

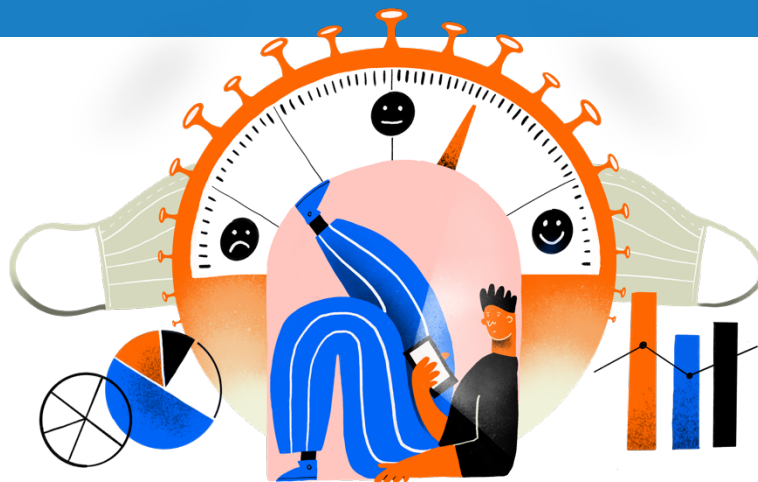
RAPPORT 40:

CST, vaccination obligatoire, politique 1G ou tout écarter ?

Le Baromètre de la motivation

Auteurs (par ordre alphabétique) : Marie Brisbois, Olivier Klein, Olivier Luminet, Sofie Morbée, Mathias Schmitz, Bart Soenens, Omer Van den Bergh, Maarten Vansteenkiste, Joachim Waterschoot, Vincent Yzerbyt

Référence : Baromètre de la motivation (01 février 2022). CST, vaccination obligatoire, politique 1G ou tout écarter ? Gand, Louvain, Louvain, Bruxelles, Belgique.



Après pratiquement 2 ans de crise sanitaire, le gouvernement est confronté à une décision cruciale. Va-t-il introduire un relâchement des mesures en supprimant le Covid Safe Ticket (CST), maintiendra-t-il la politique actuelle du CST ou augmentera-t-il la pression pour faire vacciner le plus de personnes possible ? Quelles sont les conséquences psychologiques attendues dans le cas où un pass vaccinal ou une obligation vaccinale sont introduits ? Divers experts de différentes disciplines (médicales, économiques, pédagogiques, psychologiques) ont été invités à un débat parlementaire sur cette question fascinante, mais délicate. Dans ce rapport, nous évaluons le soutien à quatre options politiques (à savoir l'abolition du CST, le maintien de la politique du CST, l'introduction d'un pass vaccinal et la vaccination obligatoire) et nous approfondissons les mécanismes psychologiques qui expliquent le (manque de) soutien à l'un ou l'autre choix politique. Dans ce présent rapport, nous nous penchons donc sur les quatre questions suivantes :

1. Le soutien aux différentes options politiques dépend-il du nombre de doses vaccinales et quel rôle joue la perception des risques dans ce domaine ?
2. Quels sont les avantages et les inconvénients psychologiques associés aux différentes options politiques et quelle est celle qui encourage à la vaccination ?
3. Quelles sont les différences entre une politique 1G et la vaccination obligatoire et certaines différences encouragent-elles à la vaccination ?
4. Quels facteurs empêchent les personnes non vaccinées de se faire vacciner ? Sont-ils liés à l'attitude des gens à l'égard d'une vaccination obligatoire ?
5. Quelle autre alternative motivante et unifiante ?

Messages importants :

- Soutien à la politique : Le soutien à une politique plus stricte (1G ou obligation vaccinale) est faible chez les personnes vaccinées, non vaccinées et partiellement (1 ou 2 doses) vaccinées, même dans le cas où ces groupes estiment que les risques de contracter une forme grave de la maladie sont élevés. Leur préférence est portée sur une révision du CST car ils considèrent cette option comme le moyen le plus direct d'améliorer leur bien-être. Les personnes complètement vaccinées (3 doses) avec une haute perception du risque sont favorables à une politique plus stricte.
 - Le soutien à une politique plus stricte a globalement diminué parce que le variant omicron est perçu comme moins virulent.
 - Si les risques perçus augmentent à nouveau avec l'émergence d'un variant plus pathogène, il faut s'attendre à ce que le soutien à une politique plus stricte augmente, en particulier chez les personnes totalement vaccinées.
 - La baisse de perception du risque et la moindre propension à tenir compte de ce risque chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées suggèrent que la menace d'un nouveau variant doit être très élevée pour susciter le soutien de ces groupes également.
- Polarisation : Les avantages et les inconvénients des diverses options politiques sont évalués très différemment et reflètent la polarisation de notre société. Les personnes vaccinées percevant un risque élevé estiment qu'une politique plus stricte favorisera leur autonomie, leurs relations et réduira leurs soucis de santé. Les autres groupes pensent que leur autonomie et leurs relations augmenteront le plus si le CST est aboli. Quelle que soit la décision du gouvernement, la confiance en la politique diminuera dans certains groupes.
- Vaccination obligatoire ou politique 1G : La vaccination obligatoire semble être plus acceptable que le pass vaccinal auprès des personnes vaccinées avec une haute perception du risque.
 - Les différences en faveur de la vaccination obligatoire chez les personnes vaccinées percevant des risques plus élevés sont faibles et subtiles mais psychologiquement significatives, les avantages à long-terme étant estimés plus élevés (plus de bien-être, de cohésion sociale et de clarté; moins d'inquiétudes et de limitations). Les personnes partiellement et non vaccinées pensent également que la vaccination obligatoire est un choix politique plus clair qu'une politique 1G.
 - Alors que les personnes vaccinées conscientes des risques voient les avantages d'une politique plus stricte pour obtenir une meilleure couverture vaccinale, les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées estiment que seule la suppression du CST les motiverait à se faire vacciner. L'abolition du CST offrirait vraisemblablement l'espace physique et psychologique nécessaire pour prendre la décision de se faire vacciner.

Messages importants

- Obstacles à la vaccination : Les personnes non vaccinées en 2022 rapportent moins de motivation volontaire et des obstacles plus divers que les personnes non vaccinées en 2020, avant le début de la campagne de vaccination. Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène sous-tendu par un ensemble de motifs différents empêchant la vaccination. Par conséquent, une approche au cas par cas est nécessaire s'il faut motiver ces personnes à se faire vacciner.
- Une alternative motivante et unifiante : Dans notre société polarisée d'aujourd'hui, un signal puissant de rapprochement et de liens entre tout un chacun est plus que jamais nécessaire. Il est donc utile d'investir dans des conversations en tête-à-tête entre les personnes non vaccinées et un professionnel de la santé de confiance (par exemple, les médecins généralistes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux). Ces conversations ne doivent pas être instrumentalisées pour augmenter subtilement la couverture vaccinale, mais servir une fin en soi : engager le dialogue avec les personnes non vaccinées sur leurs obstacles à la vaccination et les informer correctement sur leurs risques et les effets de la vaccination. L'objectif final est de permettre aux personnes non vaccinées de prendre elles-mêmes leur décision en connaissance de cause, à l'aide d'un professionnel de la santé bienveillant les soutenant dans leur autonomie.

Informations générales

Lors de la dernière vague de mesures, entre le 21 et le 26 janvier 2022, 17702 participants (11044 néerlandophones, 62% et 6678 francophones, 38%) ont rempli le questionnaire. L'âge moyen est de 46 ans avec 46% de femmes participantes.

Vacciné trois fois

- N = 7465
- Âge moyen = 49 ans (40 % de femmes, 69 % de néerlandophones, 44 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 57 % à temps plein, 11 % à temps partiel, 3 % sans emploi, 4 % étudiants et 24 % retraités.
- 25 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Vacciné deux fois

- N = 3586
- Âge moyen = 44 ans (45 % de femmes, 69 % de néerlandophones, 38 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 69 % à temps plein, 13 % à temps partiel, 3 % sans emploi, 8 % étudiants et 6 % retraités.
- 50 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Non vacciné ou vacciné une seule fois

- N = 6056
- Âge moyen = 46 ans (53 % de femmes, 52 % de néerlandophones, 32 % titulaires d'un niveau master)
- Situation professionnelle : 64 % à temps plein, 15 % à temps partiel, 5 % sans emploi, 3 % étudiants et 9 % retraités.
- 51 % ont déjà été infectés au COVID-19.

Contexte de l'étude

Pour répondre aux trois premières questions, quatre options politiques différentes ont été présentées aux participants. Pour chacune de ces options, il a été indiqué que les mesures de base (par exemple, aération et ventilation, quarantaine et l'isolement, port du masque obligatoire, ...) devaient encore être suivies.

- Dans le cas du **Covid-Safe-Ticket**, toute personne disposant d'un CST (preuve de trois doses ou d'un test négatif) peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements).
- En cas d'**abolition du CST**, n'importe qui peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements) sans avoir besoin d'une preuve (vaccination, test négatif ou certificat de guérison).
- Dans le cas de l'**obligation vaccinale**, une obligation générale de vaccination (trois doses) est introduite pour les adultes (à l'exclusion des personnes ayant des raisons médicales). Les citoyens n'ont pas à présenter de CST ni de pass vaccinal pour participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements). Le gouvernement surveille si un citoyen respecte cette vaccination obligatoire.
- Dans le cas d'un **pass vaccinal (politique 1G)**, toute personne disposant d'un certificat de vaccination valide (trois doses) peut participer à la vie publique (par exemple, horeca, événements). Un test négatif ou un certificat de guérison n'est plus suffisant.

Pour chacune de ces quatre options politiques, les participants ont indiqué dans quelle mesure ils y étaient favorables (soutien), pensaient que leur bien-être s'améliorerait (santé mentale) et si l'option politique encouragerait les gens à se faire vacciner (effet comportemental). En outre, plusieurs avantages et inconvénients psychologiques cruciaux ont été questionnés. Ils sont liés à quatre thèmes:

- Autonomie : Dans quelle mesure s'attendent-ils à faire l'expérience de plus de liberté et de choix ? Dans quelle mesure pensent-ils que l'option politique est un premier pas vers une vie sans limites ?
- Relations sociales : Dans quelle mesure s'attendent-ils à ce que cette politique stimule la cohésion sociale à long-terme et/ou crée des conflits ?
- Préoccupations : Dans quelle mesure s'attendent-ils à ce qu'une option politique augmente les préoccupations pour leur santé ?
- Confiance en la politique : Dans quelle mesure trouvent-ils le choix politique clair, juste et ouvert, et/ou dans quelle mesure ce choix politique entraînera-t-il une diminution de la confiance en la politique et encouragera-t-il les théories du complot ?

Question 1 : Le soutien aux différentes options politiques dépend-il du nombre de doses vaccinales et quel rôle joue la perception des risques dans ce domaine ?

Les résultats indiquent une interaction complexe mais intrigante entre le type d'option politique, le statut vaccinal des participants et la gravité estimée de l'infection (perception du risque). En regardant les résultats, les personnes entièrement vaccinées (N = 7465) se distinguent des personnes qui ont reçu deux doses (N = 3586; vaccination partielle) et de celles qui n'ont accepté aucune ou une seule dose (N = 6056).¹ Les résultats semblent être très cohérents par rapport aux différentes variables de sortie.

- Modèle global : Cinq des six groupes présentent un pattern analogue de résultats. Seules les personnes complètement vaccinées (trois doses) qui évaluent un risque modéré à élevé d'infection grave s'en écartent. Au sein de ce groupe, le soutien est davantage marqué pour des scénarios plus stricts (politique 1G, CST ou vaccination obligatoire) que pour l'abolition du CST (figure 1a), car elles estiment que des scénarios plus stricts bénéficieraient à leur bien-être général (figure 1b). Tous les autres groupes sont en faveur de l'abolition du CST et s'attendent à un effet bénéfique sur leur bien-être si la suppression du CST se concrétise. Bien que toutes les options politiques plus strictes soient rejetées par ces derniers groupes et qu'une préférence apparaisse pour l'abolition du CST, des différences peuvent encore s'observer pour des résultats spécifiques (voir les questions 2 et 3).
- Rôle du statut vaccinal : Il est très frappant de constater que le pattern de réponses des personnes qui n'ont pas encore reçu de dose de rappel est globalement similaire à celui des personnes non vaccinées. Pour les deux groupes, l'évaluation des avantages et des inconvénients des options politiques ne dépend pas de leur perception du risque. Indépendamment du fait que les non vaccinés et les partiellement vaccinés évaluent le risque d'infection grave comme faible ou élevé, ils sont favorables à l'abolition du CST et estiment semblablement les avantages et les inconvénients psychologiques. Les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées réagissent également moins fortement au risque perçu : même si elles perçoivent un risque, celui-ci ne constitue pas une raison en soi de préférer des scénarios plus stricts.
- Répartition des participants : Une question importante est de savoir quel pourcentage des personnes non vaccinées, partiellement et complètement vaccinées font partie du groupe avec une perception du risque très faible, faible ou modérée à élevée. Le

¹ En termes de pourcentage, cet échantillon contient plus de personnes non vaccinées que dans la population. Comme le montrent les réflexions méthodologiques en annexe, cet aspect est pris en compte de différentes manières.

tableau 1 montre une répartition en pourcentage de ces groupes. Tel que cela pouvait être attendu, un pourcentage plus élevé de personnes vaccinées appartient au groupe percevant un risque modéré à élevé, tandis que les groupes des non vaccinés et des partiellement vaccinés présentent un pourcentage plus élevé d'individus dont l'estimation du risque est très faible ou plutôt faible. Bien qu'un groupe de personnes vaccinées estime encore aujourd'hui que les risques d'infection grave sont modérés à élevés, cette évaluation des risques a, en moyenne, diminué par rapport à début de janvier. La figure 2a montre l'évolution² de la perception du risque en fonction du nombre de doses vaccinales : celle-ci a diminué chez les personnes ayant reçu deux ou trois doses, bien que cette baisse soit plus prononcée chez ceux qui n'ont pas encore accepté de dose de rappel³. Cette évolution de la perception du risque peut également expliquer le déclin du soutien envers la vaccination obligatoire (figure 2b).

- **Légitimité**: La question d'une place pour la vaccination obligatoire ou la politique 1G dépend de sa *légitimité* perçue. Il est essentiel à cet égard qu'une politique plus stricte soit vécue comme une manière d'accroître la sécurité plutôt que comme une stratégie coercitive. Le fait d'assurer la sécurité est lié aux bénéfices attendus de la vaccination sur la santé. Dans ce sens, la légitimité d'une politique plus stricte est liée à (a) la valeur ajoutée d'augmenter à nouveau la couverture vaccinale, (b) l'efficacité observée des vaccins et (c) le risque perçu d'infection grave, déterminé par le caractère menaçant du variant et (d) le risque observé de mettre le système de soins de santé sous pression.

Conclusion : Le soutien à une politique plus stricte (1G ou obligation vaccinale) est faible chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées, même si elles estiment que les risques d'infection grave sont élevés. Ces groupes préfèrent que le CST soit revu car elles considèrent cette option comme le moyen le plus direct d'améliorer leur bien-être. Les personnes vaccinées qui perçoivent des risques élevés sont en faveur d'une politique plus stricte. Mais globalement, le soutien à une politique plus stricte a diminué car le variant omicron est perçu comme moins virulent. Si les risques observés augmentent à nouveau avec l'émergence d'un variant plus pathogène, il faut alors s'attendre à ce que le soutien à une politique plus stricte augmente, en particulier chez les personnes totalement vaccinées. La baisse de perception du risque et la moindre propension à tenir compte de ce risque chez les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées suggèrent que la menace d'un nouveau variant devra être très élevée pour susciter le soutien de ces groupes également. De manière générale, il est important d'attirer l'attention sur le fait de ne pas considérer les

² Notez qu'il ne s'agit pas du même groupe de personnes suivies au fil du temps. Les différences dans le temps peuvent donc non seulement refléter des différences intra-individuelles, mais aussi des différences dans la composition de l'échantillon (voir également l'annexe pour les considérations méthodologiques).

³ En examinant les différences entre les divers groupes de personnes vaccinées et non vaccinées, le rôle d'autres caractéristiques sociodémographiques pertinentes, telles que l'âge, le sexe et le niveau d'éducation, a été filtré (voir également l'annexe pour les considérations méthodologiques).

personnes vaccinées comme un groupe homogène, car les personnes partiellement vaccinées présentent un profil de réponse différent de celui des personnes entièrement vaccinées.

Figure 1a.

Soutien à diverses options politiques en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal

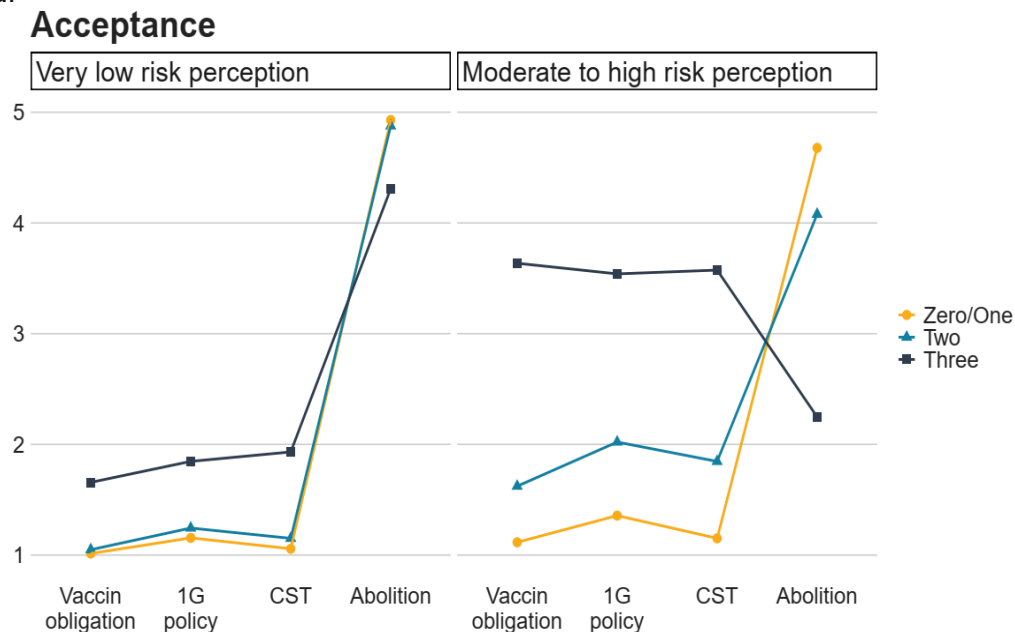


Figure 1b.

Estimation de l'effet de diverses options politiques sur le bien-être en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

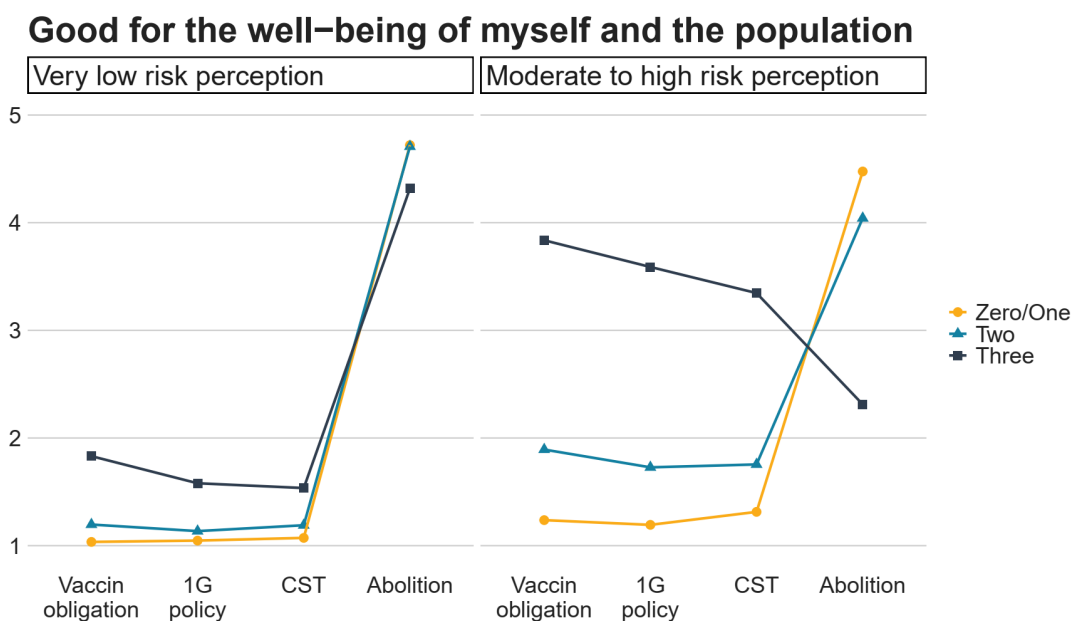
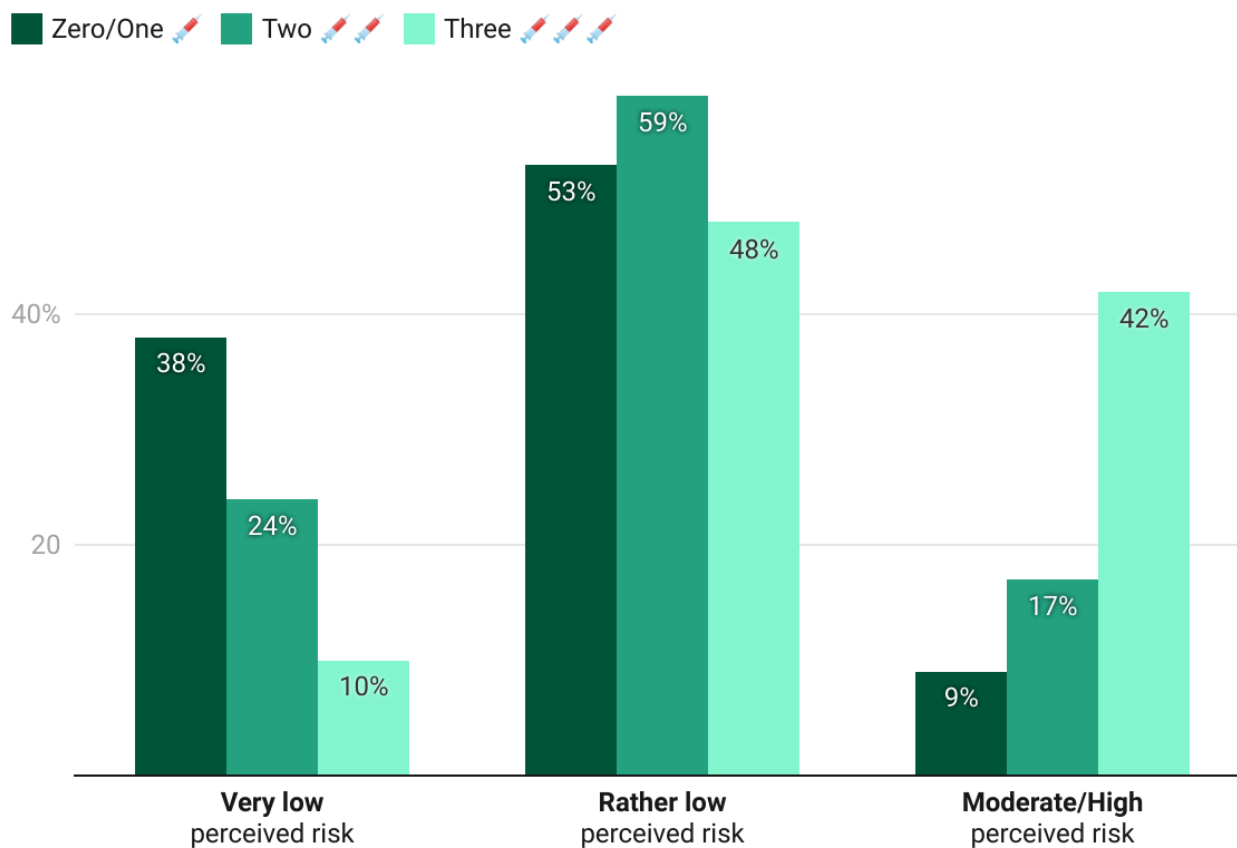


Tableau 1

Perception des risques d'une infection grave en fonction du nombre de doses vaccinales.

Proportion of people in categories of risk perception by number of vaccination doses



Created with Datawrapper

Figure 2.

Évolutions de la perception du risque avec le « risque d'infection » (ci-dessus) et la « gravité estimée de l'infection » (ci-dessous) pour soi-même et la population en fonction du nombre de doses vaccinales.

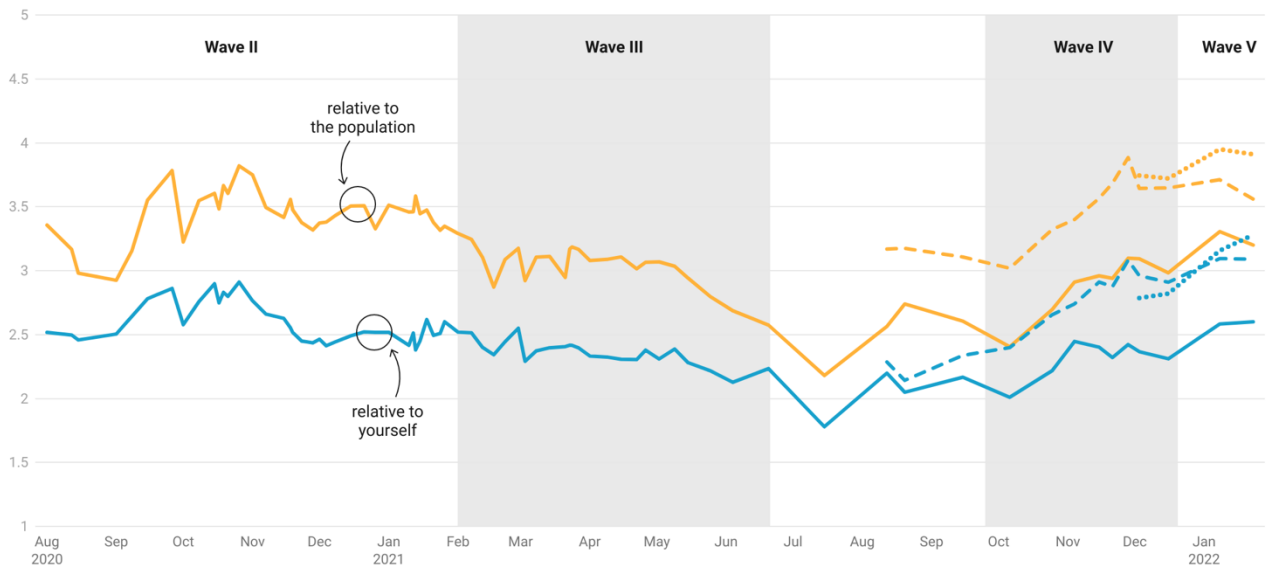
Evolution of risk perception to be infected with COVID-19

Linetypes:

— = zero/one dose

- - - = two doses

..... = three doses



Evolution of risk perception to have severe symptoms of COVID-19

Linetypes:

— = zero/one dose

- - - = two doses

..... = three doses

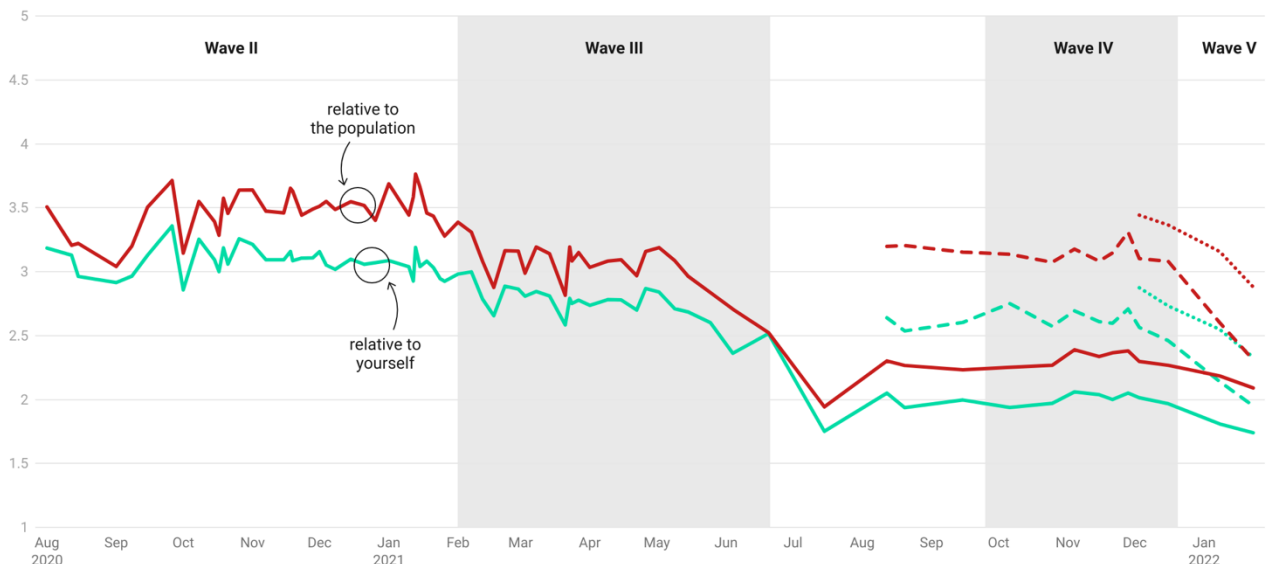


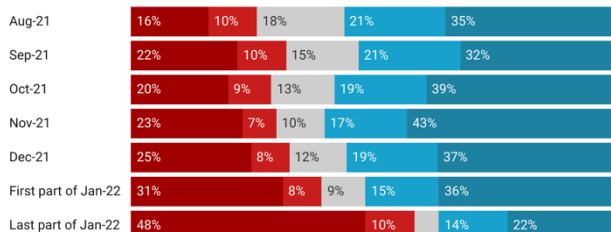
Figure 3.

Évolution du soutien à la vaccination obligatoire et aux politiques 1G en fonction du statut vaccinal

Compulsory vaccination by vaccination status

Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree

VACCINATED



UNVACCINATED



Acceptance of 1G policy by vaccination status

Totally disagree Disagree Neutral Agree Totally agree

VACCINATED



UNVACCINATED



Created with Datawrapper

Question 2 : Quels sont les avantages et les inconvénients psychologiques associés aux différentes options politiques et quelle est celle qui encourage à la vaccination ?

Afin de mieux comprendre pourquoi seules les personnes vaccinées percevant des risques d'infection élevés sont favorables à des options politiques plus strictes et anticipent un meilleur bien-être, alors que les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées préfèrent l'abolition du CST, nous examinons de plus près les effets attendus des différents choix politiques sur plusieurs paramètres psychologiques cruciaux.

- Autonomie, liens relationnels et inquiétudes : Le bien-être dépend de la mesure dans laquelle les citoyens ressentent avoir le choix et de la liberté dans leur vie quotidienne (autonomie), ressentent de bonnes relations avec d'autres personnes et groupes (liens relationnels) et se soucient de leur propre santé et de celle de leurs proches (inquiétudes). Les personnes non vaccinées, partiellement vaccinées et entièrement vaccinées avec une moindre perception du risque s'attendent à ce que l'abolition du CST ait l'effet le plus bénéfique sur leur autonomie (Figure 4a), qu'elle soit une étape importante vers une vie sans limites (Figure 4b), qu'elle apporte le moins de tension (Figure 4c) et renforce la cohésion entre les groupes (Figure 4d). Elles s'attendent également à se faire moins de souci pour leur santé si le CST est aboli, alors qu'elles - en particulier les personnes non vaccinées - s'attendent à se sentir plus préoccupées par leur santé si la vaccination devient obligatoire (figure 4e). Le schéma des résultats pour les personnes vaccinées avec une haute perception du risque montre des tendances inverses : elles voient la vaccination obligatoire comme une première étape vers une vie sans contraintes, s'attendent à ce que la vaccination obligatoire contribue à leur autonomie et à la cohésion sociale, et qu'elle réduise leurs préoccupations pour leur santé. L'abolition du CST aujourd'hui, en revanche, augmenterait ce souci d'être en bonne santé.
- Confiance en la politique : Les personnes vaccinées avec une perception élevée du risque perdraient confiance en la politique (figure 4f) si le CST était aboli et trouveraient le choix d'options politiques plus strictes à la fois plus clair (figure 4g) et plus juste (figure 4h). Tous les autres groupes perdraient confiance si le gouvernement maintenait la politique du CST ou adoptait une politique plus stricte. Elles considèrent l'abolition du CST comme le choix politique le plus clair et le plus évident. Une politique aussi stricte renforcerait leur idée que la politique de vaccination sert l'industrie pharmaceutique (Figure 3i), une idée qui est encore plus répandue chez les personnes non vaccinées.

Conclusion : Ces résultats mettent en lumière la polarisation de notre société, au sein de laquelle la situation actuelle et les options politiques sont perçues très différemment d'un

groupe à l'autre. Les personnes vaccinées ayant une perception élevée du risque voient des avantages en termes d'autonomie, de relations et de santé si une politique plus stricte est mise en œuvre. On peut supposer que se faire du souci pour sa santé ait un impact plus important sur leur bien-être. Remarquons que d'autres facteurs, tels que l'autonomie et les liens relationnels, jouent un rôle plus important dans les autres groupes qui considèrent que le temps est venu d'abolir le CST. La politique est une fois de plus confrontée à un choix extrêmement difficile : quoi qu'il en arrive, la confiance en la politique se dégradera dans certains groupes.

Figure 4a. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'autonomie en fonction de l'évaluation des risques et du statut vaccinal.

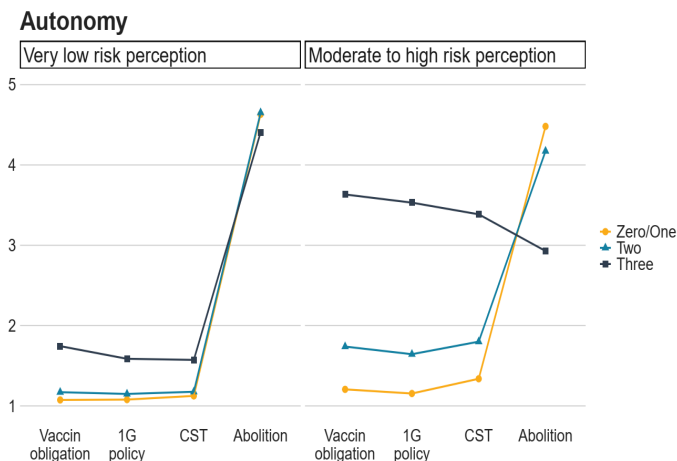


Figure 4b. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la liberté perçue en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

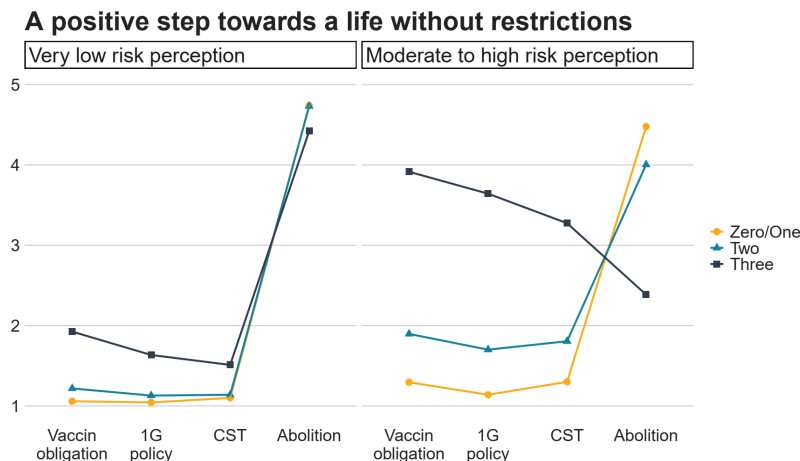


Figure 4c. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur les tensions et les conflits en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

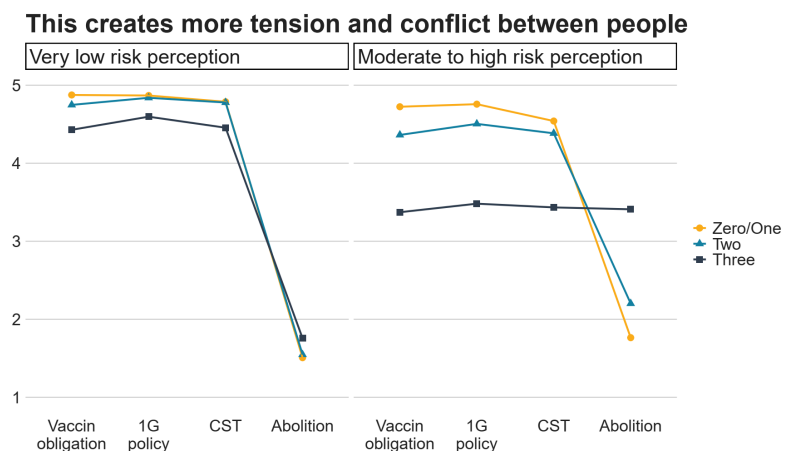


Figure 4d. Estimation de l'effet des diverses options politiques sur la cohésion en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

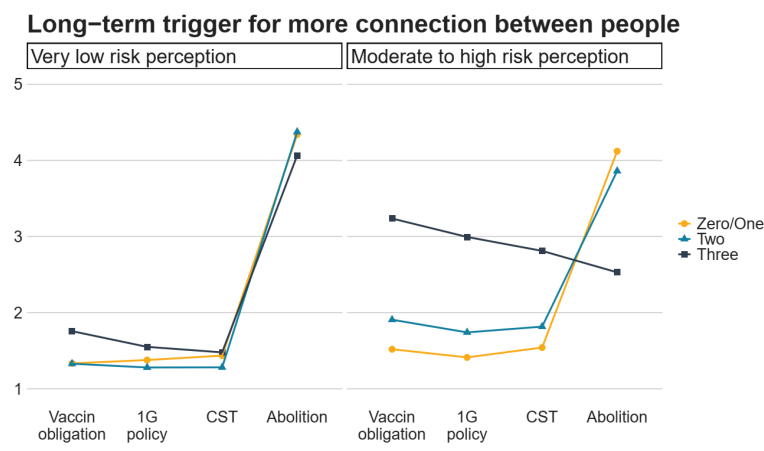


Figure 4e. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur les préoccupations pour la santé en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

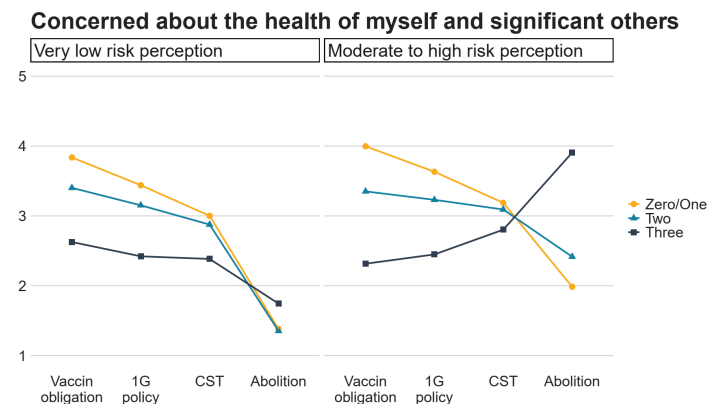


Figure 4g. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la clarté en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

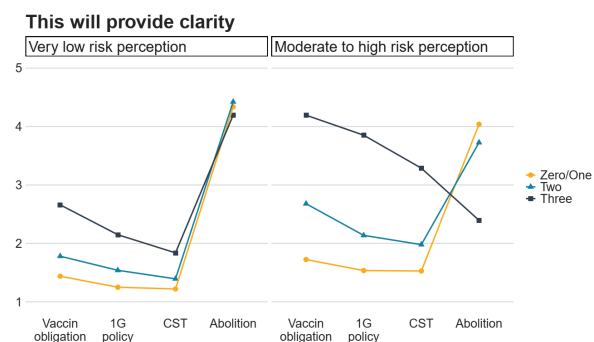


Figure 4f. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur la confiance dans le gouvernement en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

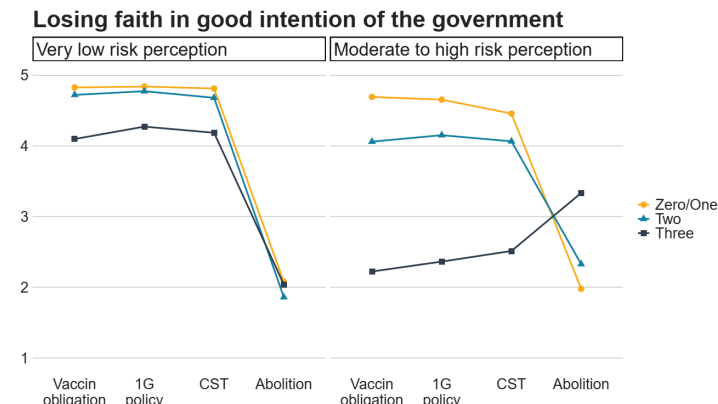
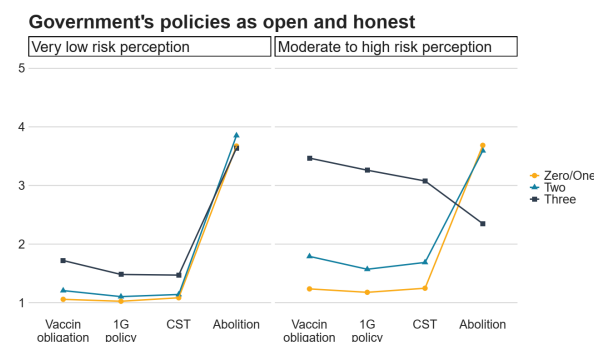
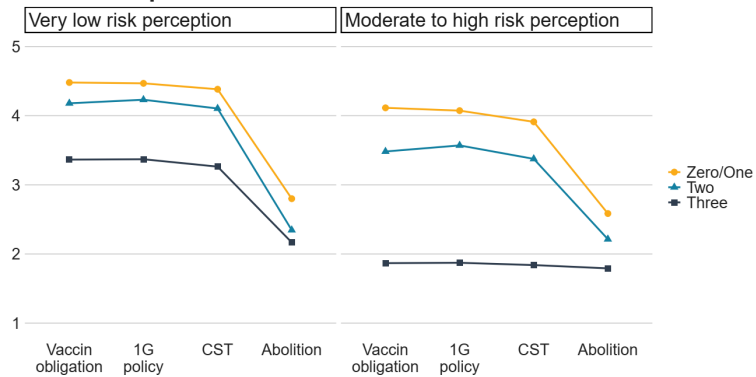


Figure 4h. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'équité en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.



Graphique 4i. Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'image des entreprises privées en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.

Vaccination campaign's goal is to make private companies rich and more powerful



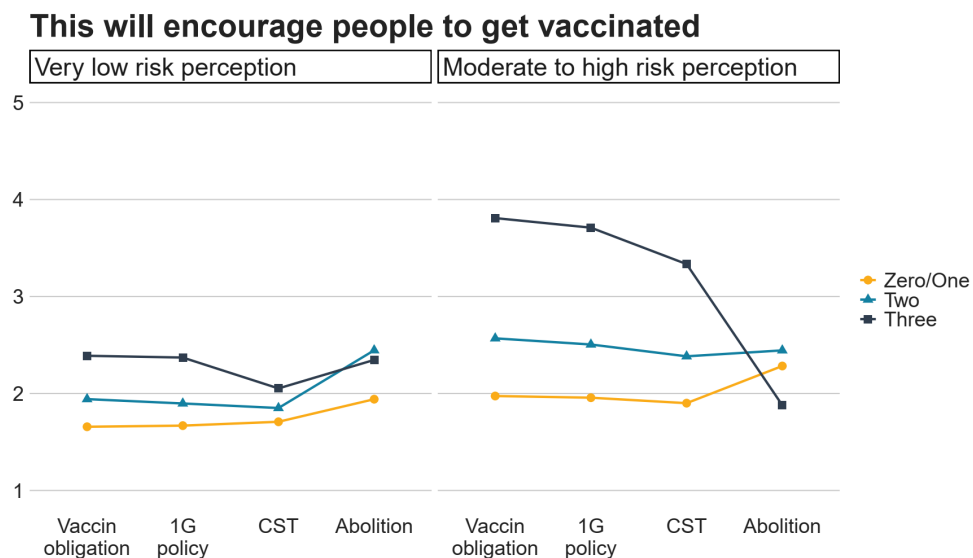
Question 3 : Quelles sont les différences entre une politique 1G et la vaccination obligatoire et est-ce que certaines différences encouragent-elles à la vaccination ?

- Pass vaccinal ou vaccination obligatoire : Une analyse plus détaillée des résultats concernant le pass vaccinal et l'obligation vaccinale indique qu'il existe des différences psychologiquement significatives, mais statiquement relativement faibles entre les deux options, du moins parmi le groupe de personnes vaccinées avec une estimation élevée du risque d'infection. Dans le cas de la vaccination obligatoire, par rapport à une politique 1G, (a) ce groupe s'attend à un meilleur bien-être, (b) considère la vaccination obligatoire comme une étape plus cruciale vers une vie sans contraintes, (c) anticipe plus de cohésion sociale à long-terme et (d) s'attend à se faire moins de soucis pour sa santé et trouve cette politique (e) à la fois plus juste et plus claire. Tous les groupes indiquent qu'une obligation vaccinale présente l'avantage d'être plus claire en comparaison au pass vaccinal.
- Intention de vaccination : La question de savoir quelle option politique encouragerait les gens à se faire vacciner est également évaluée très différemment (figure 5). De manière générale, les chances de se faire vacciner sont estimées comme faibles, excepté chez le groupe de personnes vaccinées ayant une perception du risque modérée à élevée, qui supposent qu'une politique plus stricte encouragera à la vaccination. Il est frappant de constater que les personnes non vaccinées et partiellement vaccinées sont plus enclines à se faire vacciner si le CST est aboli. Dans ce cas de figure, ces personnes jouissent d'une plus grande liberté de choix de se faire vacciner ou non, tandis que le CST, le pass vaccinal et la vaccination obligatoire est plus contraignante car ces options politiques les poussent, voire les obligent à se faire vacciner.

Conclusion: La vaccination obligatoire semble être plus acceptable que le pass vaccinal chez des personnes vaccinées avec une perception élevée du risque. Les différences entre les deux options sont faibles et subtiles mais psychologiquement significatives, les avantages à long-terme étant estimés plus élevés (plus de bien-être, de cohésion sociale; moins d'inquiétudes et de limitations) pour la vaccination obligatoire. Alors que les personnes vaccinées conscientes des risques voient les avantages d'une politique plus stricte pour obtenir une meilleure couverture vaccinale, les personnes vaccinées et partiellement vaccinées estiment que seule la suppression du CST les motiverait à se faire vacciner. L'abolition du CST offrirait vraisemblablement l'espace physique et psychologique nécessaire pour prendre la décision de se faire vacciner.

Figure 5.

Estimation de l'effet de diverses options politiques sur l'état de préparation à la vaccination en fonction de la perception des risques et du statut vaccinal.



Question 4 : Quels facteurs empêchent les personnes non vaccinées de se faire vacciner ? Sont-ils liés à l'attitude des gens à l'égard d'une vaccination obligatoire ?

Étude de contexte

Les personnes non vaccinées ont été interrogées sur les raisons pour lesquelles elles seraient encore prêtes à se faire vacciner et sur ce qui les empêchent de le faire actuellement. Divers aspects motivationnels ont été questionnés :

Motivation

- **Motivation volontaire ou autonome** : indique dans quelle mesure une personne est pleinement convaincue de la valeur ajoutée et de la nécessité de la vaccination, par exemple parce qu'elle offre une protection pour elle-même, pour ses proches ou pour la population.
- **Motivation « obligatoire »** : indique dans quelle mesure une personne se sent obligée de se faire vacciner, par exemple parce que d'autres veulent qu'elle le fasse ou pour éviter les critiques.
- **Stigmatisation** : indique dans quelle mesure les personnes estiment que l'infection au COVID-19 et les maladies graves sont associées à une image négative et stigmatisante qu'elles souhaitent éviter.

Obstacles

- **La méfiance** exprime la mesure dans laquelle les gens se méfient de l'efficacité du vaccin ou de la personne qui recommande la vaccination.
- **La difficulté (effort)** indique le degré d'effort ou de difficulté nécessaire pour se faire vacciner.
- **La résistance (opposition)** exprime le degré d'opposition aux autorités, considérées comme une source d'entrave à la liberté individuelle. Cette méfiance repose sur l'idée que les mesures prises sont excessives.
- **Le regret** indique la mesure dans laquelle la décision de se faire vacciner est remise en question dans le cas où les gens devaient souffrir d'effets secondaires.
- **La pression externe** reflète le degré de pression (par exemple, la critique, la condamnation, l'interdiction) exercé par l'environnement pour ne pas se faire vacciner.

Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène : les obstacles à la vaccination peuvent être très divers. Afin d'obtenir une image plus complète des différentes raisons pour lesquelles les personnes non vaccinées ne se font pas vacciner aujourd'hui, des analyses plus approfondies ont été réalisées. Les résultats moyens sont comparés à un large échantillon de personnes non vaccinées prélevé en décembre 2020 (voir [le rapport 18](#)). À cette époque, la campagne de vaccination n'avait pas encore commencé. La figure 6 montre qu'il existe de fortes différences moyennes. Les personnes non vaccinées obtiennent aujourd'hui des scores plus faibles en termes de motivation volontaire, subissent davantage de pression pour se faire vacciner, rapportent plus de méfiance et opposent une résistance plus marquée à la recommandation de se faire vacciner. Les personnes non vaccinées n'ont pas l'impression que la vaccination demande beaucoup d'efforts. La stigmatisation associée à une infection au COVID-19 ou une maladie grave ne joue qu'un rôle minime dans leur décision de se faire vacciner. Ils subissent également peu de pression de la part de leur environnement pour ne pas se faire vacciner. Dans une plus large mesure, l'anticipation de regrets de ne pas être vaccinés, si des effets secondaires devaient apparaître, représente un obstacle important à la vaccination.

Les motifs et obstacles qui prévalent dépendent du groupe cible interrogé. Cette démarche est nécessairement sélective, les personnes moins bien informées participant moins à l'enquête, par exemple (voir l'annexe sur les réflexions méthodologiques). Le sexe montre un effet assez systématique : les femmes déclarent moins de motivation volontaire, plus de méfiance et plus de regrets que les hommes. Les personnes possédant un niveau d'éducation plus élevé obtiennent également des résultats légèrement supérieurs pour la motivation volontaire, légèrement inférieur pour la résistance et ressentent la vaccination moins comme un effort par rapport aux personnes ayant un niveau d'éducation plus bas.

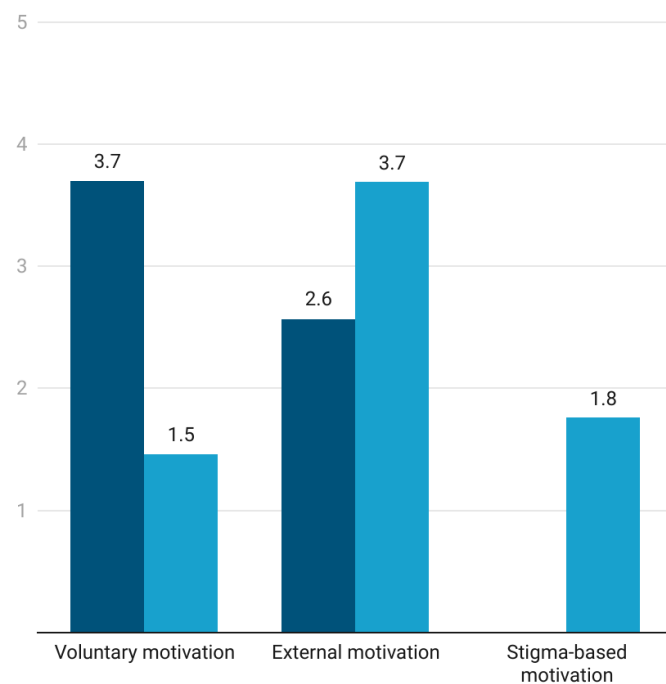
Conclusion : Les personnes non vaccinées en 2022 rapportent moins de motivation volontaire et des obstacles plus divers que les personnes non vaccinées en 2020, avant le début de la campagne de vaccination. Les personnes non vaccinées forment un groupe hétérogène sous-tendu par un ensemble de motifs différents empêchant la vaccination. Par conséquent, une approche au cas par cas est nécessaire s'il faut motiver ces personnes à se faire vacciner.

Figure 6

Occurrence moyenne de différents types de (manque de) motivation en décembre 2020 et janvier 2022

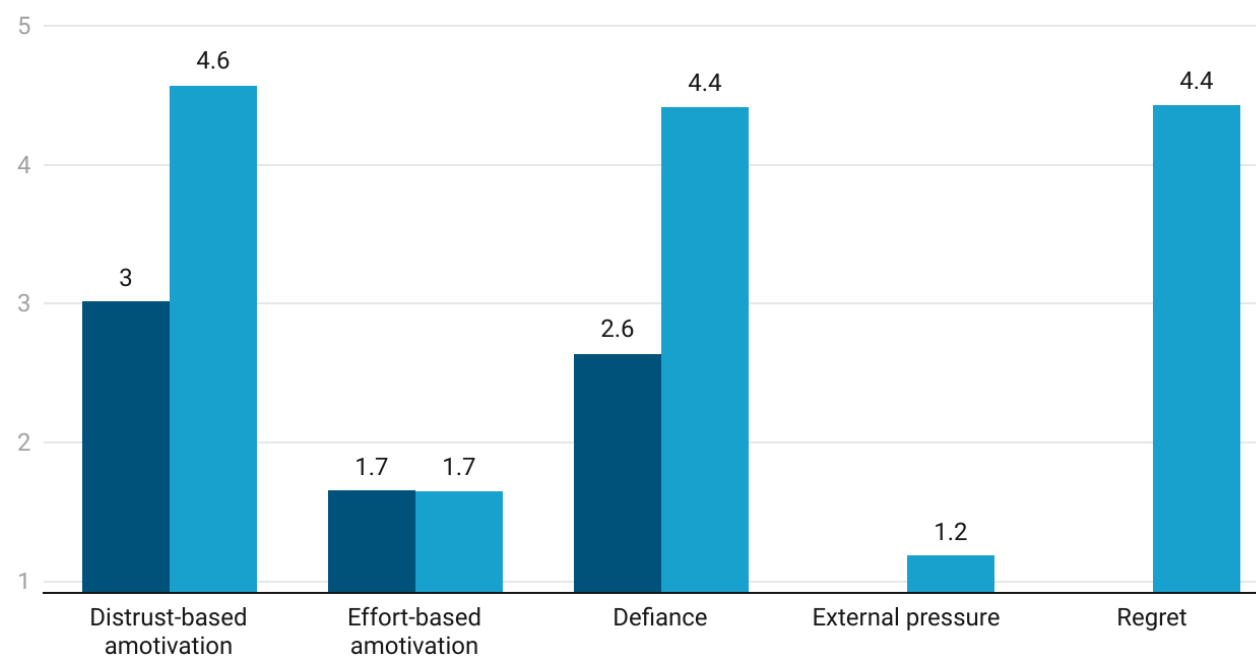
Types of motivation to get vaccinated

■ Dec 20 ■ Jan 22



Types of amotivation to get vaccinated

■ Dec 20 ■ Jan 22



Question 5 : Quelle autre alternative motivante et unifiante ?

Les personnes non vaccinées se sentent menacées dans leur autonomie et se sentent exclues des autres groupes (voir [le rapport 39](#)). Des aspects importants de leur bien-être sont donc mis à mal. En même temps, elles signalent en moyenne percevoir moins de risques (figure 2) et être moins enclines à se faire vacciner même lorsqu'elles prennent conscience du risque, que les personnes vaccinées. Elles sont également fortement opposées à une politique 1G ou à la vaccination obligatoire, ce qui compromet davantage leur autonomie et leurs relations interpersonnelles et les rend plus susceptibles de rester campés sur leur position. Parallèlement, les personnes vaccinées s'inquiètent (1) de l'évolution de la situation si le système des soins de santé est à nouveau sous pression avec la menace d'un nouveau variant et (2) que les soins d'autres pathologies soient retardés. Dans ce contexte, la question se pose de savoir quelle alternative peut à la fois apporter de la motivation et rapprocher ? Nous faisons la proposition suivante.

- Quoi ? Inviter chaque personne non vaccinée à une rencontre obligatoire avec un professionnel de la santé ; les enquêtes précédentes (voir [le rapport 31](#)) ont montré que les personnes non vaccinées aimeraient avoir une conversation individuelle avec un professionnel de la santé (55%) ou leur médecin généraliste (53%) et qu'elles aimeraient recevoir une réponse spécifique à leurs préoccupations et questions (58%).
- Objectif ? Aider les personnes non vaccinées à prendre une **décision éclairée**. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel que les professionnels de la santé poursuivent les objectifs suivants :

Méthodes souhaitées	Méthodes non souhaitables
Tisser du lien = comprendre les obstacles avec une attitude empreinte curiosité.	Culpabiliser et exclure avec une attitude de jugement.
Informar = expliquer les risques et les effets de la vaccination.	Séduire, contraindre.
Aider = répondre aux questions et aux préoccupations.	Convaincre ou convertir.

- Signal ? En investissant dans de telles conversations individuelles, la société envoie un signal puissant de bienveillance et de rapprochement aux personnes non vaccinées. Les personnes non vaccinées sont également soutenues dans leur autonomie, mais en même temps, les conseils nécessaires sont donnés pour qu'elles prennent une décision éclairée. Cela devrait également renforcer la confiance parmi les personnes vaccinées en montrant que le gouvernement se soucie aussi d'elles et ne prend pas la décision de ne pas se faire vacciner à la légère.
- Style conversationnel ? Pour atteindre cet objectif, un style de conversation favorisant l'autonomie est crucial. Soutenir l'autonomie d'une personne non vaccinée ne revient pas à manipuler la personne pour atteindre un objectif que le professionnel de la santé considère comme prioritaire (c'est-à-dire la vaccination), mais à soutenir le processus décisionnel dans lequel les personnes non vaccinées se font une idée

juste de (a) leurs risques et (b) les avantages et les inconvénients de la vaccination (voir Vansteenkiste et al., 2012). À cette fin, il est essentiel d'adopter une approche axée sur les processus plutôt que sur les résultats et les instruments. Concrètement, cela signifie que le succès de ce choix politique ne doit pas être déterminé sur base du nombre de personnes qui se font encore vacciner. Ces conversations sont précieuses en elles-mêmes parce qu'elles visent la compréhension mutuelle et la clarté à une époque où notre société est très polarisée. Si elle le souhaite, la personne non vaccinée peut se présenter à un deuxième entretien dans le cas où un nouveau variant devait émerger, cela pouvant conduire la personne à revoir sa décision. Un professionnel de la santé peut demander un mandat pour cette seconde entrevue afin que le rythme de la personne non vaccinée soit suivi.

- Pièges ? Ce choix politique doit être affiné davantage, car divers obstacles peuvent survenir.
 - Cadre : Si ce choix politique est fait, il est essentiel que l'objectif de ces entretiens soit bien communiqué. L'obligation de parler peut d'elle-même alimenter la pensée conspirationniste.
 - Formation : Parce que les professionnels de la santé risquent de mener ces conversations de façon orientée vers les résultats, il serait souhaitable qu'ils soient correctement formés à cette approche. Sinon, la conversation risque de s'enliser dans un conflit qui éloigne encore plus les gens.

De manière générale, nous préconisons une étude plus approfondie des conditions dans lesquelles ce choix politique a une chance de réussir. Pour de futures enquêtes, divers aspects motivationnels et psychologiques à cet égard pourront être étudiés plus en profondeur.

Conclusion : Dans notre société polarisée d'aujourd'hui, un signal puissant de rapprochement et de liens entre tout un chacun est plus que jamais nécessaire. Il est donc utile d'investir dans des conversations en tête-à-tête entre les personnes non vaccinées et un professionnel de la santé de confiance (par exemple, les médecins généralistes, les pharmaciens, les travailleurs sociaux). Ces conversations ne doivent pas être instrumentalisées pour augmenter subtilement la couverture vaccinale, mais servir une fin en soi : engager le dialogue avec les personnes non vaccinées sur leurs obstacles à la vaccination et les informer correctement sur leurs risques et les effets de la vaccination. L'objectif final est de permettre aux personnes non vaccinées de prendre leur décision en connaissance de cause, à l'aide d'un professionnel de la santé bienveillant les soutenant dans leur autonomie.

Annexe : Réflexions méthodologiques sur le Baromètre de la motivation

Dans le cadre du Baromètre de la Motivation, des prises de mesure sont planifiées à intervalles réguliers, en fonction de l'évolution de la pandémie. Même si plusieurs milliers de personnes répondent aux enquêtes de chaque côté de la frontière linguistique lors de chaque vague, les résultats ne peuvent être considérés comme représentatifs de l'ensemble de la population belge. La principale raison en est que la participation au questionnaire repose sur une décision des répondants. Il en résulte une auto-sélection. Cela signifie que certains profils de réponses peuvent être relativement plus fréquents puisque les personnes participant aux enquêtes présentent certaines caractéristiques et, par conséquent, ne constituent pas un échantillon représentatif de la population. Cette auto-sélection peut s'expliquer par des éléments situationnels, psychologiques ou sociodémographiques. Les répondants sont par exemple des personnes disposant d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un smartphone et d'une connexion internet, disposant de temps, ayant un intérêt pour (les aspects de) la politique sanitaire liée au COVID-19, ayant une motivation pour remplir les enquêtes, ayant une certaine position en faveur ou à l'encontre de certaines mesures, ayant une compréhension des questions posées, etc. Il convient de remarquer que ce problème d'auto-sélection touche toutes les enquêtes par questionnaires (en ce compris les sondages d'opinion supposés « représentatifs ») et est une des limites de ce type de méthode (chaque méthode ayant ses avantages et inconvénients). D'une part, cette auto-sélection peut être corrigée par des mesures statistiques (dans une certaine mesure), mais d'autre part, elle impose également une certaine prudence quant à ce que nous pouvons conclure de ces résultats de recherche. Le point suivant aborde ces deux aspects de manière détaillée.

Possibilités de correction :

Diffusion

Afin d'éviter au mieux le problème d'auto-sélection, il est important qu'un maximum de personnes de toutes les couches de la population soient touchés par l'invitation à participer au questionnaire et y répondent. C'est pourquoi nos invitations sont distribuées par le plus de canaux de communication possible, tels que les sites d'information, un large éventail de journaux et de réseaux sociaux comme Facebook et Twitter. Malheureusement, les personnes qui ne suivent pas les chaînes d'information « grand public » et/ou qui ne suivent pas les réseaux sociaux ne seront pas touchées. Comme les mêmes canaux de diffusion sont utilisés tout au long de l'étude, la composition sociodémographique reste globalement stable d'une vague de mesure à l'autre.

Pondération

Le caractère non représentatif des répondants s'exprime dans leurs caractéristiques sociodémographiques telles que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la région linguistique. La composition sociodémographique de l'ensemble de la population belge étant bien connue (stabel.fgov.be), il est possible de donner plus ou moins de poids aux

réponses de certains profils de répondants dans les analyses afin d'approcher les caractéristiques sociodémographiques réelles de la population. C'est du reste ce que nous faisons dans le cadre du Baromètre de la Motivation. Cependant, cette méthode ne corrige pas les variables éventuellement pertinentes dont la distribution est moins bien connue dans les différentes strates de la population (par exemple, la proportion de parents d'enfants en bas âge ou en âge scolaire, le statut vaccinal des répondants, etc.) ou le fait que des caractéristiques psychologiques déterminent l'auto-sélection (par exemple, la motivation ou l'ennui des participants).

Conclusions

Les possibilités de correction du biais d'auto-sélection étant limitées, il est important de délimiter clairement les types de conclusions qui peuvent être tirées avec plus ou moins de certitude.

Conclusions relativement certaines

Les affirmations concernant les relations structurelles entre les variables psychologiques mesurées ou manipulées (par exemple, le style de communication, le comportement, la motivation, la vaccination, le bien-être et la confiance dans la politique) ou entre les variables sociodémographiques et psychologiques (par exemple, l'âge et la motivation) sont moins influencées par le caractère non représentatif des données. Cela concerne :

- La cohérence interne (aussi appelée fiabilité) et la validité (par exemple, les validités concurrente et discriminante) des construits psychologique mobilisés
- Les relations transversales (dynamiques) entre les variables ;
- Les relations longitudinales impliquant les mêmes personnes ;
- Les différences relatives entre les variables examinées dans les plans expérimentaux ;

L'examen de ces relations structurelles entre différentes variables nous permet de tester des hypothèses inspirées de cadres théoriques bien établis. Sur cette base, nous pouvons élaborer un récit cohérent et étayé du point de vue des sciences psychologiques (par exemple, sur le rôle de la perception du risque dans la motivation, sur les changements dans le soutien à certaines mesures, etc.) et qui fournit des interprétations et des indications pertinentes pour la population et ses représentants politiques. Ce récit permet d'aller au-delà des « impressions » sur la situation grâce à sa base empirique.

Conclusions qui nécessitent une certaine prudence ou qui doivent être évitées :

En raison de la nature non représentative des échantillons, il faut se montrer prudent quant aux éléments suivants :

- Le degré (absolu) avec lequel certaines caractéristiques sont présentes dans l'ensemble de la population (par exemple, le pourcentage de soutien à la vaccination

obligatoire ; le pourcentage de participants qui sont favorables au certificat covid (CST), etc.)

- Le degré relatif de présence de certaines caractéristiques (par exemple, la confiance politique, le bien-être) dans des sous-populations (par exemple, les participants vaccinés ou non, les jeunes ou les plus âgés).

Ainsi, certains chiffres peuvent surestimer ou sous-estimer la réalité. Compte tenu de ce qui précède, nous entendons donc faire preuve de prudence :

- En attirant l'attention sur l'évolution dans le temps des caractéristiques mesurées (par exemple, diminution/augmentation de la motivation) plutôt que sur le pourcentage d'occurrence de ces caractéristiques prises isolément.
- En présentant les résultats séparément pour les caractéristiques pertinentes qui ne sont pas incluses dans la pondération (par exemple, le statut vaccinal). Ici, l'attention est centrée sur la différence et l'ampleur de cette différence plutôt que sur l'occurrence différentielle de certaines caractéristiques.
- En mettant en évidence autant qu'il est possible une interprétation psychologique dans notre communication des résultats dans les médias (par exemple, en pointant qu'une diminution de la motivation peut être attribuée à une diminution de la conscience du risque).

COORDONNÉES

- **Chercheur principal :**
Prof. Maarten Vansteenkiste (Maarten.Vansteenkiste@ugent.be)
- **Co-chercheurs :**
Prof. Dr. Omer Van den Bergh (Omer.Vandenbergh@kuleuven. être)
Prof. Dr. Olivier Klein (Olivier.Klein@ulb.be)
Prof. Dr. Olivier Luminet (Olivier.Luminet@uclouvain.be)
Prof. Dr. Vincent Yzerbyt (Vincent.Yzerbyt@uclouvain.be)
- **Élaboration et diffusion du questionnaire :**
Dre Sofie Morbee (Sofie.Morbee@ugent.be)
Pascaline Van Oost (Pascaline.Vanoost@uclouvain.be)
- **Données et analyses :**
Joachim Waterschoot (Joachim.Waterschoot@ugent.be)
Dr Mathias Schmitz (Mathias.Schmitz@uclouvain.be)

www.motivationbarometer.com

