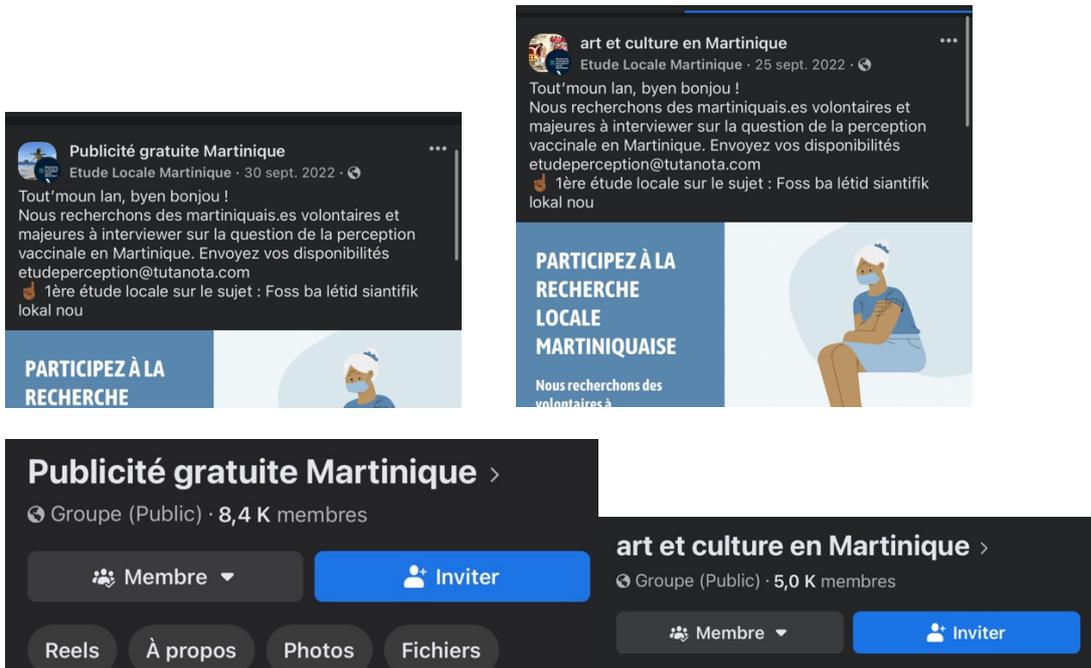
Recevez le formulaire d'information, une date et un lien de connexion sécurisé.

5

Munissez-vous d'un ordinateur avec caméra et connexion internet pour l'interview en visioconférence.

PARTICIPEZ À LA RECHERCHE LOCALE





La spécificité martiniquaise

Certains de nos résultats peuvent s'expliquer par l'histoire douloureuse du corps antillais qui l'a conduit à une spécificité dans sa conception. Cela peut expliquer en partie la défiance de certains pays de la Caraïbe dont la Martinique (39)(41)(42).

Nous notons également qu'en France, le taux de couverture vaccinale est particulièrement bas chez les professionnels de santé en établissement pour le vaccin antigrippal, ce qui souligne l'importance de la communication et des perceptions des priorités de santé publique de la part de la population (79).

La maladie est pensée en Martinique comme le résultat d'une effraction par un élément exogène. La double exogénéité du vaccin peut expliquer la résistance à livrer le corps à un vaccin construit à partir d'un protocole inédit (39). Les résultats confirment donc bien l'incertitude liée au manque de recul vis-à-vis du vaccin et du caractère inédit de la vaccination chez l'ensemble des participants (80)(39)(81).

Nos travaux suggèrent que la crise sanitaire aiguë liée au COVID-19 a exacerbé une crise sanitaire chronique préexistante, caractérisée par une inquiétude quant à la qualité des prestations de santé publique et un sentiment d'abandon (40). De plus, l'alimentation industrielle standardisée en Martinique est un facteur important de l'obésité et des maladies qui y sont associées, contribuant également à la méfiance envers les autorités sanitaires (82)(83)(84)(85)(86). L'exposition au chlordécone et la violence sont d'autres aspects alarmants de la situation sanitaire globale en Martinique (33)(34)(35)(36)(37).

La thématique de guerre et de résistance est largement répandue (15)(87)(88)(89). Plusieurs mouvements de protestation nationaux et une forte défiance des populations ont fait suite à des erreurs de communication et des négligences (15). Les résistances vaccinales des professionnels de santé en Martinique sont similaires à celles du Sud de la France (90)(91). La distance physique avec le pouvoir central joue un rôle dans la méfiance envers les institutions (15).

Deux groupes de perceptions s'opposent, l'un reposant sur la rationalité médicale protectrice et l'autre prônant la liberté de protocole (39). Cette situation a créé une fracture sociale brutale, où des personnes ont été exclues de leur cercle social pour leur choix de se faire vacciner ou non. L'hésitation vaccinale est également un problème important, et il est nécessaire de prendre en compte les personnes indécises dans les stratégies vaccinales nationales ou internationales. (15).

Nos travaux appuient donc l'importance de programmes de vaccination adaptés aux spécificités culturelles et socio-économiques de la Martinique, ainsi qu'une prise en compte accrue de l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la santé de la population(92).

Hétérogénéité de l'impact de l'exposition au chlordécone

Dans notre étude nous avons obtenu des résultats inattendus concernant l'impact de l'exposition au chlordécone sur la perception de la vaccination. En effet, si l'effet du scandale de l'exposition était attendu (33)(34)(35)(36)(37), nous avons constaté une hétérogénéité de l'impact chez les participants. De plus, la dissociation des deux événements chez les participants était également inattendue. Nos résultats indiquent donc que l'impact de l'exposition au chlordécone sur la perception de la vaccination anti-COVID-19 ne fait pas l'unanimité en Martinique (38)(39).

Différentes approches sont nécessaires pour répondre efficacement aux préoccupations des personnes hésitantes (49).

Polémique des effets indésirables en Martinique

L'imputabilité d'effets indésirables au vaccin anti-COVID-19 parmi les confirmés et les non confirmés (70)(93)(94), ne devraient pas occulter les données de santé publique sur les AVC ischémiques bien trop fréquents en Martinique avec et sans pandémie à COVID-19 (95). Ces derniers ne semblent pas montrer de lien clair avec le vaccin (52)(96). La prévalence de l'hypertension artérielle et du diabète en sont en revanche, des facteurs de risque associés au risque d'AVC bien identifié par des études locales (97)(98)(99).

**Questionnaire de caractérisation de la population
« Perception de la vaccination anti-COVID-19
en Martinique »
Recueil de données personnelles**

- Vous définissez vous comme martiniquais(e) :
- Age :
- Sexe :
- Nombre d'enfants :
- Avis sur la vaccination en général (hors COVID-19) :
 - Favorable, non favorable, ne se prononce pas.
- Avis du Médecin traitant sur la vaccination :
 - Favorable, non favorable, ne se prononce pas
- Géolocalisation principale :
 - Rurale, semi rurale, urbaine :
 - France / Martinique :
- Décès d'un proche durant covid à cause du COVID-19 ou proximité avec une personne fragile dans l'entourage : oui/ non
- Profession/niveau d'étude :
- Position de l'entourage familial sur la vaccination :
 - Identique à la vôtre / opposée à la vôtre :
- Position de l'entourage professionnel sur la vaccination :
 - Identique à la vôtre / opposée à la vôtre :

Tableau 3. Analyse comparative des critères de succès de campagne vaccinale OMS et étude perception 2023

Critères OMS campagne vaccinale (51)(69)	Campagne parfaite selon OMS (51)(69)	Étude perception 2023
Confiance institutionnelle	Forte	Faible
Perception du risque	Forte	Faible
Recherche personnelle d'information sur internet	Faible	38% (47)
Perception d'un bénéfice collectif	Fort	Oui et non

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.