

Mémoire de Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie

La formation à l'entretien motivationnel dans le contexte  
médical : Un moteur du changement d'attitude envers les  
personnes vaccino-hésitantes ?

Présenté par Audrey Wampler

Directrice : Oriane Sarrasin

Experte : Francesca Bosisio

## Résumé

Pendant la pandémie du Covid-19, les enjeux d'une couverture vaccinale minimale ont créé de nombreuses tensions entre vacciné·es et non-vacciné·es. Face à des patient·es hésitant·es, il arrive que les soignant·es convaincu·es par la vaccination aient des attitudes négatives et tentent de les convaincre coûte que coûte. Dans ce contexte, la formation à l'entretien motivationnel cherche à améliorer les attitudes des soignant·es en enseignant des approches plus empathiques et tolérantes envers les personnes non-vacciné·es. Ce travail de recherche, à la jonction entre psychologie sociale et psychologie de la santé, vise à évaluer le changement d'attitude des soignant·es envers les non-vacciné·es ainsi que l'intention d'employer un nouvel outil à la suite d'une courte formation en ligne portant sur l'entretien motivationnel. Dans ce but, deux questionnaires évaluant les attitudes pré-intervention et post-intervention ont été diffusés à des membres du personnel soignant. Après avoir obtenu une première mesure des attitudes et des pratiques de 141 membres du personnel soignant (médecins, infirmier·ères, etc.), 36 sujets ont participé à la formation sur l'entretien motivationnel. Durant cette formation, les participant·es ont assisté à un cours sur l'entretien motivationnel dans le contexte de la vaccination et ont ensuite participé à un jeu de rôle où ils·elles devaient se mettre à la place de patient·e vaccino-hésitant·e et de thérapeute. Après l'intervention, 29 participant·es ont rempli le deuxième questionnaire qui a permis de récolter des données sur le changement d'attitude face aux personnes non-vacciné·es, sur l'appréciation de la présentation reçue et l'intention de modifier leur pratique. Les analyses ont montré que le rapport personnel à la vaccination prédit l'attitude envers les vacciné·es et les non-vacciné·es et que l'intervention permet une moyenne d'amélioration de 21,36% des attitudes des soignant·es envers les non-vacciné·es. Ces résultats permettent d'affirmer que la formation à l'entretien motivationnel a un effet sur les attitudes des membres du personnel soignant et pourrait ainsi améliorer les rapports entretenus en consultation. De plus, les participant·es montrent une réflexion sur leur pratique initiale et une volonté d'adopter les techniques de l'entretien motivationnel dans leur pratique future. Afin d'agir davantage sur les attitudes des soignant·es, il serait intéressant d'incorporer des réflexions sur la posture d'expert·e, les biais qui impactent leur propre rapport à la vaccination et stéréotypes envers les personnes hésitantes.

*Mots clés* : vaccino-hésitation, formation à l'entretien motivationnel, pratique médicale, rapport intergroupe

## Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Oriane Sarrasin, directrice de mémoire, pour tout son soutien, sa disponibilité, ses conseils et les nombreux échanges que nous avons eus durant toute la durée du mémoire. Sa présence encadrante m'a permis d'avancer avec confiance et intérêt sur ce travail.

Ensuite, je souhaite également remercier le Dr Alessandro Diana pour tout son temps consacré aux interventions, sa flexibilité et son accès au terrain. En effet, c'est grâce à lui, à l'existence de son intervention ainsi que ses nombreuses recherches que ce travail a été possible.

Un grand merci également à Francesca Bosisio pour son expertise, ses ressources littéraires et ses réflexions qui ont poussé le travail plus loin encore. Son regard sur les enjeux éthiques de la vaccination ainsi que sur la posture de médecin a été extrêmement utile.

Pour terminer, je souhaite remercier Chloé Gschwind ainsi que Morgane Casanova pour leurs conseils et leur temps précieux alloué à la relecture et la correction de mon mémoire.

# Table des matières

<b>1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>5</b>
1.1	Contexte actuel .....	6
1.1.1	<i>La pandémie .....</i>	<i>6</i>
1.1.2	<i>Les débats autour de la vaccination.....</i>	<i>7</i>
1.2	Contexte historique.....	7
1.3	Revue de littérature .....	8
1.3.1	<i>Définition et facteurs déterminants de l'hésitation vaccinale .....</i>	<i>8</i>
1.3.2	<i>Interventions pour lutter contre l'hésitation vaccinale.....</i>	<i>10</i>
1.3.3	<i>Attitudes envers les non-vacciné-es .....</i>	<i>12</i>
1.4	Originalité de la recherche .....	14
1.5	Hypothèses de recherche.....	14
1.5.1	<i>Lien entre rapport à la vaccination et attitudes envers vacciné-es/non-vacciné-es ..</i>	<i>14</i>
1.5.2	<i>Changement d'attitudes et de pratique suite à la formation à l'entretien motivationnel .....</i>	<i>15</i>
<b>2.</b>	<b>Méthode.....</b>	<b>16</b>
2.1	Récolte de données.....	16
2.1.1	<i>Design expérimental.....</i>	<i>16</i>
2.1.2	<i>Outils .....</i>	<i>17</i>
2.2	Population visée et échantillons .....	19
2.3	Opérationnalisation des variables de la première phase d'analyse (pré-test).....	19
2.3.1	<i>Variable dépendante.....</i>	<i>19</i>
2.3.2	<i>Variables indépendantes.....</i>	<i>21</i>
2.3.3	<i>Variables de contrôle.....</i>	<i>24</i>
2.3.4	<i>Autres variables.....</i>	<i>25</i>
2.4	Opérationnalisation des variables de la deuxième phase d'analyse (pré-post-test) .....	25
2.4.1	<i>Variables dépendantes.....</i>	<i>25</i>
2.4.2	<i>Variables indépendantes.....</i>	<i>26</i>
2.4.3	<i>Variables de contrôle.....</i>	<i>29</i>
2.4.4	<i>Autres variables.....</i>	<i>29</i>
2.5	Stratégie analytique .....	29
2.5.1	<i>Première phase d'analyse .....</i>	<i>29</i>
2.5.2	<i>Deuxième phase d'analyse.....</i>	<i>30</i>
<b>3.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>32</b>
3.1	Première phase d'analyse .....	32
3.1.1	<i>Hypothèse <math>H_{1a}</math>.....</i>	<i>32</i>
3.1.2	<i>Hypothèse <math>H_{1b}</math>.....</i>	<i>34</i>

3.2	Deuxième phase d'analyse.....	35
3.2.1	Hypothèse $H_2$ .....	35
3.2.2	Hypothèse $H_{2a}$ .....	37
3.2.3	Hypothèse $H_{2b}$ .....	38
3.2.4	Hypothèse $H_{2c}$ .....	39
3.2.5	Hypothèse $H_3$ .....	40
3.2.6	Résultats supplémentaires : Appréciation de la formation.....	42
<b>4.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>44</b>
4.1	Biais et limites .....	46
4.2	Futures recherches.....	49
<b>5.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>49</b>
<b>6.</b>	<b>Références .....</b>	<b>51</b>
<b>7.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>56</b>
	Annexe 1 : Questionnaire pré-test.....	56
	Annexe 2 : Questionnaire post-test .....	61
	Annexe 3 : Commentaires aux questions ouvertes du pré-test .....	65
	Annexe 4 : Commentaires aux questions ouvertes du post-test.....	67

# 1. Introduction

« Faut-il stigmatiser les non-vaccinés pour les convaincre de tendre le bras ? » (Bordeleau, 2021). Depuis le début de la campagne de vaccination au Covid-19, on peut lire de nombreux titres semblables stigmatisant les personnes non-vacciné-es. En effet, la volonté des politiques de santé publique de vacciner un maximum de personnes pour mettre fin à la pandémie a mené à un climat de tension intense autour de la vaccination. Après les nombreuses campagnes de vaccination, la Suisse compte à ce jour un total de 30% de la population non-vaccinée contre le Covid-19 (OFSP, 2022a). La vaccino-hésitation est un thème au centre des débats et des mesures sanitaires (RTSinfo, 2021) et dans cette mesure, il est nécessaire de s'intéresser aux pratiques des soignant-es envers leurs patient-es hésitant-es.

Bien qu'elle ait été mise en lumière depuis la pandémie, la vaccino-hésitation a été explorée dans le contexte pédiatrique suisse par le Dr Alessandro Diana il y a quelques années déjà. Responsable du centre de pédiatrie de la clinique des Grangettes et spécialiste en vaccinologie, il est adepte de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour répondre à l'hésitation vaccinale. L'entretien motivationnel est un outil qui permet d'établir une communication ouverte et tolérante entre soignant-e et patient-e de manière à amener à des changements de comportement de santé (Miller & Rollnick, 1991). C'est en s'apercevant des bénéfices de l'approche lors de ses consultations qu'il a développé, avec son équipe, une formation à l'entretien motivationnel pour les membres du corps médical. Quelques mois avant la première campagne de vaccination au Covid-19, il a contacté Oriane Sarrasin, maîtresse d'enseignement et de recherche au sein du laboratoire de psychologie sociale de l'Université de Lausanne, pour obtenir une évaluation de sa formation ainsi qu'un regard psychologique sur les processus de changement d'attitude et de comportement s'opérant lors celle-ci.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail de recherche ayant pour but l'évaluation des changements de pratique et d'attitudes résultant des formations à l'entretien motivationnel. Les questions de recherche suivantes seront investiguées à travers la psychologie sociale et la psychologie de la santé : est-il possible d'améliorer les attitudes des soignant-es envers les personnes vaccino-hésitantes à la suite d'une formation à l'entretien motivationnel ? Dans quelle mesure est-il possible d'amener les soignant-es à modifier leur pratique en consultation via cette même formation ?

Dans l'introduction, le contexte de la recherche, étroitement lié à la pandémie actuelle, le thème de la vaccino-hésitation et les stratégies pour y remédier seront abordés. Les théories

psychologiques expliquant les mécanismes derrière les conflits intergroupes et le changement d'attitude seront également présentées. Les hypothèses de recherche ainsi que le design expérimental seront exposés. Dans la méthode, les différentes phases du projet et l'opérationnalisation des variables testant les hypothèses seront explicitées. Les échantillons ainsi que les réponses obtenues aux questionnaires seront décrits. Dans la partie résultats, les analyses statistiques seront présentées avec les réponses aux hypothèses. Pour terminer, un résumé des résultats obtenus et les biais, limites et recherches futures découlant du mémoire seront présentés dans la discussion. Enfin, une ouverture et des questionnements liés au mémoire ainsi que l'approche évaluée dans ce travail seront proposés dans la conclusion.

## 1.1 Contexte actuel

### 1.1.1 La pandémie

En décembre 2019, une crise sanitaire se déclare en Chine avec l'émergence d'un nouveau virus : le SARS-CoV-2. Ce nouveau coronavirus se répand très rapidement en Chine puis dans le reste du monde au début de l'année 2020. Dans sa forme courante, la maladie présente des symptômes comme la toux, les maux de gorge, la fièvre ou encore la perte de goût et/ou d'odorat (OFSP, 2022b). Dans certains cas, des formes graves de la maladie peuvent se développer et entraîner la mort. En mars 2020, l'OMS déclare officiellement l'entrée en pandémie face au Coronavirus (ou Covid-19) (OMS, 2020). La situation d'urgence est donc déclarée en Suisse et différentes mesures (masque, distance sociale, passeport vaccinal) sont imposées afin de limiter la propagation de ce virus, les décès associés et, à terme, mettre fin à cette pandémie. À plusieurs reprises entre 2020 et 2022, le monde voit cette maladie se décliner en nouveaux variants ou mutations qui rendent le Coronavirus imprédictible. Parmi ceux-ci, on retrouve les variants Beta, Gamma, Delta, Lambda et Omicron (OFSP, 2022a). Face à ce virus alors toujours plus contagieux, beaucoup d'espoirs sont placés dans la découverte de vaccins qui permettraient de prévenir les formes graves de la maladie. En décembre 2020, Swissmedic autorise le premier vaccin efficace à 90% contre le Covid-19 après la deuxième injection (Swissmedic, 2020). Bien que beaucoup trouvent cette nouvelle réjouissante, elle en inquiète d'autres. Les vaccins qui sortent un à un, de par leur nouveauté, font peur, parfois même plus que le virus. Certaines personnes redoutent les effets à long terme des vaccins, d'autres les trouvent inutiles, d'autres encore dénoncent les intérêts financiers des *big pharma* ou se méfient du gouvernement : les raisons sont nombreuses (Goubet & Minet, 2021; Mercier, 2021).

### 1.1.2 Les débats autour de la vaccination

Que ce soit par choix de santé ou par conviction politique, la vaccino-hésitation devient de plus en plus médiatisée. Peu à peu, une division s'observe dans les pays occidentalisés : les vacciné-es et non-vacciné-es. Par exemple, selon un sondage présenté dans Swissinfo, « un Suisse sur deux [est] favorable à un confinement pour les non-vaccinés » (Kefalas, 2021). Les divergences créent des tensions entre les individus qui cherchent les coupables de cette pandémie. Le président des États-Unis, dont le slogan sera repris par les autorités de nombreux pays, parlera même de pandémie des non-vacciné-es (The Washington Post, 2021). D'ordre général, la vaccination prévient chaque année 2 à 3 millions de morts et pourrait en éviter 1.5 million de plus si elle était mieux observée (OMS, 2019). Malgré cela, la vaccino-hésitation persiste et se classe parmi les dix menaces pour la santé mondiale depuis 2019 (OMS, 2019). Pendant la crise du Covid-19, dans les pays occidentaux, la proportion de la population hésitante à la vaccination varie entre 6.22% en Espagne et 64.2% en Bulgarie (Steinert et al., 2021). Avec un taux de non-vacciné-es au Covid-19 de 29.87% (OFSP, 2022a), la Suisse est le pays ayant la couverture vaccinale la plus faible en Europe de l'Ouest. Le Financial Times explique que l'écart observé avec les autres pays serait partiellement dû à la tendance au populisme présente dans de nombreuses régions rurales du pays (Jones & Chazan, 2021).

## 1.2 Contexte historique

L'hésitation vaccinale n'est pas un phénomène nouveau, elle existe en effet depuis la création des vaccins, en 1796. Edward Jenner découvre alors qu'il est possible de prévenir la variole en injectant une version bénigne venant des bovins à l'être humain par principe d'immunité croisée. Face à cette nouvelle pratique, les premiers mouvements d'opposition à la vaccination apparaissent en France et en Angleterre (Guével-Delarue, 2020). À Paris, la vaccination est suspectée d'induire la variole et en Angleterre elle est considérée comme contraire à la volonté de Dieu. Près d'un siècle plus tard, la France rend la vaccination à la variole obligatoire à ses soldats, s'apercevant que les opposants allemands vaccinés résistent bien à la maladie. À la suite de cette obligation, plusieurs associations anti-vaccinales naissent au Royaume-Uni et aux États-Unis : « la contrainte peut appeler la réticence » (Guével-Delarue, 2020). Au même moment, Louis Pasteur découvre le vaccin contre la rage qui fonctionnera très bien et rendra plus courante la vaccination comme moyen de prévention ou comme remède. Malgré son succès, plusieurs accidents en lien avec la vaccination surviennent à partir du 20<sup>ème</sup> siècle et éveillent la méfiance sur les vaccins, parfois justifiée, mais majoritairement infondée aujourd'hui. Les gros titres accusent l'industrie pharmaceutique de chercher à cacher les effets indésirables des vaccins. Suite à ces accusations, il existe désormais une forte volonté de la part des



entreprises pharmaceutiques d'être plus transparentes avec la population afin d'éviter de nouveaux scandales (Bouder et al., 2015).

## 1.3 Revue de littérature

### 1.3.1 Définition et facteurs déterminants de l'hésitation vaccinale

L'hésitation vaccinale est définie par le groupe de travail SAGE (Groupe stratégique consultatif d'expert-es de l'Organisation mondiale de la santé) comme « le retard de l'acceptation ou le refus de la vaccination malgré la disponibilité des services de vaccination » (MacDonald, 2015) et se trouve le long d'un continuum entre acceptation et refus total (Dubé et al., 2014). Dans le langage courant, on trouve plusieurs catégories principales le long de ce continuum réparties en proportions distinctes : les *provax*, c'est-à-dire les personnes pro-vaccination (environ 70% de la population d'Amérique du Nord), les personnes vaccino-hésitantes (environ 25% de la population d'Amérique du Nord), les *novax*, c'est-à-dire les personnes qui refusent la vaccination, et les *antivax* qui sont les personnes qui militent contre la vaccination (environ 5% de la population d'Amérique du Nord pour ces deux dernières catégories ; Dubé et al., 2015). Alors qu'une grande polarisation existait auparavant entre les *provax* et les *antivax*, il existe désormais une plus grande conscience de l'existence des personnes hésitantes qui peuvent accepter certains vaccins et en refuser d'autres (Larson et al., 2014). De nombreux facteurs déterminent l'attitude d'un individu face à la vaccination, ceux-ci se divisent en trois catégories : les influences contextuelles (sociétales et politiques), les influences individuelles/de groupe et les influences spécifiques à la vaccination (MacDonald, 2015).

Pour commencer, les influences contextuelles sont constituées du contexte historique, culturel, médiatique, l'organisation du système politique, l'influence des figures d'autorité, l'organisation économique et l'organisation du système de santé ou encore l'influence de la religion (Dubé et al., 2014; Marti et al., 2017). Tous ces facteurs exercent une influence sur la décision d'un individu à se vacciner ou non.

Ensuite, les influences individuelles/de groupe dépendent de la perception personnelle du vaccin et de l'influence du groupe social. Les croyances religieuses, le manque de connaissances et de sensibilisation aux vaccins, la peur des effets secondaires, le rapport bénéfices/risques des vaccins et la méfiance face aux vaccins ou aux services de vaccination influencent l'opinion face à la vaccination (Deml et al., 2019; Larson et al., 2014; MacDonald, 2015). L'étude de Deml et al. (2019) met également en avant que les personnes avec un style cognitif intuitif (pensée intuitive) plutôt qu'analytique

(pensée rationnelle) auraient plus de réticence à prendre en compte les évidences qui démontrent l'efficacité et la sécurité des vaccins et une volonté moindre à faire confiance aux informations délivrées par les autorités de santé publique. De plus, avoir une vision alternative du corps et de l'immunité, une orientation antiautoritaire et une méfiance des institutions biomédicales et pharmaceutiques seraient tous des facteurs qui induisent l'hésitation vaccinale (Deml et al., 2019). Le statut socio-économique et le niveau d'éducation ont également une influence sur l'acceptation vaccinale, mais qui est bidirectionnelle : un plus haut niveau d'éducation peut être associé à la fois à un faible et un haut niveau de vaccination (MacDonald, 2015). Une revue de littérature explique qu'il n'est pas possible d'isoler ces facteurs, car d'autres sont davantage responsables de l'attitude face à la vaccination, c'est pourquoi il n'est pas possible de prédire l'hésitation vaccinale par le niveau d'éducation (Larson et al., 2014). La confiance envers les institutions publiques (politique, système de santé, industries pharmaceutiques) semble être un facteur important des influences individuelles et de groupe dans toutes les études (Deml et al., 2019; Larson et al., 2014; MacDonald, 2015).

Pour terminer, les influences spécifiques à la vaccination sont tous les facteurs qui dépendent du vaccin, de la communication autour de la campagne vaccinale et des dispositifs de vaccination qui existent. Le prix et l'accessibilité influencent la vaccination, mais pas seulement. Un des facteurs clé lié au contexte de la vaccination est le rapport entre individus et professionnel·les de santé : les attitudes, comportements et connaissances directes des agent·es de santé, le temps passé à discuter de la vaccination, le style de communication et les informations disponibles jouent un rôle considérable dans l'hésitation des patient·es (Deml et al., 2019). Il est intéressant de noter que les professionnel·les de la santé montrent également de l'hésitation vaccinale et ceci au même taux que la population (Karafillakis & Larson, 2018). Comme leurs attitudes influencent l'avis des patient·es, Karafillakis et Larson (2018) proposent d'améliorer la confiance des professionnel·les de la santé envers les vaccins en les incluant, par exemple, dans les prises de décision concernant les recommandations vaccinales, les politiques de santé et la communication. En prévenant la vaccino-hésitation chez les soignant·es, cela permettrait également d'éviter des clusters d'hésitation chez les patient·es (Karafillakis & Larson, 2018).

Parmi les influences spécifiques à la vaccination, le rapport entre personnel médical et patient·e est essentiel, car il constitue un élément clé dans la prise de décision liée à la vaccination. Depuis plusieurs décennies, un changement a été observé dans la posture des médecins qui est devenue, avec l'introduction du modèle bio-psycho-social (BPS) puis avec le modèle de Montréal, de plus en plus horizontale avec les patient·es (Borrell-Carrió et al., 2004; Engel, 1981; Pomey et al., 2015). Auparavant, cette posture était plus verticale et paternaliste et dictait aux patient·es les traitements

et procédures avec peu d'explications et de prise de décision commune. Aujourd'hui, le modèle horizontal permet une plus grande autonomisation des patient·es et un plus grand pouvoir d'agir. Cette autonomisation est essentielle pour que le-la patient·e ait un consentement éclairé quant à ses traitements et procédures médicales et puisse prendre ses propres décisions concernant sa santé. Afin d'acquérir cette autonomie, plusieurs conditions doivent être remplies : « Le patient reçoit une information exhaustive concernant la nature de la procédure et les risques et les bénéfices, conserve suffisamment de capacité de discernement et est libre de coercition » (Beauchamp & Childress, 1979). Dans cette mesure, le rapport avec le personnel soignant influence donc les décisions prises en lien avec la vaccination.

Avec ce changement dans les rapports soignant-es-patient-es, la médecine postmoderne voit aujourd'hui naître une « culture du risque », qui consiste à porter une importante attention à tous les risques existants en lien avec la santé. Cette culture est créée par la tendance des individus à être davantage agent·es dans leurs décisions de santé en participant dans une plus grande mesure à la prise de décision (Peretti-Watel et al., 2015). Le-la patient·e devient à son tour expert·e et responsable de sa santé (Deml et al., 2019). Ceci l'amène à se renseigner davantage sur les maladies, les traitements, les bénéfices et les risques non seulement pendant la consultation, mais également dans sa sphère privée (Peretti-Watel & Verger, 2015). Selon Deml et al. (2018), les savoirs médicaux et scientifiques sont remis en question et un certain scepticisme envers le corps médical et les autorités de santé apparaît. Ce scepticisme serait dû au fait que les individus prêteraient aujourd'hui davantage d'attention « à l'influence de l'idéologie et des intérêts économiques externes dans la production des savoirs scientifiques » (Deml et al., 2018). Tous ces différents facteurs influencent étroitement la vaccino-hésitation et bien qu'il soit difficile d'agir spécifiquement sur ceux-ci, de nombreuses interventions existent néanmoins afin de diminuer la vaccino-hésitation.

### *1.3.2 Interventions pour agir sur l'hésitation vaccinale*

Face à la vaccino-hésitation, beaucoup de stratégies ont été développées, mais seulement 14% d'entre elles ont été évaluées scientifiquement par les pairs (Jarrett et al., 2015). Beaucoup d'interventions se concentrent sur l'amélioration des connaissances et la sensibilisation en utilisant la mobilisation sociale, les médias de masse, la formation des agent·es de santé à l'aide d'outils de communication, les incitations non financières et les interventions basées sur des rappels : ces interventions ont une efficacité modérée (Jarrett et al., 2015). Dans leur revue systématique, Jarrett et al. (2015) démontrent que ce sont les interventions basées sur le dialogue qui sont les plus efficaces.

Une des méthodes basée sur le dialogue ayant montré une bonne efficacité est l'entretien motivationnel (Diana et al., 2020), un outil qui est principalement utilisé en médecine des addictions pour modifier les comportements des patient-es et qui a été élaboré dans les années 1980 pour amener au changement du comportement (Miller & Rollnick, 1991). L'entretien motivationnel consiste à établir une communication non jugeante et empathique sur le thème de la vaccination en demandant la permission aux patient-es pour chaque information supplémentaire apportée durant l'entretien via le modèle « Ask-offer-ask » (Diana et al., 2020). Le but est ainsi de comprendre et d'exposer le processus de pensée ainsi que les biais du-de la patient-e en face de soi sans pousser à la vaccination. En contexte pédiatrique, l'utilisation de l'entretien motivationnel induirait une augmentation de l'intention à la vaccination de 15% et de 7% la couverture vaccinale (Gagneur et al., 2018). L'entretien motivationnel permet à la fois d'établir une communication ouverte, mais également de construire une relation de confiance solide entre patient-es et professionnel-les de santé. Dans leur recherche, Gagneur et al. (2018) rapportent que : « les parents ont la possibilité de parler librement de leurs préoccupations et de poser des questions sur les vaccinations sans se sentir jugés. (...) Les infirmières ont pu aider les parents à explorer leur propre ambivalence et à trouver leurs propres arguments de changement afin de prendre une décision éclairée quant à la vaccination de leur enfant » (Gagneur et al., 2018). En favorisant la discussion et la compréhension de l'autre, les professionnel-les de la santé évitent ainsi de donner un flot d'informations et d'imposer un choix aux patient-es.

Bien que la plupart des études s'intéressent aux interventions qui cherchent à comprendre et à remédier à l'hésitation vaccinale, très peu documentent la posture, la perception et les attitudes des soignant-es face aux personnes hésitantes. En effet, comme mentionné précédemment, le rapport et la communication entre soignant-e et patient-e sont clés dans les décisions prises en lien avec la vaccination. Comme l'utilisation de l'entretien motivationnel requiert que les soignant-es fassent preuve de compréhension et d'empathie, il est important de se pencher sur leurs attitudes envers les personnes hésitantes. En effet, l'hésitation est souvent incomprise par les soignant-es convaincu-es par la vaccination et ces dernier-ères peuvent employer des moyens de communication contre-productifs (Rossen et al., 2016). L'apprentissage de l'entretien motivationnel permet l'utilisation d'autres techniques de communication qui modifieraient directement les attitudes des soignant-es à l'égard de leur patient-es hésitant-es, grâce à l'exercice de l'empathie. Dans cette perspective, la psychologie sociale est un bon moyen pour comprendre les processus de changements s'opérant lors de l'utilisation de la technique de l'entretien motivationnel.

### 1.3.3 Attitudes envers les non-vacciné-es

En psychologie sociale, les notions d'identité sociale, de groupe et de stéréotypes permettent d'expliquer pourquoi des tensions se créent entre personnes vaccinées (en faveur de la vaccination) et les personnes non-vacciné-es (hésitantes ou contre la vaccination) et en quoi la prise de perspective permet de diminuer ces tensions. L'identité sociale repose sur trois concepts fondamentaux : la catégorisation sociale, l'auto-évaluation et la comparaison sociale intergroupe (Tajfel, 1974 ; Tajfel et al., 1971). La théorie sociale de l'identité explique comment à partir de ces trois concepts, des conflits intergroupes peuvent apparaître. L'identité sociale est inhérente à chaque individu, est ce qui le définit (auto-évaluation) et ce qui le différencie des autres (Tajfel, 1974). Dans toute société, les individus se rassemblent en groupes qui sont caractérisés par des traits plus ou moins partagés par chaque membre du groupe. Dépendant de la situation, un individu va, explicitement ou non, s'identifier à tel ou tel groupe, en opposition à un autre en fonction de caractéristiques saillants pour lui à ce moment-là. Les caractéristiques comme le genre, l'origine ethnique, la religion, le statut socio-économique ou encore l'opinion politique, les valeurs, les habitudes et préférences et les pratiques peuvent constituer les éléments qui définissent le groupe pour l'individu. Lorsqu'un individu s'identifie à un groupe, il a tendance à minimiser les différences à l'intérieur de son propre groupe (l'endogroupe) et à exagérer celles qui existent avec le groupe opposé (l'exogroupe ; Brown, 2011). Les stéréotypes, créés à partir des différences perçues entre l'exogroupe et l'endogroupe, sont des caractéristiques de l'exogroupe qui sont perçus comme partagés par la plupart des personnes de l'endogroupe (Brown, 2011). Même si ces stéréotypes sont une manière de simplifier la réalité et d'accélérer les processus de pensées et de prise de décision, ils sont également source de conflits et se transforment alors en préjugés. Selon Brown (2011, p. 7), un préjugé est « toute attitude, émotion ou comportement envers les membres d'un groupe qui sous-entend de manière directe ou indirecte de la négativité ou de l'antipathie envers un groupe ». C'est un processus qui existe dans les rapports intergroupes et qui apparaît « lorsque deux groupes sont en conflit pour des ressources, qu'il y a une domination d'un groupe sur un autre, ou une grande disparité de nombre ou de statut entre les deux groupes » (Brown, 2011, p. 8).

Dans le contexte actuel de la pandémie, la société a vu apparaître deux groupes se différenciant par leur opinion face à la vaccination au Covid-19 : les personnes en faveur de la vaccination (vaccinées) et les personnes vaccino-hésitantes (non vaccinées). Comme dans toute relation entre deux groupes, de nouveaux stéréotypes et préjugés ont vu le jour, principalement sur le groupe minoritaire des vaccino-hésitant·es. On retrouve de nombreux stéréotypes, relayés dans les médias, selon lesquels les non-vacciné-es seraient tous·tes des *antivax*, des complotistes, des personnes irresponsables et égoïstes qui font confiance à tout ce qui se trouve sur internet (Follonier,

2021; L'Express, 2021). Ces préjugés catégorisent tous-tes les hésitant-es comme faisant partie d'un même ensemble, alors que, comme décrit plus tôt, l'hésitation vaccinale fait partie d'un continuum entre acceptation et refus de la vaccination (Peretti-Watel & Verger, 2015). Malgré cette distinction, les non-vacciné-es sont bien souvent catégorisé-es de manière extrême et sont stigmatisé-es par de nombreuses personnes vacciné-es. Dans ce contexte, le conflit naît du fait qu'une partie de la population, les vacciné-es, pensent faire les frais de la décision de non-vaccination des hésitant-es. Les personnes vaccino-hésitantes sont ainsi stigmatisées, exclues et pointées du doigt.

Dans le monde de la santé, on retrouve également des conflits intergroupes entre soignant-es en faveur de la vaccination et patient-es vaccino-hésitant-es. En France, les médecins généralistes sont en majorité pro-vaccination (77% en France 2009 ; Le Marechal et al., 2018) et lorsqu'ils-elles se retrouvent face à des personnes vaccino-hésitant-es, des tensions peuvent surgir et mettre en péril la relation thérapeutique. Que ce soit via une attitude jugeante de la part des soignant-es, ou dans une volonté de convaincre leurs patient-es coûte que coûte à la vaccination, ces approches sont contre-productives, car elles produisent un effet de réactance, c'est-à-dire que le-la patient-e, face à ces attitudes, est poussé-e à prendre des positions encore plus extrêmes par rapport à la vaccination (Diana et al., 2020 ; Rossen et al., 2016).

Puisqu'assurer une couverture vaccinale suffisante permet d'éviter de nombreuses infections, il est intéressant de se pencher sur un outil qui diminue les préjugés des soignant-es envers les hésitant-es et éviter ainsi des effets de réactance. Pour parvenir à réduire ces préjugés, Brown (2011) propose l'utilisation de la théorie de prise de perspective (Todd & Galinsky, 2014). Cette théorie veut que « plus les individus se mettent à la place des autres, plus ils-elles peuvent voir le monde à travers leur point de vue et expérimenter, ressentir ce que les autres ressentent (...), une orientation empathique évoque de la sympathie et par là, une attitude plus favorable et avec moins de préjugés » (Brown, 2011, p. 269). Le jeu de rôle exercé dans une formation à l'entretien motivationnel pourrait justement permettre de développer une plus grande empathie vis-à-vis des patient-es (Bearman et al., 2015). Dans le contexte de la vaccino-hésitation, l'utilisation de jeux de rôle et des techniques de l'entretien motivationnel pourraient donc être un excellent moyen de prendre la perspective d'autrui et permettre de meilleures attitudes entre les soignant-es pro-vaccination et les patient-es non-vacciné-es.

## 1.4 Originalité de la recherche

La présente recherche poursuit un triple objectif. Premièrement, il s'agit d'investiguer les relations entre rapport personnel et professionnel à la vaccination et attitudes envers les deux groupes d'intérêt : les vacciné-es et les non-vacciné-es. Deuxièmement, il s'agit de mesurer le changement d'attitudes des membres du personnel soignant envers les non-vacciné-es à la suite d'une formation sur l'entretien motivationnel. Troisièmement, il s'agit d'investiguer l'intention de changer de pratique professionnelle suite à la formation à l'entretien motivationnel. Cette formation est donnée par le Dr Alessandro Diana qui pratique et enseigne depuis plusieurs années les techniques de l'entretien motivationnel aux professionnel·les de la santé. Avec ses formations, il cherche à amener les soignant-es à diminuer leurs préjugés sur les vaccino-hésitant-es et à modifier leurs pratiques en consultation. À terme, l'utilisation des techniques motivationnelles permettraient moins d'hésitation chez leurs patient-es ainsi qu'une meilleure relation thérapeutique. C'est lorsque le Dr Diana a participé à un jeu de rôle où il a pris la position d'une personne hésitante qu'il s'est rendu compte que l'attitude du·de la soignant-e était fondamentale pour établir une bonne relation thérapeutique ainsi qu'une bonne communication autour de la vaccination. Pendant l'épidémie du Covid-19, il a d'ailleurs été très sollicité dans les médias pour parler de la manière d'aborder la vaccination avec les personnes hésitantes (Carel, 2021; Wicky, 2021).

## 1.5 Hypothèses de recherche

Afin de répondre aux questions de recherche élaborées dans ce travail, plusieurs hypothèses sont proposées en lien avec ces questions. Dans la première partie du modèle théorique (voir Figure 1), les hypothèses abordent la relation entre le rapport personnel et professionnel à la vaccination et les attitudes envers les personnes vaccinées et non-vaccinées. Dans la deuxième partie du modèle théorique (voir Figure 1), les hypothèses abordent le changement d'attitudes et de pratique des soignant-es à la suite de la formation à l'entretien motivationnel ainsi que l'impact de différents facteurs sur ces changements.

### *1.5.1 Lien entre rapport à la vaccination et attitudes envers vacciné-es/non-vacciné-es*

Dans la partie du modèle théorique qui concerne le pré-test, l'hypothèse H<sub>1a</sub> postule que le rapport personnel à la vaccination des membres du personnel soignant est lié aux attitudes envers les vacciné-es et non-vacciné-es (voir Figure 1). Plus précisément, plus le rapport personnel à la

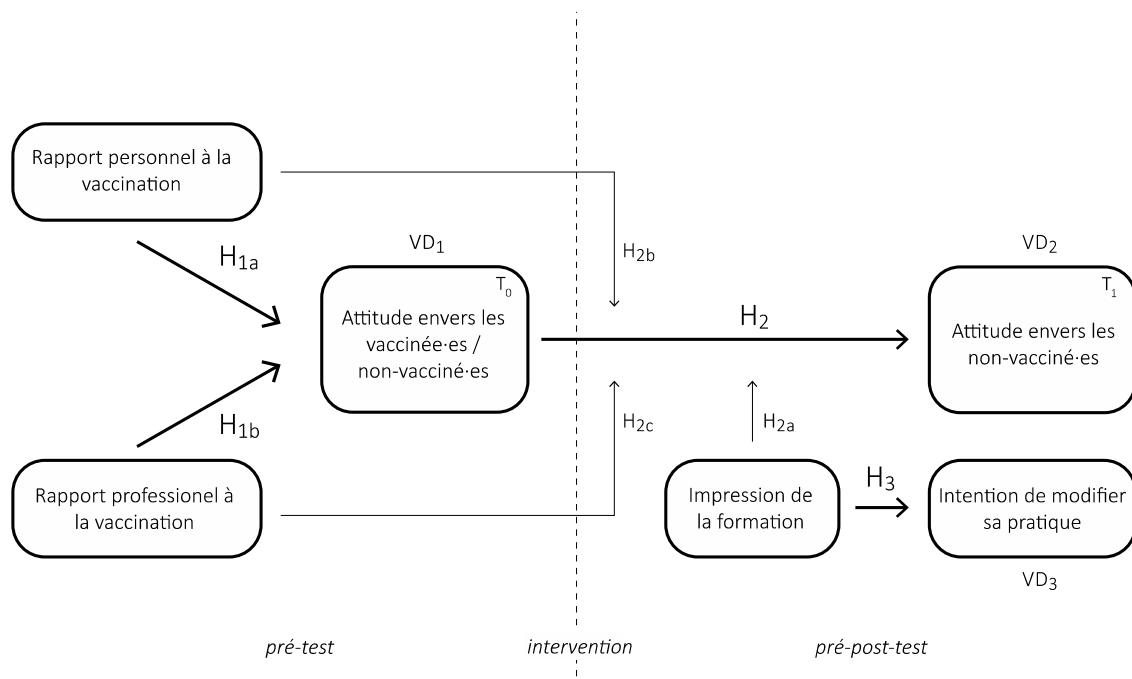
vaccination est positif, plus l'attitude sera positive envers les vacciné-es et moins elle le sera envers les non-vacciné-es. De la même manière, l'hypothèse  $H_{1b}$  postule que le rapport professionnel est lié aux attitudes envers les vacciné-es et non vacciné-es avec des attitudes plus positives envers les vacciné-es comparativement aux non-vacciné-es lorsque le rapport professionnel à la vaccination est positif (voir Figure 1).

### 1.5.2 Changement d'attitudes et de pratique suite à la formation à l'entretien motivationnel

Dans la partie du modèle théorique qui concerne les changements entre le pré-test et le post-test, l'hypothèse  $H_2$  postule qu'il y a un effet d'augmentation des attitudes positives des soignant-es envers les non-vacciné-es à la suite de la formation à l'entretien motivationnel (voir Figure 1). Les hypothèses  $H_{2a}$ ,  $H_{2b}$  et  $H_{2c}$  énoncent que l'augmentation des attitudes positives après l'intervention est d'autant plus grande plus l'impression de la formation est positive ( $H_{2a}$ ), plus le rapport personnel à la vaccination est positif ( $H_{2b}$ ) et plus le rapport professionnel à la vaccination est positif ( $H_{2c}$ ; voir Figure 1). L'hypothèse  $H_3$  postule que plus l'impression de la formation est positive, plus l'intention de modifier sa pratique professionnelle et personnelle sera grande (voir Figure 1).

**Figure 1.**

*Modèle théorique*





## 2. Méthode

### 2.1 Récolte de données

#### 2.1.1 *Design expérimental*

Afin de répondre aux hypothèses formulées, une formation en ligne sur le thème de l'entretien motivationnel en contexte de consultation en lien avec la vaccination a été évaluée avec un questionnaire pré- et post-test qui visait des personnes travaillant dans le milieu médical. Dans la première phase de l'étude, une annonce comprenant un lien vers le premier questionnaire a été diffusée<sup>1</sup>. Ce questionnaire permettait de mesurer les attitudes des soignant-es envers les personnes vacciné-es et non-vacciné-es ainsi que leur rapport et pratique en lien avec la vaccination. À la fin du questionnaire, les personnes intéressées à poursuivre l'étude avaient la possibilité de s'inscrire à l'intervention ayant lieu quelques semaines plus tard. Le premier questionnaire nommé « pré-test », constitue le premier jeu de données et a été diffusé à travers une annonce sur les réseaux LinkedIn et personnels d'Oriane Sarrasin, Alessandro Diana et moi-même le 14 février 2022 (voir Figure 2). Une deuxième annonce similaire a été publiée sur ces mêmes réseaux et affichée à Lausanne dans les bâtiments du CHUV, de la bibliothèque universitaire de médecine du CHUV, de la bibliothèque cantonale et universitaire de la Riponne et sur le campus CR19 de l'HESAV quelques semaines plus tard, afin de recruter des participant-es pour une séance supplémentaire donnée le 11 avril.

Dans la deuxième phase de l'étude, la formation à l'entretien motivationnel a été donnée aux personnes inscrites. Cette formation, d'une durée d'une heure et demie, comprenait une présentation sur l'entretien motivationnel, des moments d'échange sur la thématique de la vaccination ainsi qu'une demi-heure de jeux de rôle par groupe de deux à trois personnes. L'intervention a eu lieu sur la plateforme de conférence en ligne Zoom et a été répétée à quatre reprises les 28 février, 1<sup>er</sup>, 5 mars et le 11 avril 2022 (voir Figure 2). Une séance extraordinaire a été spécifiquement organisée le 12 avril pour un groupe de soignantes d'un même département qui en avait fait la demande. Cette formation a été donnée dans des conditions différentes que les quatre premières : l'intervenant (le Dr Diana) et les deux chercheuses (Oriane Sarrasin et moi-même) étaient en ligne et toutes les participantes étaient dans la même salle en présentiel.

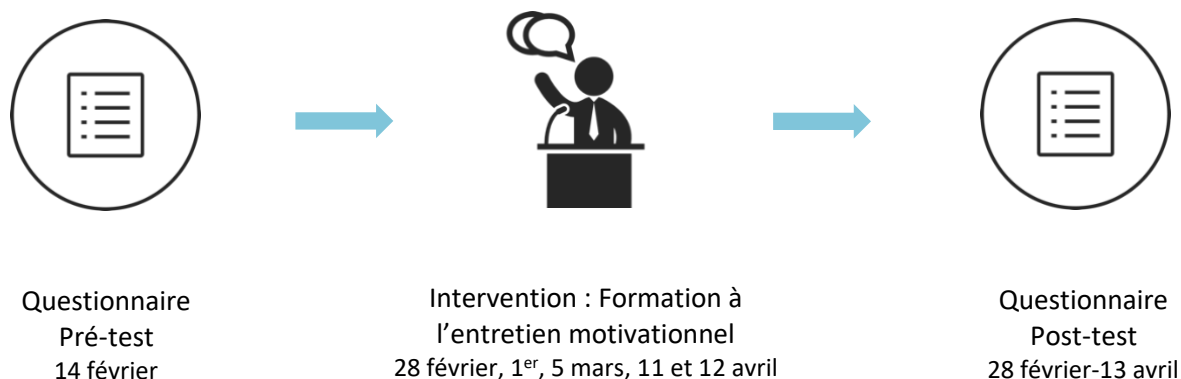
---

<sup>1</sup> Ce questionnaire a pu être élaboré à partir d'un questionnaire exploratoire qui avait été diffusé aux participant-es d'une présentation donnée par le Dr. Diana dans une entreprise non-médicale quelques mois auparavant. Des premières questions ont pu être développées et testées dans le cadre de cette intervention.

Dans la troisième phase de l'étude, les personnes ayant participé à la formation ont été invitées à répondre à un deuxième questionnaire entre le 28 février et le 13 avril 2022, à la suite de l'intervention (voir Figure 2). Ce deuxième questionnaire a constitué le deuxième jeu de données nommé « post-test ».

**Figure 2.**

*Phases du projet*



### 2.1.2 Outils

Les deux questionnaires ont été élaborés par Mme Oriane Sarrasin et moi-même sur la base de nos recherches et de nos discussions. Ils ont été construits sur le logiciel LimeSurvey. L'intervention a été construite par Alessandro Diana et son équipe, elle n'a été que légèrement adaptée pour cette recherche.

Le questionnaire pré-test (voir Annexe 1) comportait des questions démographiques sur le genre, l'âge et la profession des participant-es, des questions sur les recommandations vaccinales lors des consultations, la manière d'aborder la vaccination, le statut vaccinal concernant le Covid-19<sup>2</sup> avec les détails de vaccination/guérison, la confiance envers les institutions publiques en lien avec la vaccination et l'attitude envers les personnes vaccinées et non vaccinées. À la fin du questionnaire, les participant-es souhaitant prendre part à la suite de l'étude ont eu la possibilité de choisir un créneau

---

<sup>2</sup> Le vaccin au Covid-19 est ici abordé car c'est, au moment de l'étude, un nouveau vaccin qui tranche les opinions dans la population depuis sa mise sur le marché en décembre 2020. Toutefois, l'étude dans sa globalité ne se limite pas uniquement à ce vaccin.

horaire pour la date de la formation, d'ajouter une adresse électronique et ainsi qu'un code d'identification en prévision du post-test.

L'intervention comprenait plusieurs parties et était donnée sous forme de formation en ligne par le Dr Alessandro Diana avec Oriane Sarrasin et moi-même comme modératrices/observatrices. Elle débutait par un tour de table dans lequel les participant-es disaient quelques phrases sur leur profession et les situations où ils-elles avaient rencontré de la vaccino-hésitation. Ensuite, la présentation sur la vaccino-hésitation et l'entretien motivationnel était donnée (environ une heure). Le Dr Diana y présentait la vaccino-hésitation (définition, typologie, chiffres), l'évolution de sa propre attitude vis-à-vis des personnes hésitantes et la manière dont l'approche « métacognitive » pouvait expliquer la vaccino-hésitation (mécanismes de biais cognitifs liés à la prise de décision, cerveau rationnel et émotionnel). Il abordait également la posture de médecin (référentiel CanMEDS, tendance à se reposer sur l'érudition en consultation, l'effet de réactance des patient-es hésitant-es) et sa propre posture et hésitation face au vaccin Covid-19 au début de la campagne de vaccination. Ensuite, il abordait l'entretien motivationnel (évidences scientifiques, méthode « ask-offer-ask », empathie, transparence). Pour terminer, le Dr Diana montrait deux vidéos d'environ 5 minutes chacune aux participant-es : dans la première, une consultation à la vaccination « classique » était jouée entre un médecin et une patiente (beaucoup d'information donnée, peu d'écoute, pression à la vaccination) et dans la deuxième, une consultation de type « entretien motivationnel » était jouée (écoute active, questionnement, demande de permission). Après chacune des vidéos, le Dr Diana demandait un feedback des participant-es sur le contenu visionné. Dans une deuxième partie (environ 30 minutes), le Dr Diana introduisait une situation de vaccino-hésitation à jouer durant les jeux de rôle. Les participant-es étaient divisé-es par groupe de deux à trois personnes dans des salles Zoom séparées et devaient jouer chacun-e leur tour le rôle de patient-e et de thérapeute en mettant en œuvre l'approche de l'entretien motivationnel qui avait été présentée. Le Dr Diana passait régulièrement dans les salles pour répondre aux questions. À la fin de l'exercice, les participant-es revenaient en salle principale, donnaient un retour et le lien pour le deuxième questionnaire leur était transmis.

Le questionnaire post-test (voir Annexe 2) contenait des questions d'appréciation de la formation donnée et des jeux de rôle, des questions sur l'intention de modifier sa pratique dans le cadre professionnel et dans son entourage personnel ainsi qu'une question sur les attitudes face aux personnes non vaccinées (même question que dans le pré-test). À la fin du questionnaire, les personnes étaient invitées à rappeler leur code d'identification.

## 2.2 Population visée et échantillons

Pour prendre part à l'étude, les participant-es devaient travailler dans le secteur médical et être amené-es à aborder la vaccination dans le cadre de leur pratique professionnelle. L'échantillon du pré-test a été complété entièrement par 141 participant-es dont 100 femmes (70.9%) et 41 hommes (29.1%). Les participant-es ont entre 24 et 72 ans et l'âge moyen est de 44.58 ans ( $ET = 10.76$ ). Il y a 79 médecins avec spécialisations diverses<sup>3</sup> (56.4%), 27 médecins pédiatres (19.3%), 14 infirmier-ères (10%) et 20 personnes avec des professions diverses<sup>4</sup> (14.3%). Une personne n'a pas précisé sa profession.

Dans l'échantillon du pré-test, 101 personnes se sont inscrites à la formation à l'entretien motivationnel. Parmi celles-ci, 36 personnes ont vraiment participé à la formation et 29 personnes ont complété le questionnaire post-test<sup>5</sup>. L'échantillon combiné « pré-post-test », constitué des bases de données du pré-test et du post-test, comporte 29 participant-es dont 26 femmes (89.7%) et 3 hommes (10.3%). Les participant-es ont entre 31 et 64 ans et l'âge moyen est de 45.79 ans ( $ET = 10$ ). Il y a neuf médecins avec des spécialisations diverses (32.1%), sept médecins pédiatres (25%), sept infirmier-ères (25%) et cinq personnes avec des professions diverses<sup>6</sup> (17.9%). Une personne n'a pas précisé sa profession.

## 2.3 Opérationnalisation des variables de la première phase d'analyse (pré-test)

### 2.3.1 Variable dépendante

**Mesure d'attitude envers les vacciné-es et non-vacciné-es.** Dans l'analyse du pré-test, l'attitude initiale des participant-es envers les vacciné-es et les non-vacciné-es a été évaluée car c'est la variable dépendante des hypothèses  $H_{1a}$  et  $H_{1b}$  (voir Figure 1). Ces hypothèses postulent un lien entre le rapport personnel et professionnel avec les attitudes envers les vacciné-es et non-vacciné-es. Pour ce faire, l'attitude a été mesurée par une échelle de Likert reprenant des adjectifs décrivant les

---

<sup>3</sup> Termes utilisés par les participant-es pour décrire leur profession : généraliste, médecin assistant-e, chef-fe de clinique, étudiant-e en médecine, stomatologue, gynécologue

<sup>4</sup> Psychologue, psychopraticien-ne, pharmacien-ne, diététicien-ne, sage-femme-homme, acupuncteur-riche, responsable d'un centre de vaccination, assistant-e médical-e, dentiste et physiothérapeute

<sup>5</sup> Il semblerait que les participant-es aient indiqué leur adresse email pensant que cela était obligatoire sans intention réelle de participer, cela expliquerait pourquoi il n'y a eu que 36 personnes sur 101 présentes lors des interventions

<sup>6</sup> Psychologue, pharmacien-ne, employé-e de commerce, et deux assistant-es médical-es

attitudes pro/anti-vaccination correspondant à des représentations communes pour ces groupes. Les participant-es ont d’abord répondu à l’échelle mesurant l’attitude envers les vacciné-es puis à celle mesurant l’attitude envers les non-vacciné-es. À la question « Selon vous, les personnes qui se sont vaccinées/ne se sont pas vaccinées contre le Covid-19... » (B2<sub>pré</sub> et B3<sub>pré</sub>), les participant-es ont dû évaluer entre 1 (*pas du tout d’accord*) à 6 (*totalelement d’accord*) les items suivants : « se sont faites influencer » (item 1), « ne pensent qu’à elles-mêmes » (item 2), « agissent pour les autres » (item 3), « sont responsables » (item 4) et « ont vraiment pesé le pour et le contre (item 5) » (l’ordre des items était différent entre la question B2<sub>pré</sub> et B3<sub>pré</sub>). Afin d’obtenir une moyenne d’attitude entre tous les items d’une même échelle, une analyse de corrélation bivariée a tout d’abord été effectuée entre ceux-ci. Puisque les adjectifs utilisés étaient à la fois positifs et négatifs, il a fallu inverser les items 1 et 2. L’échelle a ensuite été soumise à une analyse en composantes principales (ACP), technique d’analyse statistique multivariée qui est utilisée lorsque plusieurs variables quantitatives corrélerent entre elles et qui permet de vérifier si la création d’une nouvelle variable est justifiée (Abdi & Williams, 2010). En l’occurrence, une seule dimension a été caractérisée par une valeur propre supérieure à 1, ce qui indiquait la possibilité de créer une seule variable par échelle. Une analyse de fiabilité a également été effectuée et a confirmé que les échelles d’attitudes envers les vacciné-es et non-vacciné-es étaient fiables (voir Tableau 1). Une moyenne d’attitude positive a donc pu être créée pour chaque échelle. En comparant les moyennes, l’échelle envers les vacciné-es a obtenu une meilleure évaluation que l’échelle envers les non-vacciné-es (voir Tableau 2). Grâce à un test de Student exploratoire (test *t*), plusieurs moyennes ont été calculées entre l’attitude envers chaque groupe et le statut vaccinal des participant-es. Le test *t* a indiqué que les sujets vacciné-es et non-vacciné-es ont mieux évalué leur propre groupe que le groupe opposé et ce, de manière significative (voir Tableau 2).

**Tableau 1.**

*Récapitulatif des alpha de Cronbach*

<b>1<sup>ère</sup> phase d’analyse</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Échelle de l’attitude envers les vacciné-es (pré-test)	.825
Échelle de l’attitude envers les non-vacciné-es	.835
Échelle de confiance	.875
<b>2<sup>ème</sup> phase d’analyse</b>	
Échelle de l’attitude envers les non-vacciné-es (post-test)	.868
Échelle de l’appréciation formation	.297

**Tableau 2.***Moyennes et écart-types des variables du Pré-test et Post-test*

	Échantillon complet Pré-test (N=141)			Échantillon réduit Pré-Post-test (N=29)	
<b>Mesures pré-intervention</b>					
Variable	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>p-valeur</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Attitude pré-intervention envers vaccinés	4.49	1.12		4.69	0.96
· Sujets vaccinés	4.71	0.89	} Δ <.001	4.81	0.74
· Sujets non-vaccinés	2.29	0.61		1.4 <sup>a</sup>	-
Attitude pré-intervention envers non-vaccinés	2.65	1.19		2.34	0.89
· Sujets vaccinés	2.41	0.91	} Δ <.001	2.22	0.65
· Sujets non-vaccinés	5.04	0.99		5.6 <sup>a</sup>	-
Confiance envers					
· Les vaccins ARN	4.73	1.51		5.17	1.10
· Les expert-es scientifiques	4.93	1.36		5.31	1.07
· Les politicien-nes	3.18	1.22		3.55	1.02
· Les médias	2.62	1.15		2.90	1.08
· Les vaccins en général	5.26	1.02		5.45	0.83
Moyenne de confiance	4.14	1.03		4.47	0.83
· Sujets vaccinés	4.39	0.68	} Δ <.001	4.59	0.55
· Sujets non-vaccinés	1,71	0.64		1.20 <sup>a</sup>	-
<b>Mesures post-intervention</b>					
Évaluation présentation	-	-		4.97	0.19
Impression jeux de rôle	-	-		4.76	0.54
Intention de modifier sa pratique	-	-		4	1.17
Attitude envers les non-vaccinés post-intervention	-	-		2.84	0.77

*Note.* a : Résultats d'une seule personne dans l'échantillon

Δ : Différence entre les deux moyennes

### 2.3.2 Variables indépendantes

**Rapport personnel à la vaccination.** L'hypothèse H<sub>1a</sub> postule que le rapport personnel à la vaccination prédit l'attitude envers les vaccinés et non-vaccinés (voir Figure 1). Cette variable indépendante est opérationnalisée par le statut vaccinal et le niveau de confiance envers les institutions publiques en lien avec la vaccination. Pour obtenir des informations sur le statut vaccinal des participant-es, la question « Quel est votre statut vaccinal concernant le Covid-19 ? » (B4<sub>pré</sub>) a été posée. Les participant-es ont répondu soit par « Je suis vacciné-e » ou « Je ne suis pas vacciné-e ». Dans

cet échantillon, 128 personnes (90.8%) se déclarent vaccinées contre le Covid-19 et 13 personnes (9.2%) se déclarent non vaccinées. Plus d'informations sur la vaccination et non-vaccination (nombre de doses et de guérison) des participant·es étaient disponibles (voir Annexe 3) mais n'ont pas été utilisées (B5<sub>pré</sub> et B6<sub>pré</sub> ; voir Tableau 3). Pour pouvoir effectuer les ANOVA, le statut vaccinal a été transformé en variable dichotomique (1 pour oui, 0 pour non).

**Tableau 3.**

*Utilisation des variables dans les deux phases d'analyse (pré-test et pré-post-test)*

#	Variables	1 <sup>ère</sup> phase d'analyse	2 <sup>ème</sup> phase d'analyse
A1 <sub>pré</sub>	Recommandation vaccination Covid-19	x	x
A2 <sub>pré</sub>	Précision de la recommandation		
	Commentaire recommandation		
A3 <sub>pré</sub>	Manière d'aborder la vaccination		
	Commentaire manière d'aborder la vaccination	x	
B1 <sub>pré</sub>	Niveaux de confiance	x	x
B2 <sub>pré</sub>	Attitude envers les vacciné·es	x	
B3 <sub>pré</sub>	Attitudes envers les non-vacciné·es	x	x
B4 <sub>pré</sub>	Statut vaccinal	x	
B5 <sub>pré</sub>	Détail de vaccination		
B6 <sub>pré</sub>	Détail de non-vaccination		
B7 <sub>pré</sub>	Genre	x	x
B8 <sub>pré</sub>	Âge	x	x
B9 <sub>pré</sub>	Profession	x	
C1 <sub>pré</sub>	Créneau horaire		
C2 <sub>pré</sub>	Adresse électronique		
C3 <sub>pré</sub>	Code d'identification	x	x
A1 <sub>post</sub>	Évaluation de la présentation		
A2 <sub>post</sub>	Commentaire sur la présentation		x
A3 <sub>post</sub>	Impression des jeux de rôle (patient·e)		x
A4 <sub>post</sub>	Impression des jeux de rôle (thérapeute)		x
A5 <sub>post</sub>	Commentaire jeux de rôle		x
B1 <sub>post</sub>	Intention de modifier sa pratique professionnelle		
B2 <sub>post</sub>	Commentaire pratique professionnelle		x
B3 <sub>post</sub>	Intention de modifier sa pratique personnelle		x
B4 <sub>post</sub>	Commentaire pratique personnelle		x
B5 <sub>post</sub>	Attitude envers les non-vacciné·es		x
C1 <sub>post</sub>	Code d'identification		x

Note. « x » indique que la variable a été utilisée dans les analyses statistiques

Pour obtenir des informations sur le niveau de confiance envers les institutions publiques en lien avec la vaccination des participant·es, le niveau de confiance générale envers plusieurs concepts en lien avec la vaccination a été mesuré. À la question « Quel est votre niveau de confiance envers » ( $B1_{\text{pré}}$ ), les individus ont pu évaluer leur confiance entre 1 (*pas du tout de confiance*) à 6 (*confiance totale*) sur différents items : « les vaccins à ARN messenger (par exemple : Moderna, Pfizer/BioNTech) » (item 1), « les expert·es scientifiques » (item 2), « les politicien·nes » (item 3), « les médias » (item 4) et « les vaccins en général » (item 5). Ces items ont été choisis car ils paraissaient les plus pertinents afin d'évaluer la confiance générale et sont d'importants déterminants de la vaccino-hésitation (Deml et al., 2019). Les vaccins en général, les expert·es scientifiques et les vaccins à ARNm ont obtenu une moyenne de confiance plus haute que les politicien·nes et les médias (voir Tableau 2). Comme pour l'échelle d'attitude, un examen des corrélations ainsi qu'une analyse en composantes principales ont été effectués sur les items de confiance : les items corrélaient bien entre eux et une seule dimension a obtenu une valeur propre supérieure à 1. L'échelle de confiance a présenté une bonne fiabilité (voir Tableau 1). Ceci a permis de créer une moyenne de confiance générale pour tout l'échantillon. Un test *t* exploratoire a également été effectué entre les moyennes de confiance des sujets vaccinées et non-vaccinées et a indiqué que les sujets vacciné·es ont une confiance significativement plus élevée que les sujets non-vacciné·es (voir Tableau 2).

**Rapport professionnel à la vaccination.** L'hypothèse  $H_{1b}$  postule que le rapport professionnel à la vaccination prédit l'attitude envers les vacciné·es et non-vacciné·es (voir Figure 1). Cette variable indépendante est opérationnalisée par la recommandation à la vaccination Covid-19 et par la manière d'aborder la vaccination en consultation. Ces deux variables permettent de connaître les pratiques médicales des participant·es en lien avec la vaccination. À la question « En tant que professionnel·le de la santé, lorsque vous abordez ou avez abordé la question de la vaccination contre le Covid-19 avec vos patient·es/client·es, quelle est ou a été votre recommandation ? » ( $A1_{\text{pré}}$ ), les participant·es avaient la possibilité de cocher l'affirmation qui leur correspondait. 84 personnes (59.6%) ont sélectionné « Je la recommandais ou la recommande » (item 1), 38 personnes (27%) « Je la recommandais ou la recommande au cas par cas » (item 2), 13 personnes (9.2%) « Je ne la recommandais ou ne la recommande pas » (item 3), six personnes (4.3%) « Je n'ai pas l'occasion d'aborder la vaccination dans ma pratique professionnelle » (item 4) et aucune personne n'a sélectionné « Je ne souhaite pas répondre à cette question » (item 5). Pour pouvoir effectuer les ANOVA, la recommandation a été transformée en variable dichotomique (1 si l'item 1 était coché, 0 pour toute autre réponse). Les précisions quant à la recommandation à la vaccination ( $A2_{\text{pré}}$ ) n'ont pas été utilisées (voir Tableau 3 et Annexe 3).



La manière d'aborder la vaccination a été utilisée à des fins informatives pour connaître davantage les pratiques liées à la vaccination des participant·es, mais n'a pas été incorporée aux analyses statistiques. À la question « Comment abordez-vous la vaccination ? » (A3<sub>pré</sub>) les participant·es ont pu sélectionner un ou plusieurs des items. 12 personnes (8.5%) ont coché « J'essaie de persuader mes patient·es de se faire vacciner » (item 1), 88 personnes (62.4%) « Je discute avec le·la patient·e pour savoir si elle souhaite ou non se faire vacciner et pourquoi » (item 2), 65 personnes (46.1%) « Je donne toutes les informations et recommandations que je connais sur le vaccin » (item 3), 17 personnes (12.1%) « Je parle brièvement de l'existence du vaccin » (item 4) et 19 personnes (13.5%) « Autre » (item 5). Ces réponses indiquent qu'en majorité, les participant·es ont tendance à discuter avec leurs patient·es des raisons de leur choix et à leur donner toutes les informations connues à ce sujet. L'option « Autre » de la question A3<sub>pré</sub> donnait la possibilité d'ajouter un commentaire sur la manière d'aborder la vaccination (voir Annexe 3). Certain·es participant·es ont rapporté utiliser un mode de communication « classique », c'est-à-dire donner les informations, ajuster celles qui sont fausses et convaincre : « *En cas de représentations erronées, je transmets des informations fiables au patient.* » (Sujet 15) ; « *En cas de facteurs de risque, j'essaie de les convaincre.* » (Sujet 132) ; « *J'informe aussi sur les risques et les difficultés de prise en charge en cas d'effets indésirables (absence de consultation dédiée, situations de détresse que j'ai vues).* » (Sujet 21). Une personne a indiqué utiliser des techniques qui s'apparentent à l'entretien motivationnel : « *J'encourage à la vaccination (...) tout en rappelant qu'elle est facultative. Je suis non jugeante et reste à l'écoute* » (Sujet 63). Deux individus ont rapporté aborder peu la vaccination : « *Si le patient aborde le sujet, j'en parle.* » (Sujet 68) et « *Je ne l'aborde pas en profondeur.* » (Sujet 126).

### 2.3.3 Variables de contrôle

Le genre, l'âge et la profession sont des variables contrôles. Pour le genre, les participant·es ont répondu à la question « Quel est votre genre ? » (B7<sub>pré</sub>) en sélectionnant « Féminin », « Masculin » ou « Autre ». Pour pouvoir effectuer les ANOVA, la variable du genre a été transformée en variable dichotomique (1 pour féminin, 0 pour masculin). Pour l'âge, les participant·es ont répondu en toutes lettres à la question « Quelle est votre année de naissance ? » (B8<sub>pré</sub>). L'année de naissance a été transformée en âge. Pour la profession, les participant·es ont entré leur profession en toutes lettres dans un commentaire qui suivait la question « Quelle est votre profession ? » (B9<sub>pré</sub>). Les réponses ont été regroupées par catégories en fonction de la fréquence des professions rapportées. La profession a été recodée en une nouvelle variable avec les catégories suivantes : les médecins avec spécialisations diverses (1), les médecins pédiatres (2), les infirmier·ères (3), et les personnes avec professions diverses (4).

### 2.3.4 Autres variables

Dans l'analyse du pré-test, plusieurs questions n'ont pas été utilisées pour les analyses car considérées non pertinentes (voir Tableau 3) : la question de précision sur la recommandation (A2<sub>pré</sub>) et les détails de vaccination et non-vaccination (B5<sub>pré</sub> et B6<sub>pré</sub>). Le créneau horaire (C1<sub>pré</sub>) ainsi que l'adresse électronique (C2<sub>pré</sub>) ont été utilisés uniquement pour organiser l'intervention et contacter les participant·es mais pas pour les analyses.

## 2.4 Opérationnalisation des variables de la deuxième phase d'analyse (pré-post-test)

Dans la deuxième phase d'analyse, le questionnaire post-test a été combiné avec le questionnaire pré-test. Seules les réponses des personnes ayant participé aux deux questionnaires ont été retenues. Dans le questionnaire post-test, l'intérêt principal est d'évaluer l'impact de l'intervention sur l'attitude des participant·es face aux personnes non-vaccinées (H<sub>2</sub>) en intégrant les variables de l'impression de la formation (H<sub>2a</sub>), rapport personnel (H<sub>2b</sub>) et professionnel à la vaccination (H<sub>2c</sub> ; voir Figure 1). Le second intérêt est d'évaluer l'intention de modifier la pratique selon l'impression de la formation (H<sub>3</sub> ; voir Figure 1).

### 2.4.1 Variables dépendantes

**Mesure d'attitude envers les non-vacciné·es.** Dans l'analyse du pré-post-test, l'hypothèse H<sub>2</sub> prédit une augmentation des attitudes positives envers les non-vacciné·es (voir Figure 1). Pour ce faire, l'attitude envers les non-vacciné·es a été à nouveau mesurée pour pouvoir la comparer à l'attitude initiale. Cette attitude a été mesurée via l'échelle d'attitude envers les non-vacciné·es (B5<sub>post</sub>) qui avait la même forme qu'au pré-test (B3<sub>pré</sub>). Afin d'obtenir une moyenne d'attitude positive post-intervention (voir Tableau 2), les mêmes transformations que dans le pré-test ont été effectuées. Contrairement au pré-test, l'attitude envers les vacciné·es n'a pas été mesurée au post-test (voir Tableau 3). En effet, puisque ce groupe était déjà évalué positivement et qu'il a été déterminé que le but de l'étude serait d'évaluer l'amélioration des attitudes envers le groupe le moins apprécié, il n'y avait pas d'intérêt de mesurer une attitude envers les vacciné·es en post-intervention.

**Intention de modifier sa pratique.** L'intention de modifier sa pratique est une variable dépendante de l'hypothèse H<sub>3</sub> qui postule un lien entre l'impression de la formation et l'intention de modifier sa pratique à la suite de la formation (voir Figure 1). Afin de l'évaluer, les participant·es étaient

invité-es à répondre à deux questions la mesurant. La première était : « Suite à la formation que vous avez suivie, pensez-vous modifier la manière dont vous interagissez avec vos patient-es vaccino-hésitant-es ? » (B1<sub>post</sub>). 27 personnes (93.1%) ont répondu « Oui » (item 1), une personne (3.4%) « Non » (item 2) et une personne (3.4%) « Je ne rencontre pas de patient-es vaccino-hésitant-es » (item 3). Montrant peu de variations, les réponses à cette question n'ont pas été utilisées pour les analyses. La prochaine question permettait néanmoins d'entrer un commentaire à ce sujet : « Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous interagissez avec vos patient-es vaccino-hésitant-es ? » (B2<sub>post</sub>). Les réponses à cette question (voir Annexe 4) ont pu servir de données qualitatives afin de comprendre l'intention de modifier sa pratique et d'illustrer les résultats quantitatifs obtenus pour la deuxième phase d'analyse. Une deuxième question évaluait entre 1 (*pas du tout*) à 5 (*tout à fait*) l'intention de changer la manière d'aborder la vaccination hors du travail : « Suite à la formation que vous avez suivie, pensez-vous modifier la manière dont vous discutez de la vaccination hors de votre travail ? » (B3<sub>post</sub>). Les réponses ont eu une bonne variation, cette question a donc pu être utilisée dans les analyses. Un espace pour un commentaire suivait également la question : « Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous discutez de la vaccination hors de votre travail ? » (B4<sub>post</sub>). Les commentaires entrés (voir Annexe 4) ont également pu être utilisés pour illustrer les résultats quantitatifs et apporter un complément à l'analyse de l'intention de modifier sa pratique.

#### 2.4.2 Variables indépendantes

**Rapport personnel à la vaccination.** Dans la deuxième phase d'analyse, l'hypothèse H<sub>2b</sub> postule que le rapport personnel à la vaccination modère l'augmentation des attitudes positives des soignant-es envers les non-vacciné-es entre le pré-test et le post-test (voir Figure 1). Pour évaluer le rapport personnel à la vaccination, initialement composé du statut vaccinal et du niveau confiance, les réponses aux questions B1<sub>pré</sub> et B4<sub>pré</sub> du pré-test des personnes ayant participé aux deux questionnaires ont été reprises (voir Tableau 3). Ne présentant pas suffisamment de variation, le statut vaccinal (B4<sub>pré</sub>) n'est pas utilisé. En effet, dans cet échantillon, 28 personnes se déclarent vaccinées au Covid-19 (96.6%) et une personne se déclare non vaccinée (3.4%). Pour opérationnaliser le rapport personnel à la vaccination, c'est donc uniquement la variable de confiance envers les institutions publiques en lien avec la vaccination (B1<sub>pré</sub>) qui a été utilisée. Pour l'échantillon du pré-post-test (échantillon restreint), des moyennes similaires (si ce n'est légèrement plus élevées) pour chaque item de confiance ont été obtenues en comparaison avec l'échantillon complet (voir Tableau 2). Après avoir été soumise aux mêmes transformations qu'au pré-test, une moyenne a été calculée pour l'échelle de confiance (voir Tableau 2). Pour effectuer des analyses supplémentaires, la moyenne de confiance a

été transformée en variable catégorielle avec confiance basse (1), confiance moyenne (2) et confiance haute (3).

**Rapport professionnel à la vaccination.** Dans la deuxième phase d'analyse, l'hypothèse  $H_{2c}$  postule que le rapport professionnel à la vaccination modère l'augmentation des attitudes positives des soignant-es envers les non-vacciné-es entre le pré-test et le post-test (voir Figure 1). Pour évaluer le rapport professionnel à la vaccination, opérationnalisé par la recommandation à la vaccination Covid-19 et la manière d'aborder la vaccination, les réponses qui avaient été données aux questions  $A1_{pré}$  et  $A3_{pré}$  du pré-test ont été reprises (voir Tableau 3). Les participant-es de l'échantillon restreint ont répondu de manière semblable que l'échantillon complet du pré-test à ces deux questions. Pour la recommandation à la vaccination, 16 personnes (55.2%) ont répondu « Je la recommandais ou la recommande » (item 1), 11 personnes (37.9%) « Je la recommandais ou la recommande au cas par cas » (item 2), une personne (3.4%) « Je ne la recommandais ou ne la recommande pas » (item 3) et une personne (3.4%) « Je n'ai pas l'occasion d'aborder la vaccination dans ma pratique professionnelle » (item 4). Pour pouvoir effectuer les ANOVA, la recommandation à la vaccination a été transformée en variable dichotomique (1 si l'item 1 était coché, 0 pour toute autre réponse). Les précisions quant à la recommandation n'ont pas été reprises ( $A2_{pré}$ ; voir Tableau 3).

Comme pour la première phase d'analyse, la manière d'aborder la vaccination ( $A3_{pré}$ ) a été utilisée afin de connaître davantage les pratiques liées à la vaccination des participant-es mais n'a pas été incorporée aux analyses statistiques. Une personne (3.4%) a répondu « J'essaie de persuader mes patient-es de se faire vacciner » (item 1), 23 personnes (79.3%) « Je discute avec le-la patient-e pour savoir si elle souhaite ou non se faire vacciner et pourquoi » (item 2), 11 personnes (37.9%) « Je donne toutes les informations et recommandations que je connais sur le vaccin » (item 3), cinq personnes (17.2%) « Je parle brièvement de l'existence du vaccin » (item 4) et deux personnes (6.9%) « Autre ». Dans cet échantillon restreint, une grande majorité a tendance à discuter avec leur patient-es pour comprendre leur choix de vaccination. On peut supposer que ce chiffre est plus grand que dans l'échantillon total du prétest (79.3% choisissent l'item 2 dans l'échantillon restreint contre 62.4% dans l'échantillon entier) car ce sont surtout les personnes déjà familières avec des approches assimilées à l'entretien motivationnel qui se sont inscrites à la formation. Les commentaires sur la manière d'aborder la vaccination n'ont pas été utilisés dans cette phase d'analyse (voir Tableau 3).

**Impression de la formation.** Dans l'analyse du pré-post-test, les hypothèses postulent que l'impression de la formation prédirait l'intention de modifier sa pratique ( $H_3$ ) et modérerait le lien entre les deux mesures d'attitudes envers les non-vacciné-es ( $H_{2a}$ ; voir Figure 1). Cette variable

indépendante est opérationnalisée par l'évaluation de la présentation du Dr Diana ainsi que l'impression des jeux de rôle. Pour obtenir une évaluation de la présentation, les participant-es ont noté entre 1 (*pas du tout*) à 5 (*tout à fait*) les items qui suivaient l'affirmation : « J'ai trouvé la présentation donnée par le Dr Alessandro Diana... » (A1<sub>post</sub>). L'item « pas assez poussée » (item 1) a obtenu une moyenne de 2.48 ( $ET = 1.48$ ), « précise » (item 2) de 4.59 ( $ET = 0.57$ ), « trop courte » (item 3) de 2.72 ( $ET = 1.07$ ) et « informative » (item 4) de 4.97 ( $ET = 0.19$ ). Après avoir inversé les items 1 et 3 qui corrélaient négativement avec le reste de l'échelle, l'échelle d'appréciation n'a pas présenté une assez bonne fiabilité pour être transformée en moyenne d'appréciation (voir Tableau 1). Il a donc été décidé que seul l'item « informative » (item 4) serait utilisé pour évaluer la présentation. Néanmoins, comme 28 personnes (96.6%) ont attribué 5 points à cet item et une seule personne (3.4%) lui en a attribué 4, l'item n'a pas montré une variation assez bonne pour être utilisé dans les analyses. À la suite de cette question, les participant-es avaient la possibilité d'entrer un commentaire sous la consigne « Toutes vos impressions concernant la présentation (les diapositives présentées) nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout commentaire que vous auriez. N'oubliez pas qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et que vos données sont traitées de manière confidentielle » (A2<sub>post</sub>). Ces réponses (voir Annexe 4) ont été utilisées pour illustrer les résultats des analyses quantitatives et pour apporter des éléments d'amélioration de la formation.

Pour mesurer l'impression des jeux de rôle, une première question abordait les impressions du jeu de rôle en tant que patient-e. Les personnes ont dû évaluer entre 1 (*pas du tout*) à 5 (*tout à fait*) les items qui suivaient l'affirmation « J'ai trouvé le fait de prendre le rôle d'un-e patient-e vaccino-hésitant-e pendant le jeu de rôle... » (A3<sub>post</sub>). L'item « difficile » (item 1) a obtenu une moyenne de 2.73 ( $ET = 1.49$ ), « inhabituel » (item 2) une moyenne de 3.23 ( $ET = 1.77$ ), « intéressant » (item 3) une moyenne de 4.77 ( $ET = 0.65$ ) et « pertinent » (item 4) une moyenne de 4.77 ( $ET = 0.65$ ). Les mêmes adjectifs étaient proposés dans la deuxième question « J'ai trouvé le fait de prendre le rôle d'un-e thérapeute pendant le jeu de rôle... » (A4<sub>post</sub>). L'adjectif « intéressant » a reçu une moyenne de 4.81 ( $ET = 0.40$ ), « inhabituel » une moyenne de 1.81 ( $ET = 1.10$ ), « difficile » une moyenne de 3.12 ( $ET = 1.37$ ) et « pertinent » une moyenne de 4.69 ( $ET = 0.84$ ). En effectuant une analyse de corrélation entre les items de chaque échelle, seuls les items 1 et 4 présentaient une corrélation positive ( $r = .529$  pour A3<sub>post</sub> et  $r = .768$  pour A4<sub>post</sub>). Il a été donc décidé qu'ils seraient regroupés en une seule moyenne d'impression des jeux de rôle pour les deux échelles (voir Tableau 2) et que celle-ci serait utilisée pour opérationnaliser l'impression de la formation. Pour compléter cette question, les participant-es pouvaient, comme pour l'évaluation de la présentation, ajouter un commentaire sur leur impression des jeux de rôle sous l'affirmation suivante : « Toutes vos impressions concernant le fait d'avoir pris différents rôles nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout

commentaire que vous auriez. N'oubliez pas qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et que vos données sont traitées de manière confidentielle » (A5<sub>post</sub>). Ces réponses (voir Annexe 4) ont également été utilisées pour illustrer les résultats quantitatifs et pour apporter des éléments d'amélioration de la formation.

#### *2.4.3 Variables de contrôle*

Dans la deuxième phase d'analyse, les questions portant sur le genre (B7<sub>pré</sub>) et l'âge (B8<sub>pré</sub>) sont des variables indépendantes et de contrôle. À l'inverse de la première phase d'analyse, les variables de la profession (B9<sub>pré</sub>) et du statut vaccinal (B4<sub>pré</sub>) n'ont pas été utilisées pour les raisons suivantes : pour la profession, il n'y avait aucune différence significative entre les moyennes de confiance ou d'attitude des différentes catégories de profession et pour le statut vaccinal, une seule personne sur 29 n'était pas vaccinée, il n'y avait donc pas assez de variabilité pour utiliser le statut vaccinal.

#### *2.4.4 Autres variables*

Dans l'analyse du pré-post-test, plusieurs questions n'ont pas été utilisées car elles ne montraient pas assez de variation et/ou n'étaient pas pertinentes : la question de précision sur la recommandation à la vaccination (A2<sub>pré</sub>), l'attitude envers les vaccinés (B2<sub>pré</sub>), le statut vaccinal et les détails de vaccination/guérison (B4<sub>pré</sub>, B5<sub>pré</sub> et B6<sub>pré</sub>), la profession (B9<sub>pré</sub>), le créneau horaire (C1<sub>pré</sub>), l'adresse électronique (C2<sub>pré</sub>), l'évaluation de la présentation (A1<sub>post</sub>) et l'intention de modifier sa pratique professionnelle (B1<sub>post</sub> ; voir Tableau 3).

## 2.5 Stratégie analytique

Pour l'analyse des données du pré-test ainsi que du pré-post-test, les réponses au questionnaire ont été téléchargées depuis le logiciel LimeSurvey. Le nettoyage des données a été effectué sur la version 14.7.7 de Excel puis, les analyses statistiques sur la version 27 du logiciel IBM SPSS Statistics. Les données sont à la fois quantitatives et qualitatives, ce travail utilise donc des méthodes mixtes.

### *2.5.1 Première phase d'analyse*

#### **a. Nettoyage et transformation des données**

Pour nettoyer les données, les lignes 35 et 36 ont été combinées car la même personne a complété deux fois le questionnaire. Tous les sujets n'ayant pas complété le questionnaire jusqu'à la

question sur le genre (B7<sub>pré</sub>) du questionnaire ont été supprimés. Le créneau horaire sélectionné pour la formation ainsi que l'adresse électronique ont été supprimés (C1<sub>pré</sub> et C2<sub>pré</sub>).

#### **b. Tests statistiques**

Plusieurs test *t* exploratoires ont été effectués entre la moyenne de confiance, l'attitude envers les vacciné-es et non-vacciné-es et le statut vaccinal. Afin de tester l'hypothèse H<sub>1a</sub> et H<sub>1b</sub>, une première ANOVA a été exécutée entre l'attitude envers les vacciné-es et la moyenne de confiance, le statut vaccinal, la recommandation à la vaccination, l'âge, le genre et la profession. Une seconde ANOVA univariée a été effectuée entre toutes ces variables indépendantes et l'attitude envers les non-vacciné-es.

#### **c. Analyses qualitatives**

Toutes les réponses aux questions ouvertes et espaces pour les commentaires du pré-test ont été lus et corrigés (fautes de frappe, orthographe, syntaxe). Pour analyser les réponses, des thèmes ont été dégagés et les verbatims les illustrant bien ont été sélectionnés. Les commentaires analysés portaient sur la manière d'aborder la vaccination (A3<sub>pré</sub> ; voir Tableau 3 et Annexe 4).

### *2.5.2 Deuxième phase d'analyse*

La base de données pré-post-test contient les données combinées du pré-test et du post-test uniquement pour les personnes ayant participé à la formation. Dans cette base de données, nous retrouvons donc les mêmes variables que dans le pré-test, mais avec des variables supplémentaires du post-test.

#### **a. Nettoyage et transformation des données**

Pour le nettoyage des données du pré-post-test, les données du pré-test nettoyées et transformées ont été combinées au post-test. Pour faire correspondre les données du pré-test avec les données du post-test, les codes d'identification ont été utilisés pour ne garder que les sujets ayant participé aux deux tests. Pour la majorité des cas, cela a bien fonctionné. Cependant, quatre personnes n'ont pas écrit deux fois le même code : parfois une lettre changeait, mais les chiffres étaient les mêmes, parfois le contraire. Des correspondances ont été ainsi supposées sur la base de ces erreurs et une variable « correspondance » a été créée afin de catégoriser les codes du post-test qui correspondait exactement (correspondance 1) et ceux qui ne correspondaient pas exactement (correspondance 2). La ligne 46 a été supprimée, car ce sujet avait déjà répondu au questionnaire (mêmes réponses, même code). Les variables âge et manière d'aborder la vaccination contenaient des

données manquantes. Pour effectuer les analyses statistiques, ces dernières ont été imputées par leur moyenne.

#### **b. Test statistiques**

Une ANOVA répétée a été opérée entre la première (B3<sub>pré</sub>) et la deuxième (B5<sub>post</sub>) mesure d'attitudes envers les non-vacciné-es. Les co-variables utilisées étaient le genre, l'âge, la recommandation à la vaccination, l'impression des jeux de rôle et la confiance. Pour toutes ces analyses, une version a été effectuée avec l'entièreté des participant-es du pré-post-test (correspondance 2) et une version uniquement avec les participant-es dont le code correspondait exactement (correspondance 1). Les analyses portant sur le deuxième groupe (correspondance 1) montraient une puissance statistique faible à cause du nombre restreint de participant-es, les résultats n'ont donc pas été retenus. Une ANOVA univariée a été opérée entre l'intention de modifier sa pratique et l'impression de la formation.

#### **c. Analyses qualitatives**

Comme dans l'étape c de la première phase d'analyse, les commentaires des participant-es aux questions ouvertes du post-test ont été lus et corrigés. À partir de ces réponses, des thèmes ont été dégagés et les verbatims les illustrant bien ont été sélectionnés. Les questions ouvertes/espaces pour les commentaires portaient sur : les impressions concernant la présentation (A2<sub>post</sub>), les impressions concernant les jeux de rôle (A5<sub>post</sub>), la manière de changer sa pratique professionnelle (B2<sub>post</sub>) et la manière de changer sa pratique dans son entourage personnel (B4<sub>post</sub> ; voir Tableau 3 et Annexe 4).



### 3. Résultats

À la suite des analyses effectuées sur les deux bases de données (pré-test et pré-post-test), les résultats permettent de tirer des conclusions sur les hypothèses proposées dans ce travail (voir Figure 1). Le tableau 12 permet d'avoir un aperçu des résultats de chacune des hypothèses.

#### 3.1 Première phase d'analyse

##### 3.1.1 Hypothèse $H_{1a}$

Pour rappel, l'hypothèse  $H_{1a}$  postule qu'un rapport personnel positif à la vaccination (composé des variables du statut vaccinal et de la confiance) prédit une attitude plus positive envers les vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es. Pour l'attitude envers les vacciné-es, l'ANOVA univariée montre que le modèle général est significatif ( $F(8, 138) = 24.34, p < .001$ ;  $R^2 = 0.60$ ) et que la confiance a un effet significatif sur l'attitude envers les vacciné-es ( $F(1, 138) = 31.38, p < .001$ ; voir Tableau 4). Plus la confiance est haute, plus l'attitude positive envers les vacciné-es l'est aussi. Le statut vaccinal n'est pas significatif ( $F(1, 138) = 2.36, p = .127$ ; voir tableau 4).

**Tableau 4.**

*ANOVA univariée pour l'attitude envers les vacciné-es*

Tests des effets intersujets					
Variable dépendante : Moyenne d'attitude envers les personnes vaccinées					
Source	Somme des carrés de Type III	dl	Carré moyen	F	Sig.
Modèle corrigé	104.71 <sup>a</sup>	8	12.09	24.34	<.001
Constante	12.84	1	12.84	23.88	<.001
Confiance	16.88	1	16.88	31.38	<.001
Âge	.54	1	.54	0.99	.320
Femme	.00	1	.00	.001	.978
Statut vaccinal	1.27	1	1.27	2.36	.127
Recommandation	1.85	1	1.85	3.44	.066
Profession	7.76	3	2.59	4.81	.003
Erreur	69.92	130	.538		
Total	2982.19	139			
Total corrigé	174.63	138			

a. R-deux = 0.600 (R-deux ajusté = 0.575)

En s'attardant sur les variables de contrôle, on remarque qu'il y a un effet significatif de la profession ( $F(3, 138) = 4.81, p = .003$ ; voir Tableau 4). En effet, le groupe des médecins aux spécialisations diverses attribue une moyenne significativement inférieure aux vacciné-es que les médecins pédiatres et les infirmier-ères (voir Tableau 5 et 6).

**Tableau 5.**

*Moyennes marginales estimées pour la profession*

Estimations				
Variable dépendante : Moyenne d'attitude envers les personnes vaccinées				
Profession	Moyenne	Erreur standard	95% intervalle de confiance	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Médecin spé.	4.08 <sup>a</sup>	0.16	3.77	4.40
Médecin pédiatre	4.62 <sup>a</sup>	0.21	4.20	5.04
Infirmier-ère	4.72 <sup>a</sup>	0.26	4.21	5.23
Autre	4.15 <sup>a</sup>	0.21	3.73	4.60

a. Les covariables figurant dans le modèle sont évaluées à l'aide des valeurs suivantes : Moyenne de confiance = 4.12, Âge = 44.61

**Tableau 6.**

*Comparaisons appariées pour la profession*

Comparaisons appariées						
Variable dépendante : Moyenne d'attitude envers les personnes vaccinées						
(I) Profession	(J) Profession	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig. <sup>b</sup>	Intervalle de confiance à 95% pour la différence <sup>b</sup>	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Méd. spé.	Méd. pédiatre	-0.54*	0.18	.020	-1.02	-0.06
	Infirmier-ère	-0.64*	0.22	.028	-1.23	-0.04
	Autre	-0.06	0.19	1.000	-0.58	0.45
Méd. pédiatre	Méd. spé.	0.54*	0.18	.020	0.06	1.02
	Infirmier-ère	-0.10	0.25	1.000	-0.77	0.57
	Autre	0.48	0.23	.223	-0.13	1.08
Infirmier-ère	Med. spé.	0.64*	0.22	.028	0.04	1.23
	Med. pédiatre	0.10	0.25	1.000	-0.57	0.77
	Autre	0.57	0.26	.178	-0.13	1.27
Autre	Méd. spé.	0.06	0.19	1.000	-0.45	0.58
	Méd. pédiatre	-0.48	0.23	.223	-1.08	0.13
	Infirmier-ère	-0.57	0.26	.178	-1.27	0.13

Basées sur les moyennes marginales estimées

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

b. Ajustement pour les comparaisons multiples : Bonferroni.

Pour l'attitude envers les non-vacciné-es, l'ANOVA montre également que le modèle général est significatif ( $F(8, 138) = 21.20, p = <.001; R^2 = 0.57$ ) et que la confiance prédit de manière significative l'attitude positive envers les non-vacciné-es ( $F(1, 138) = 21.23, p = <.001$ ; voir Tableau 7). Le statut vaccinal a également un effet significatif ( $F(1, 138) = 6.91, p = .010$ ). L'effet de la profession étant tendanciel ( $F(3, 138) = 2.60, p = .055$ ), les différences en fonction des catégories de métier ne sont donc pas explorées. Avec un effet de la confiance significatif sur l'attitude envers les vaccinés-es et les non-vacciné-es et un effet significatif du statut vaccinal sur l'attitude envers les non-vacciné-es uniquement, l'hypothèse  $H_{1a}$  est partiellement confirmée (voir Tableau 12). Cela signifie que le niveau de confiance envers les institutions liées à la vaccination des participant-es prédit à la fois les attitudes envers les vaccinés-es et les attitudes envers les non-vacciné-es. Plus précisément, plus la confiance est haute, plus les attitudes seront positives envers les vaccinés-es et moins elles le seront envers les non-vacciné-es. Quant au statut vaccinal, les résultats montrent qu'il ne prédit pas les attitudes envers les vaccinés-es. Il prédit néanmoins les attitudes envers les non-vacciné-es : les personnes qui ont un statut vaccinal « positif » (se déclarent vaccinées) évaluent moins bien les personnes non-vacciné-es que les personnes avec un statut vaccinal « négatif » (se déclarent non-vaccinées).

**Tableau 7.**

*ANOVA univariée pour l'attitude envers les non-vacciné-es*

<b>Tests des effets intersujets</b>					
Variable dépendante : Moyenne d'attitude envers les personnes non-vaccinées					
Source	Somme des carrés de Type III	dl	Carré moyen	F	Sig.
Modèle corrigé	112.24	8	14.03	21.20	<.001
Constante	51.14	1	51.14	77.26	<.001
Confiance	14.05	1	14.05	21.23	<.001
Âge	1.29	1	1.29	1.94	.165
Femme	1.50	1	1.50	2.26	.135
Statut vaccinal	4.57	1	4.57	6.91	.010
Recommandation	1.46	1	1.46	2.21	.140
Profession	5.15	3	1.72	2.60	.055
Erreur	86.04	130	0.66		
Total	1172.29	139			
Total corrigé	198.28	138			

a. R-deux = 0.566 (R-deux ajusté = 0.539)

### 3.1.2 Hypothèse $H_{1b}$

Pour rappel, l'hypothèse  $H_{1b}$  postule qu'un rapport professionnel positif à la vaccination (opérationnalisé par la recommandation à la vaccination) prédit une attitude plus positive envers les

vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es. Pour les attitudes envers les vacciné-es, l'ANOVA montre un effet tendanciel de la recommandation à la vaccination sur l'attitude ( $F(1, 138) = 3.44, p = .066$  ; voir Tableau 4) : si une personne recommande la vaccination, elle tend à exprimer une attitude plus positive envers les vacciné-es que si elle ne la recommande pas. Pour l'attitude envers les non-vacciné-es, les résultats montrent un effet non significatif de la recommandation à la vaccination ( $F(1, 138) = 2.21, p = .140$  ; voir Tableau 7). Puisque le rapport professionnel à la vaccination ne prédit pas l'attitude envers les vacciné-es et non-vacciné-es, l'hypothèse  $H_{1b}$  n'est pas confirmée (voir Tableau 12).

## 3.2 Deuxième phase d'analyse

### 3.2.1 Hypothèse $H_2$

Pour rappel, l'hypothèse  $H_2$  stipule que l'attitude positive envers les non-vacciné-es augmente entre la première et la deuxième mesure. L'ANOVA répétée nous indique qu'il y a une augmentation significative de l'attitude positive envers les non-vacciné-es entre les deux mesures ( $F(1, 27) = 5.54, p = .028$  ; voir Tableau 8). Avec une moyenne d'attitude envers les non-vacciné-es pré-intervention de 2.34 ( $ET = 0.89$ ) sur 6 et une moyenne post-intervention de 2.84 ( $ET = 0.77$ ) sur 6 (voir Tableau 3), la différence de moyenne montre une augmentation de 21.36% de l'attitude positive après l'intervention, l'hypothèse  $H_2$  est donc confirmée (voir Figure 3 et Tableau 12). Sans pour autant avancer un lien de causalité, ces résultats pourraient signifier que l'intervention a permis l'augmentation des attitudes positives envers les non-vacciné-es.

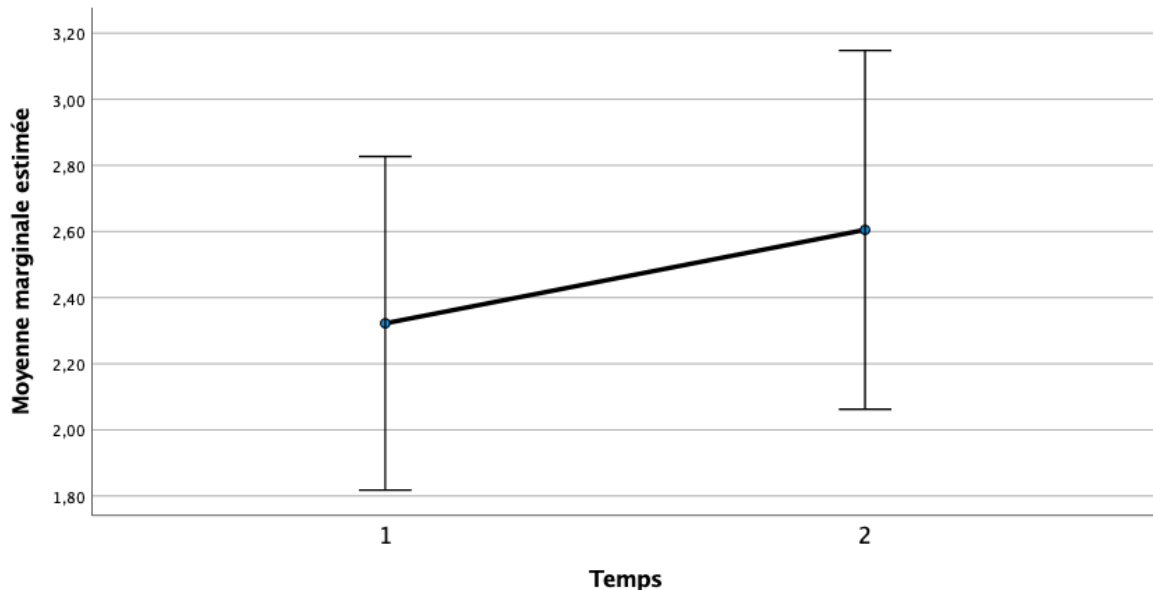
**Tableau 8.**

*ANOVA répétée entre attitude envers les non-vacciné-es pré et post (test intrasujets)*

Tests des contrastes intrasujets						
Source	Temps	Somme des carrés de Type III	dl	Carré moyen	F	Sig.
Temps	Linéaire	2.68	1	2.68	5.54	.028
Temps*âge	Linéaire	0.79	1	0.79	1.62	.216
Temps*Recommandation	Linéaire	0.18	1	0.18	0.38	.544
Temps*Impression jeux de rôle	Linéaire	0.48	1	0.48	0.99	.329
Temps*Confiance	Linéaire	4.22	1	4.22	8.71	.007
Temps*Femme	Linéaire	0.31	1	0.31	0.63	.436
Erreur (Temps)	Linéaire	11.15	23	0.49		

**Figure 3.**

*Différence de moyenne entre l'attitude pré-intervention et post-intervention envers les non-vacciné-es*



Les covariables figurant dans le modèle sont évaluées à l'aide des valeurs suivantes : Âge = 45,7855, Recommandation = ,5517, Impression jeu rôle = 4,7597, Confiance = 4,4759

Barres d'erreur : Intervalle de confiance à 95 %

Les analyses qualitatives effectuées sur les questions ouvertes du post-test (A2<sub>post</sub>, A5<sub>post</sub>, B2<sub>post</sub> et B4<sub>post</sub>) permettent de dégager plusieurs thèmes en lien avec les hypothèses. Pour illustrer les résultats concernant le changement d'attitude à la suite de l'intervention, le thème « Changement de sa propre attitude face aux patient·es hésitant·es » a été élaboré à partir des commentaires aux questions ouvertes (voir Annexe 4). Dans leurs commentaires, les participant·es indiquent que la formation leur a permis d'avoir une plus grande ouverture et compréhension face aux doutes et besoins des personnes hésitantes. Elle leur aurait également permis de questionner leurs propres attitudes, émotions négatives et tendance à être dans le jugement. Tous les commentaires témoignent d'une plus grande empathie et considération des personnes hésitantes, ce qui sert globalement de complément aux résultats quantitatifs obtenus qui montrent une augmentation des attitudes positives envers les non-vacciné·es à la suite de la formation.

*« Le jeu de rôle de la patiente a pour moi été particulièrement intéressant et formateur car dans ma pratique je croyais très souvent manquer de contenu, d'érudition". Alors que la personne vaccino-hésitante a surtout besoin d'une écoute active, d'une reformulation, d'une validation de son questionnement et de ses doutes. Je vous remercie pour cette formation très intéressante pour ma pratique professionnelle. » (Sujet 20, A5<sub>post</sub>);*  
*« Beaucoup plus d'ouverture envers leur questionnement, plus de compréhension envers*

*leur cheminement. » (Sujet 1, B2<sub>post</sub>) ; « Être moins dans la réaction, et "submergé" par son propre énervement ou parfois angoisse, prendre le temps, être plus dans une écoute active » (Sujet 9, B4<sub>post</sub>) ; « Je ne veux plus être dans le jugement, mais dans la compréhension. » (Sujet 26, B2<sub>post</sub>) ; « Accueillir les positions de chacun, ne pas forcer, rester à l'écoute et accompagner. Ne pas juger... Si j'y arrive ! » (Sujet 14, B2<sub>post</sub>) ; « J'ai réalisé l'importance de demander à la personne si elle désire qu'on en discute. » (Sujet 25, B4<sub>post</sub>) et « Je vais être plus dans l'écoute. » (Sujet 26, B4<sub>post</sub>).*

Un individu exprime les raisons de sa frustration face aux personnes hésitantes et des limites de l'utilisation de l'entretien motivationnel dans sa pratique.

*« (...) J'ai aussi constaté qu'il existe un grand écart entre mon interlocuteur, travaillant à l'hôpital, et moi-même travaillant en cabinet médical. De mon côté, je dois essayer de convaincre à longueur de journée des patients qui viennent en fait pour autre chose que la vaccination et qui ont 1012 arguments "contre"... J'ai des appels tous les jours pour me poser des questions sur la nécessité de ce vaccin... Et après deux ans d'énergie "motivatrice" je sature un peu. Faire de la motivation thérapeutique est LA solution lorsque l'on a un ou deux patients par jour à motiver, mais lorsque c'est plutôt cinq à six, tous les jours, cela devient... Démotivant pour le professionnel. (...) Les patients sont tellement accros à Google et croient plus les médias que les scientifiques... Donc on se sent un peu impuissant quelques fois. » (Sujet 28, A5<sub>post</sub>).*

### 3.2.2 Hypothèse H<sub>2a</sub>

Pour rappel, l'hypothèse H<sub>2a</sub> stipule que plus l'impression de la formation est positive, plus l'augmentation de l'attitude positive envers les non-vacciné-es est forte. Les résultats montrent que l'impression de la formation (mesurée par l'impression des jeux de rôle) n'a pas d'effet significatif sur l'attitude ( $F(1, 27) = 0.96, p = .336$  ; voir Tableau 9). Puisque l'impression de la formation n'a pas d'effet sur l'augmentation de l'attitude positive envers les non-vacciné-es, l'hypothèse H<sub>2a</sub> n'est donc pas confirmée (voir Tableau 12). Cela signifie que les participant-es ayant davantage apprécié la formation n'ont pas vu leurs attitudes envers les non-vacciné-es augmenter de manière plus forte que les personnes ayant moins apprécié la formation.

**Tableau 9.***ANOVA répétée entre attitude pré et post (test intersujets)*

Tests des effets intersujets					
Source	Somme des carrés de Type III	dl	Carré moyen	F	Sig.
Constante	1.96	1	1.96	3.20	.087
Âge	0.87	1	0.87	1.43	.245
Recommandation	0.51	1	0.51	0.83	.372
Impression jeux rôle	0.59	1	0.59	0.96	.336
Confiance	3.48	1	3.48	5.68	.026
Femme	0.40	1	0.40	0.64	.430
Erreur	14.10	23	0.61		

### 3.2.3 Hypothèse H<sub>2b</sub>

Pour rappel, l'hypothèse H<sub>2b</sub> postule que plus le rapport personnel à la vaccination est positif, plus l'augmentation de l'attitude positive envers les non-vacciné-es est forte. Les résultats montrent que le rapport personnel (opérationnalisé par la confiance) a un effet significatif sur le changement d'attitude ( $F(1, 27) = 5.70, p = .026$  ; voir Tableau 9). Plus la confiance est grande, plus l'augmentation de l'attitude envers les non-vacciné-es est forte. L'hypothèse H<sub>2b</sub> est donc confirmée (voir Tableau 12) ce qui signifie que le niveau de confiance des participant-es détermine le niveau de changement d'attitude envers les non-vacciné-es à la suite de la formation.

En étudiant de plus près la confiance, les résultats montrent néanmoins une dimension supplémentaire lorsque la confiance est divisée par niveaux. Les participant-es avec une confiance moyenne montrent une plus grande augmentation de l'attitude que les participant-es avec une confiance haute bien que les deux groupes évaluent mieux les non-vacciné-es à la deuxième mesure qu'à la première (voir Tableau 10 et Figure 4). Il est intéressant de noter que les individus qui ont une confiance basse évaluent moins bien les non-vacciné-es dans la deuxième mesure que dans la première, il faut noter néanmoins que cet effet est dû à deux personnes uniquement.

**Tableau 10.**

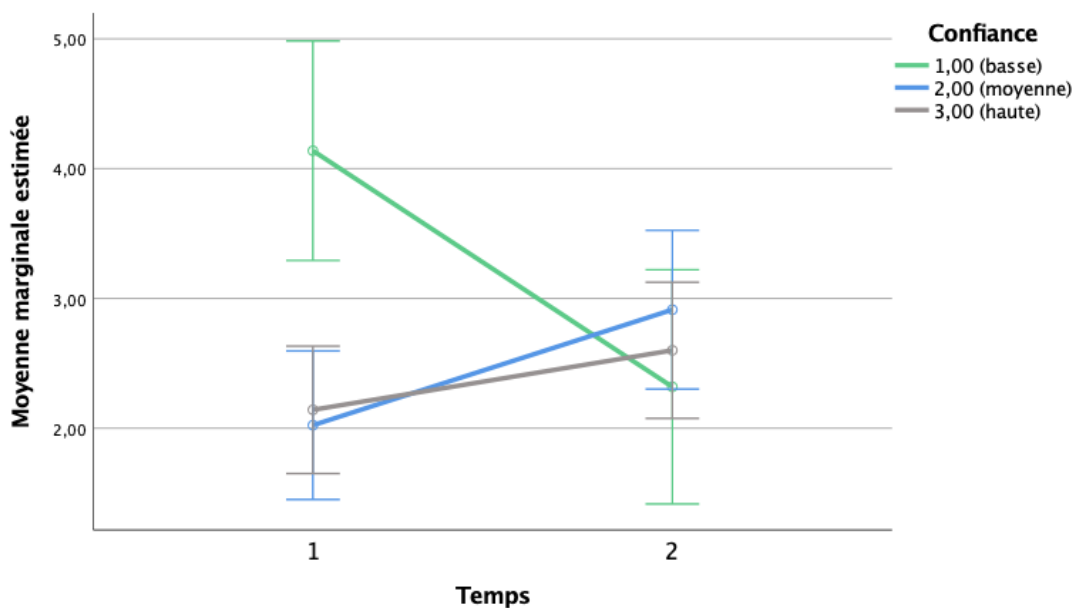
*Différence de moyenne d'attitude en fonction du niveau de confiance*

Confiance moyenne * Temps						
Confiance	Temps	Moyenne	Erreur Std.	95% Intervalle de confiance		
				Borne inférieure	Borne supérieure	
1.00	1	4.14 <sup>a</sup>	0.41	3.29	4.98	
	2	2.32 <sup>a</sup>	0.43	1.42	3.22	
2.00	1	2.02 <sup>a</sup>	0.28	1.45	2.60	
	2	2.91 <sup>a</sup>	0.29	2.30	3.53	
3.00	1	2.14 <sup>a,b</sup>	0.24	1.65	2.63	
	2	2.60 <sup>a,b</sup>	0.25	2.08	3.13	

- a. Les covariables figurant dans le modèle sont évaluées à l'aide des valeurs suivantes : Âge = 45.79, Recommandation = 0.55, Impression des jeux de rôle = 4.76  
 b. Basé sur la moyenne marginale de la population modifiée

**Figure 4.**

*Modification de l'attitude en fonction de la confiance*



Les covariables figurant dans le modèle sont évaluées à l'aide des valeurs suivantes : Âge = 45,7855, Recommandation = ,5517, Impression jeu rôle = 4,7597

Barres d'erreur : Intervalle de confiance à 95 %

### 3.2.4 Hypothèse H<sub>2c</sub>

Pour rappel, l'hypothèse H<sub>2c</sub> postule que le rapport professionnel à la vaccination a un effet sur l'augmentation de l'attitude positive envers les non-vacciné-es après l'intervention. Le rapport



professionnel envers la vaccination (mesuré par la recommandation à la vaccination Covid-19) n'a pas d'effet significatif sur l'amélioration des attitudes ( $F(1, 27) = 0.83, p = .372$ ; voir Tableau 9). L'hypothèse  $H_{2c}$  n'est donc pas confirmée (voir Tableau 12), ce qui signifie qu'un rapport professionnel positif à la vaccination ne prédit pas une augmentation plus forte du changement d'attitude envers les non-vacciné-es suite à l'intervention.

### 3.2.5 Hypothèse $H_3$

Pour rappel, l'hypothèse  $H_3$  postule que plus l'impression de la formation est positive, plus l'intention de modifier sa pratique sera grande. L'ANOVA univariée montre qu'il n'y a pas d'effet de l'impression de la formation (mesurée par l'impression des jeux de rôle) sur l'intention de modifier sa pratique ( $F(1, 27) = 0.05, p = .819$ ; voir Tableau 11). L'hypothèse  $H_3$  n'est donc pas confirmée (voir Tableau 12), ce qui signifie que les participant-es ayant davantage apprécié la formation n'ont pas une plus grande intention de modifier leur pratique que les personnes ayant moins apprécié la formation.

**Tableau 11.**

*ANOVA univariée*

<b>Tests des effets intersujets</b>					
Variable dépendante : Intention de modifier la pratique professionnelle					
Source	Somme des carrés de Type III	dl	Carré moyen	F	Sig.
Modèle corrigé	4.42 <sup>a</sup>	5	0.89	0.61	.696
Constante	4.31	1	4.31	2.95	.099
Confiance	0.70	1	0.70	0.48	.496
Âge	0.25	1	0.25	0.17	.682
Impression jeux rôle	0.08	1	0.08	0.05	.819
Recommandation	0.33	1	0.33	0.23	.639
Femme	2.73	1	2.73	1.87	.185
Erreur	33.58	23	1.46		
Total	502.00	29			
Total corrigé	38.000	28			

a. R-deux = 0.116 (R-deux ajusté = -0.076)

**Tableau 12.**

*Récapitulatif des hypothèses*

<b>Première phase d'analyse</b>		
	<b>Envers les vacciné-e</b>	<b>Envers les non-vacciné-e</b>
<b>H<sub>1a</sub></b> : un rapport personnel positif à la vaccination est lié à une attitude plus positive envers les vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es.	✓ : Confiance × : Statut vaccinal	✓ : Confiance et statut vaccinal
<b>H<sub>1b</sub></b> : un rapport professionnel positif à la vaccination est lié à une attitude plus positive envers les vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es.	×	×
<b>Deuxième phase d'analyse</b>		
<b>H<sub>2</sub></b> : l'attitude positive envers les non-vacciné-es augmente entre la première et la deuxième mesure.	-	✓
<b>H<sub>2a</sub></b> : plus l'impression de la formation est positive, plus l'augmentation de l'attitude envers les non-vacciné-es est forte.	-	×
<b>H<sub>2b</sub></b> : plus le rapport personnel à la vaccination est positif, plus l'augmentation de l'attitude envers les non-vacciné-es est forte.	-	✓ : Confiance
<b>H<sub>2c</sub></b> : plus le rapport professionnel à la vaccination est positif, plus l'augmentation de l'attitude envers les non-vacciné-es est forte.	-	×
<b>H<sub>3</sub></b> : plus l'impression de la formation est positive, plus l'intention de modifier sa pratique sera grande.	-	×

Note. « ✓ » indique une significativité à  $p < .05$  du lien statistique et une confirmation de l'hypothèse.

« × » indique une non-significativité du lien statistiques et une infirmation de l'hypothèse.

Malgré la réfutation de cette hypothèse, l'analyse des commentaires portant sur l'évaluation de la présentation, l'impression des jeux de rôle et l'intention de modifier sa pratique ( $A2_{post}$ ,  $A5_{post}$ ,  $B2_{post}$  et  $B4_{post}$ ) permettent d'apporter une dimension qualitative des effets de la formation sur la modification de la pratique des participant-es. À partir des réponses à ces questions (voir Annexe 4), deux thèmes principaux ont pu être dégagés : « Questionnements de la pratique d'expert-e » et « Intégration des concepts de l'entretien motivationnel ».

Par rapport au thème « Questionnements de la pratique d'expert-e », les participant-es montrent une prise de conscience des différences entre leur pratique et posture initiale et les nouveaux outils appris lors de la formation, ainsi que de la difficulté à adopter un nouveau savoir-faire et à actualiser leur pratique. Les participant-es réalisent également la difficulté à se mettre à la place des patient-es.

*« Rien de tel qu'une mise en situation même fictive. Notre rôle de soignant est plus difficile qu'on ne le réalise et se mettre à la place du patient, tout autant ! Vraiment une expérience intéressante. » (Sujet 14, A5<sub>post</sub>).*

*« Se transposer d'un rôle à l'autre nous montre bien la difficulté à lâcher prise dans ce que nous croyons être nos certitudes et notre savoir-faire, mais le savoir-être est tellement important ! Partager les inquiétudes et les questions valent de nombreuses consultations "stériles". » (Sujet 19, A5<sub>post</sub>).*

*« Tout se joue dans l'objectif que l'on donne à ses consultations. Jusqu'à présent, j'étais à l'écoute, dans la reformulation etc..., mais je souhaitais "convertir" mon patient à ma pensée. Je comprends que c'est seulement en abandonnant cet objectif que j'aurais plus d'impact, car le patient ne se sent pas mené en bateau dans une méthode réputée efficace. » (Sujet 10, B2<sub>post</sub>).*

Quant au thème « Intégration des concepts de l'entretien motivationnel », les participant·es ont pu expliquer de quelle manière ils-elles souhaitaient utiliser la nouvelle approche. Ils-elles rapportent vouloir favoriser l'échange, le questionnement, l'écoute et la tolérance plutôt que l'érudition. La nécessité de demander la permission, d'abandonner la volonté de convaincre et l'importance d'adapter l'information en fonction des intérêts du·de la patient·e sont aussi des termes fréquents dans les commentaires.

*« Essayer de moins partir sur des explications scientifiques d'emblée. Prendre plus de recul. Se rappeler qu'on ne veut pas convaincre l'autre. » (Sujet 2, B4<sub>post</sub>) ; « Être plus dans le questionnement des représentations des perceptions au sujet des différentes vaccinations. Plus axer sur les demandes, les propositions, faire choisir au bénéficiaire. » (Sujet 18, B2<sub>post</sub>) ; « Je vais prendre le temps de "frapper à la porte", de poser davantage le cadre et aussi de me concentrer sur ce qui est le plus important pour le patient. (...) J'ai compris aussi que de bombarder d'infos au départ ne sert à rien, vaut mieux prendre le temps ! » (Sujet 24, B4<sub>post</sub>).*

### 3.2.6 Résultats supplémentaires : Appréciation de la formation

L'analyse des commentaires portant sur l'évaluation de la présentation du Dr Diana et l'impression des jeux de rôle (A2<sub>post</sub> et A5<sub>post</sub>) est un apport substantiel sur la manière dont la formation a été appréciée et pourrait être améliorée. Tout d'abord, la présentation semble avoir plu par sa clarté

et l'intérêt qu'elle a suscité. Les participant-es rapportent avoir apprécié la dimension participative de la formation, les vidéos présentées et la mise en pratique des concepts enseignés.

*« Diapositives très claires et utiles, discours du Dr Diana également très clair, intéressant, compréhensible. » (Sujet 9, A2<sub>post</sub>) ; « J'ai trouvé les informations données vraiment intéressantes et me permettent de me restituer dans mon rôle de soignant dans cette période mouvementée ! Merci ! » (Sujet 14, A2<sub>post</sub>) ; « Les vidéos sont très instructives et parlantes. Elles aident à intégrer les notions. Les slides du Powerpoint sont claires et instructives. J'ai beaucoup apprécié l'aspect participatif de la formation. » (Sujet 23, A2<sub>post</sub>).*

Quant à la durée de la formation, les participant-es auraient apprécié que la formation soit plus longue et recevoir davantage d'outils sur l'entretien motivationnel.

*« Très intéressant comme présentation, mais un peu trop courte. » (Sujet 1, A2<sub>post</sub>) ; « Messages clés très clairs et concis avec "tips" faciles à comprendre et essayer de mettre en place au quotidien, malgré peu de temps à disposition pour la formation. » (Sujet 3, A2<sub>post</sub>) ; « Je trouvais la formation super bien faite mais j'aurais pu passer encore du temps à discuter sur ce sujet. » (Sujet 21, A2<sub>post</sub>) ; « J'aurais aimé recevoir plus d'outils techniques sur l'entretien motivationnel durant la formation. » (Sujet 5, A2<sub>post</sub>).*

Concernant l'impression des jeux de rôle, certain-es participant-es rapportent avoir rencontré des difficultés à exécuter l'exercice par écrans interposés, d'autres auraient souhaité la présence d'une tierce personne faisant office d'observateur·rice pour leur donner un retour sur la mise en pratique du jeu de rôle.

*« Très bien de faire ce jeu de rôle. Cela aurait été bien d'avoir le feedback de l'observateur pour reprendre point où ce qu'on a dit ou comment on est intervenu comme professionnel de la santé pourrait être amélioré ou si ce n'était pas adéquat. » (Sujet 16, A5<sub>post</sub>) ; « Pour ce jeu de rôle : j'aurais aimé avoir un "observateur" pour nous donner un feed-back sur la justesse de communication avec le patient, afin d'apprendre les bonnes attitudes. En étant juste en "vis-à-vis" nous ne savons pas ce qui a été bénéfique ou non lors de ces échanges (...). » (Sujet 28, A5<sub>post</sub>).*

Une personne rapporte qu'elle aurait aimé recevoir plus d'information sur la situation à mettre en pratique.

*« Pour mieux rentrer dans la peau de notre personnage (quand on fait le patient vaccino-hésitant, surtout que c'est un rôle qui est loin de notre vrai rôle dans la vraie vie) il faudrait avoir plus d'infos sur ce personnage et avoir plus le temps de l'appréhender. Par moment, j'avoue que je ne savais pas trop quoi lui faire dire...! »* (Sujet 10, A5<sub>post</sub>).

Deux participant-es expliquent n'avoir pas pu participer au jeu de rôle.

*« Difficile pour moi de répondre aux questions concernant le jeu de rôle, car je n'avais pas de caméra sur mon ordi au travail et j'ai eu un problème de son m'empêchant d'être entendue par les autres (je pouvais par contre entendre la présentation). Je trouve difficile de faire des jeux de rôles en visioconférence plutôt qu'en réel. »* (Sujet 2, A5<sub>post</sub>) et *« Je n'ai pas eu le temps de jouer le patient malheureusement, mais j'ai bénéficié des feedbacks. »* (Sujet 5, A5<sub>post</sub>).

## 4. Discussion

Ayant comme triple objectif l'évaluation des prédicteurs des attitudes envers les vacciné-es et non-vacciné-es, l'évaluation du changement d'attitude envers les non-vacciné-es et le changement de pratique à la suite d'une formation à l'entretien motivationnel, ce travail de recherche a évolué autour de plusieurs hypothèses dont une partie d'entre elles ont été confirmées. Dans la première phase d'analyse portant sur les données récoltées avant l'intervention, la première hypothèse (H<sub>1a</sub>) postulait qu'un rapport personnel positif à la vaccination (confiance haute envers les institutions en lien avec la vaccination et statut vaccinal positif) prédisait une attitude plus positive envers les vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es. Les résultats ont montré que le niveau de confiance prédisait à la fois l'attitude envers les vacciné-es et les attitudes envers les vacciné-es. Plus précisément, plus les participant-es avaient une confiance haute, plus leurs attitudes envers les vacciné-es étaient positives par rapport aux non-vacciné-es. À l'inverse, une confiance basse prédisait une meilleure évaluation des non-vacciné-es par rapport aux vacciné-es. Les résultats concernant le statut vaccinal ont uniquement montré un effet sur l'évaluation des non-vacciné-es, à savoir que les personnes se déclarant comme vacciné-es évaluaient moins bien les non-vacciné-es que le faisaient les personnes se déclarant comme non vacciné-es. Ces résultats confirment partiellement l'hypothèse H<sub>1a</sub>

et illustrent tout à fait la théorie de l'identité sociale qui postule que l'être humain évalue mieux les membres de son propre groupe que des membres du groupe opposé (Brown, 2011; Tajfel et al., 1971) ainsi que les travaux avançant que la confiance est un facteur déterminant de la vaccino-hésitation (Deml et al., 2019; Hornsey et al., 2020; Kremer et al., 2021; MacDonald, 2015).

La deuxième hypothèse (H<sub>1b</sub>) postulait que les participant-es avec un rapport professionnel positif à la vaccination (recommandation de la vaccination aux patient-es) prédisait également une attitude plus positive envers les vacciné-es par rapport à l'attitude envers les non-vacciné-es. Les résultats n'ont pas montré de lien entre le rapport professionnel des participant-es et leurs attitudes envers les vacciné-es et non-vacciné-es, l'hypothèse n'a donc pas été confirmée. Il est intéressant de relever que le rapport personnel à la vaccination a un effet sur les attitudes alors que le rapport professionnel n'en a pas. Puisqu'aucune étude n'a été trouvée sur les effets de ces concepts précis sur l'attitude envers les deux groupes en question, il est difficile d'expliquer ces résultats.

Dans la deuxième phase d'analyse portant sur la combinaison des données récoltées avant et après l'intervention, l'hypothèse H<sub>2</sub> postulait que l'attitude positive des participant-es envers les non-vacciné-es augmentait suite à l'intervention. Cette hypothèse a été confirmée, car les attitudes des participant-es vis-à-vis des non-vacciné-es se sont effectivement améliorées entre la première et la deuxième mesure. Cette augmentation s'explique par la théorie de la prise de perspective qui indique que se mettre à la place d'un-e membre de l'exogroupe permet d'améliorer les attitudes par rapport aux membres de ce groupe (Bearman et al., 2015; Todd & Galinsky, 2014). En l'occurrence, les jeux de rôle effectués durant l'intervention ont pu avoir cet effet-là.

L'hypothèse H<sub>2a</sub> postulait que plus les participant-es évaluaient positivement la formation, plus l'augmentation de l'attitude envers les non-vacciné-es serait forte. Cette hypothèse n'a pas été confirmée mais peut être expliquée par le fait que tous-tes les participant-es ont donné une évaluation positive à la formation et que sans variation, il n'a donc pas été possible d'observer un effet différentiel en fonction de l'appréciation. L'hypothèse H<sub>2b</sub> postulait que plus le rapport personnel à la vaccination était positif, plus l'augmentation de l'attitude positive envers les non-vacciné-es après l'intervention était forte. Cette hypothèse a été partiellement confirmée puisque le niveau de confiance prédisait le changement d'attitude. En effet, plus les participant-es avaient un niveau de confiance élevée, plus leur attitude augmentait alors que l'inverse a été observé pour les participant-es avec un niveau de confiance basse (moins d'augmentation de l'attitude). L'hypothèse H<sub>2c</sub> postulait que plus le rapport professionnel à la vaccination était positif, plus l'augmentation des attitudes positives était forte. Avec un résultat non significatif, il semblerait que la recommandation à la vaccination n'exerce aucune

influence sur les attitudes pré et post-intervention des participant-es. Pour terminer, l'hypothèse H<sub>3</sub> postulait que plus les participant-es évaluaient positivement la formation, plus l'intention de modifier leur pratique serait grande. L'hypothèse n'a pas été confirmée par les résultats, ce qui peut être également expliqué par le fait que tous-tes les participant-es ont à la fois apprécié l'intervention de la même manière (très peu de variabilité) et également répondu souhaiter appliquer les outils enseignés de la même manière (intention de modifier sa pratique).

De manière complémentaire aux analyses statistiques, les analyses qualitatives ont permis d'étayer les résultats de la recherche ainsi que d'apporter des éléments concrets concernant l'évaluation de la formation qui était l'objet de la demande initiale du Dr Diana. Tout d'abord, les participant-es ont montré une bonne capacité de réflexion sur leur propre posture, pratique et attitudes face aux personnes hésitantes dans leurs commentaires qui ont suivi l'intervention. Ils-elles ont témoigné une plus grande ouverture, compréhension et tolérance vis-à-vis des patient-es hésitant-es. Ces résultats permettent de confirmer que la formation a bel et bien eu un effet d'amélioration des attitudes des soignant-es envers les non-vacciné-es. Ensuite, les participant-es ont montré un changement dans leur propre pratique avec une réflexion sur leur posture initiale et une volonté, malgré la difficulté, d'actualiser leur savoir-faire en comprenant les bénéfices que cela aurait sur leur relation avec les patient-es. Ces résultats confirment que la formation a permis d'apporter un nouvel outil aux participant-es qui pourrait modifier leur pratique. Pour terminer, de nombreux commentaires ont permis l'évaluation de la présentation et des jeux de rôle ainsi que les dimensions à améliorer. Globalement, les participant-es rapportent des avis positifs sur la formation et un grand intérêt à l'avoir suivie. Les participant-es indiquent que la formation aurait pu être plus longue et aborder plus d'outils sur l'entretien motivationnel. Quant aux jeux de rôle, ils ont été très appréciés. Les participant-es témoignent néanmoins que la présence d'un-e observateur-ricerice aurait été appréciable afin de les guider et de leur faire un retour sur leur propre exercice.

#### 4.1 Biais et limites

Plusieurs biais et limites liés au design expérimental peuvent expliquer les résultats obtenus. Tout d'abord, une limite est liée au peu de temps disponible pour l'élaboration des questionnaires et pour la récolte de données. En effet, la recherche a démarré tardivement à cause du contexte lié au Covid-19 et à la difficulté de réunir les différentes parties prenantes de la recherche. Initialement, il avait été imaginé que la récolte de données s'effectuerait sur les formations existantes du Dr Diana. Néanmoins, au moment où il a été possible de démarrer l'étude, plus aucune formation n'était agendée, il a donc fallu rapidement trouver une solution pour créer des formations sous conditions

expérimentales afin d'obtenir des résultats dans les meilleurs délais. Après avoir prévu des dates pour les interventions, il restait peu de temps pour construire les deux questionnaires de l'étude, ce qui a fait que ceux-ci ont été rapidement élaborés.

Lors de l'analyse des données récoltées, certains résultats ont montré des inconsistances et ont indiqué de quelle manière les questionnaires auraient pu être améliorés. Tout d'abord, plusieurs questions supplémentaires auraient pu permettre d'explorer les concepts de l'étude de manière plus complète. Il aurait été intéressant, par exemple, de demander aux participant·es les raisons de leur vaccination et de la recommandation à la vaccination ; d'avoir des commentaires sur leur évaluation des vacciné·es et non-vacciné·es pour connaître davantage les stéréotypes derrière ces groupes ; de connaître leur vision de la posture de soignant·e, s'ils-elles se considèrent comme promoteur·rices de la santé et de savoir s'ils-elles pensent avoir le devoir de mettre en avant la vaccination auprès de leurs patient·es pour atteindre les objectifs de la santé publique. Il aurait été également intéressant de connaître plus spécifiquement leur profession et leur lieu de travail (cabinet privé ou milieu hospitalier par exemple) pour voir si celui-ci impacte la vision de la maladie, de ses conséquences et de fait, comment cette vision influence leur opinion par rapport à la vaccination. Ensuite, certaines questions du post-test auraient pu être mesurées différemment. Par exemple, les échelles d'évaluation de la présentation et du jeu de rôle auraient pu être construites avec d'autres adjectifs afin de mesurer uniquement l'appréciation de la présentation et des jeux de rôle. Enfin, la question sur l'intention de modifier sa pratique professionnelle aurait pu être posée sous forme d'échelle afin d'avoir des résultats avec un minimum de variabilité mesurant des différences dans l'intention. Tous ces changements auraient pu engendrer des résultats plus précis et explicites. Les recommandations à ce sujet seraient de poser plus de questions que nécessaires afin d'aborder un maximum de concepts quitte à ne pas toutes les utiliser et de préférer l'utilisation de question qui sont évaluées par une échelle, de manière à avoir une bonne variabilité des résultats.

Ensuite, un biais est lié aux conditions qui ont été différentes lors de chacune des interventions. Bien qu'une standardisation de toutes les interventions était souhaitée, il était peu aisé, comme la formation était participative (les participant·es intervenaient également), d'avoir exactement les mêmes conditions pour chaque « passation ». Tout d'abord, le nombre de personnes présentes variait à chaque intervention et certaines personnes arrivaient ou partaient en cours de route. Ensuite, chaque question ou remarque des participant·es durant la présentation différait d'une formation donnée à l'autre ainsi que les réponses ou anecdotes données par le Dr Diana. Certaines personnes avaient leur caméra, d'autres non, ce qui a rendu les jeux de rôle très différents suivant les groupes. Pour finir, les participantes de la dernière intervention se trouvaient toutes dans une seule



et même salle physique, condition qui était très différente des autres. Sans être un problème fondamental pour enseigner la pratique de l'entretien motivationnel, des conditions standardisées sont néanmoins fondamentales pour obtenir des résultats fiables. Une recommandation pour ce point serait d'avoir une seule modalité de formation (tout le monde en ligne) avec une heure d'arrivée et de départ fixe pour tout le monde ainsi qu'un matériel permettant la participation à toutes les parties de la formation. Il n'est en revanche pas possible de remédier aux différences dans les questions et réponses et jeux de rôle durant l'intervention s'il est souhaité qu'elle reste participative.

Un biais supplémentaire est lié aux opinions des chercheuses et de l'intervenant en faveur de la vaccination en général et de la vaccination au Covid-19. Malgré le fait que chacun-e de nous ait souhaité rester neutre afin de ne pas diriger ni les questions, ni les interventions en faveur ou en défaveur de la vaccination, il est fortement probable que nos opinions aient exercé une influence sur les résultats. Tout d'abord, les personnes ayant participé au premier questionnaire et à la formation étaient en majorité convaincues par la vaccination ce qui a probablement été dû au fait que la première annonce était diffusée sur les réseaux du Dr Diana, connu pour être en faveur de la vaccination. De plus, comme nous souhaitions obtenir un large nombre de participant-es, nous avons mis en avant que la participation au questionnaire permettrait de bénéficier d'une formation à l'entretien motivationnel dans les consultations à propos de la vaccination. Même si nous avons précisé que les opinions personnelles à propos de la vaccination seraient totalement anonymes, il est possible que les deux éléments susmentionnés aient éloigné les personnes en défaveur de la vaccination. Dans cette mesure, il n'est pas possible de généraliser les réponses obtenues dans les questionnaires.

Pour terminer, une limite de l'étude est liée au nombre de participant-es au deuxième questionnaire. En effet, il a fallu trouver des dates qui conviendraient à un maximum de personnes et seulement 36 personnes sur 101 personnes inscrites ont vraiment participé à la formation. Il semblerait que cela ait été uniquement dû au fait que de nombreuses personnes aient rentré leur adresse e-mail sans réelle volonté de participer. Étaler la formation sur de nombreuses séances et la diffuser davantage aurait probablement permis d'obtenir un plus grand nombre de participant-es. Ensuite, 29 personnes sur 36 ont complété le questionnaire post-test, et ce, malgré le rappel à la suite de la séance de le remplir. Pour remédier à ce problème, il serait utile d'avoir des personnes davantage engagées pour la recherche, qui assurent leur participation aux trois phases. Cela n'est pas toujours possible, surtout pour un travail de mémoire. Des erreurs dans la rédaction des codes d'identification ont également réduit les participant-es de l'échantillon. Ces deux raisons ne permettent pas de généraliser les résultats de l'étude car l'échantillon est trop faible pour démontrer une bonne puissance statistique.

## 4.2 Futures recherches

Malgré ces différents biais et limites, les apports de l'étude sont indéniables car elle s'est penchée sur la réalité de terrain d'un grand nombre de professionnel·les de la santé. De plus, la mise en place des interventions a pu faire bénéficier les participant·es de l'apprentissage d'un nouvel outil utile pour leur pratique. En effet, les participant·es semblaient réellement intéressé·es à modifier leur pratique avec cet outil. Bien que les bénéfices de l'utilisation de l'entretien motivationnel semblent évidents aux yeux de la psychologie, son utilisation reste novatrice en milieu médical, tout particulièrement en lien avec la vaccino-hésitation. Pour des recherches futures, il serait intéressant de compléter ces résultats par des entretiens qualitatifs ainsi que tenter de comparer les opinions et attitudes face à la vaccination et aux personnes hésitantes en fonction de leur propre vision de leur rôle de soignant et en fonction de leur lieu d'activité. En effet, les résultats préliminaires d'une autre étude en cours à l'Université de Lausanne sembleraient indiquer que certain·es soignant·es différencient clairement leurs propres recommandations de celles de la santé publique. De plus, il semblerait y avoir des divergences entre les soignant·es travaillant en milieu hospitalier ou en cabinet. Ceci serait expliqué par la gravité ou non des cas de Covid-19 observés pendant la pandémie et la conséquence de ceux-ci sur l'opinion liée à la vaccination Covid-19.

## 5. Conclusion

Pour conclure, ce travail montre que la prise de perspective est un bon moyen pour améliorer les attitudes d'un groupe dominant envers un groupe minoritaire. En effet, les résultats ont permis d'observer une amélioration de l'évaluation des personnes non-vacciné·es après l'intervention. Dans cette mesure, il est possible de conclure que la présentation de l'entretien motivationnel ainsi que les jeux de rôle ont permis ces changements grâce à la prise de perspective et aux discussions que les participant·es ont eu en lien avec la vaccino-hésitation. De plus, la formation a été largement appréciée par les participant·es et ces dernier·ères ont montré un grand intérêt pour l'approche de l'entretien motivationnel. Ces résultats confirment non seulement les théories existantes sur le sujet de la stigmatisation intergroupe mais montrent qu'il est possible d'utiliser un outil comme la prise de perspective par les jeux de rôle dans un contexte médical sur des conflits entre soignant·es et patient·es. De plus, les données récoltées montrent que les professionnel·les de la santé sont prêt·es à réactualiser leur pratique face à des patient·es avec qui ils·elles n'ont pas beaucoup d'outils pour bien communiquer. Cette recherche met en avant des conflits encore peu explorés dans la

communication entre soignant·e et patient·e et sur l'existence de la stigmatisation en lien avec les opinions sur la vaccination. Sur ce sujet, il est également intéressant d'explorer les concepts de décision partagée et d'autonomisation, de liberté de choix et de coercition liée aux choix de santé (Beauchamp & Childress, 1979) dans le domaine de la vaccination. Les résultats montrent également une différence entre le rapport personnel et professionnel à la vaccination et une influence non équivalente de ces facteurs sur les opinions liées à la vaccination. Face à ces résultats, il serait justement intéressant d'aborder le rapport personnel et professionnel à la vaccination lors des formations, à savoir, questionner les professionnel·les sur leurs convictions personnelles : pourquoi se sont-ils-elles fait·es vacciné·es, quels doutes avaient-ils-elles ? Se sont-ils-elles vacciné·es pour le collectif ou au contraire pour l'individuel ? Ensuite, il pourrait être pertinent de les questionner sur leurs convictions professionnelles : pensent-ils-elles avoir un rôle de promoteur·rice de la santé, pensent-ils-elles devoir faire les mêmes recommandations que la santé publique, pensent-ils-elles que la vaccination sert à éradiquer le virus ou plutôt protéger les personnes vulnérables, qu'ont-ils-elles pensé de la communication autour de la vaccination Covid-19 ? Toutes ces questions permettraient d'avoir un regard critique sur la posture propre des soignant·es, de discriminer l'opinion personnelle de l'opinion professionnelle et ainsi de fortifier la formation et les changements qu'elle induit en les comprenant de manière plus complète. Pouvoir remettre en question la posture et les biais des soignant·es concernant la vaccination et leur rapport aux personnes non vacciné·es pourrait permettre une plus grande neutralité et transparence de la part des soignant·es dans les informations données. En effet, l'entretien motivationnel tel que présenté dans le cadre de ce mémoire permet, certes, une approche plus tolérante et empathique, le but semble néanmoins toujours de chercher à « convertir » l'autre à sa pensée en lui exposant ses propres biais, ce qui perpétue un modèle paternaliste (Vonnez, 2021). Pour y remédier, il serait bénéfique que les médecins, lors de leurs consultations exposent à la fois toutes les options, avantages et inconvénients, mais aussi qu'ils-elles puissent exposer leur avis et biais personnels aux patient·es, de manière à ce que les deux partis puissent aborder le sujet de manière transparente et sans contrainte afin de permettre une prise de décision réellement partagée.

À la fois complexe et passionnant, le thème de la vaccino-hésitation est un sujet qui mérite davantage d'attention en recherche, en particulier sur les aspects de conflits intergroupe et de stigmatisation observés notamment durant la pandémie du Covid-19. Les aspects d'éthique, de responsabilité individuelle, de collectivité et de liberté liés à la vaccination sont fondamentaux dans le domaine de la prévention et des soins. Dans cette perspective, des études en profondeur sur ces thèmes permettront sans aucun doute de mieux comprendre de nombreuses problématiques de santé publique actuelles et à venir.

## 6. Références

- Abdi, H., & Williams, L. J. (2010). Principal component analysis. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics*, 2(4), 433-459.  
<https://doi.org/10.1002/wics.101>
- Bearman, M., Palermo, C., Allen, L. M., & Williams, B. (2015). Learning Empathy Through Simulation: A Systematic Literature Review. *Simulation in Healthcare*, 10(5), 308-319.  
<https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000113>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Bordeleau, J.-L. (2021). *Faut-il stigmatiser les non-vaccinés pour les convaincre de tendre le bras ?*  
<https://www.ledevoir.com/societe/sante/650802/faut-il-stigmatiser-les-non-vaccines-pour-les-convaincre-de-tendre-le-bras>
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576.  
<https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Bouder, F., Way, D., Löfstedt, R., & Evensen, D. (2015). Transparency in Europe: A Quantitative Study. *Risk Analysis*, 35(7), 1210-1229.  
<https://doi.org/10.1111/risa.12386>
- Brown, R. (2011). *Prejudice: Its Social Psychology*. John Wiley & Sons.
- Carel, G. (2021). *Faut-il convaincre les vaccino-hésitants ?*  
<https://www.youtube.com/watch?v=kqnVYjEQLSs>
- Deml, M. J., Burton-Jeangros, C., Notter, J., & Tarr, P. E. (2018). Qu'en est-il de l'hésitation vaccinale en Suisse ? *Sage-femme.ch*.  
<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:149155>
- Deml, M. J., Jafflin, K., Merten, S., Huber, B., Buhl, A., Frau, E., Mettraux, V., Sonderegger, J., Kliem, P., Cattalani, R., Krüerke, D., Pfeiffer, C., Burton-Jeangros, C., & Tarr, P. E. (2019). Determinants of vaccine hesitancy in Switzerland: Study protocol of a mixed-methods national research programme. *BMJ Open*, 9(11), e032218.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032218>
- Diana, A., Braillard, O. T.-L., Eckert, N., & Sommer, J. M. (2020). Comment répondre à l'hésitation vaccinale de nos patients ? *Primary and Hospital Care (French Edition)*, 20(12), 383.  
<https://doi.org/10.4414/phc-f.2020.10317>
- Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649-6654.

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.09.039>

Dubé, E., Vivion, M., & MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: Influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines*, 14(1), 99-117.

<https://doi.org/10.1586/14760584.2015.964212>

Engel, G. L. (1981). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 6(2), 101-124.

<https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>

Follonier, J. (2021). *Top 5 des clichés (à revoir d'urgence) sur les vaccino-hésitants*.

<https://www.watson.ch/fr/!988237699>

Gagneur, A., Lemaître, T., Gosselin, V., Farrands, A., Carrier, N., Petit, G., Valiquette, L., & De Wals, P. (2018). A postpartum vaccination promotion intervention using motivational interviewing techniques improves short-term vaccine coverage: PromoVac study. *BMC Public Health*, 18(1), 811.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5724-y>

Goubet, F., & Minet, P. (2021). *Dix doutes légitimes sur la vaccination, zéro bonne raison de ne pas y aller*.

<https://www.letemps.ch/sciences/dix-doutes-legitimes-vaccination-zero-bonne-raison-ne-y-aller>

Guével-Delarue, K. (2020). *L'hésitation vaccinale: Les mots pour expliquer*. Presses de l'EHESP.

<https://www.cairn.info/l-hesitation-vaccinale--9782810908165.htm>

Hornsey, M. J., Lobera, J., & Díaz-Catalán, C. (2020). Vaccine hesitancy is strongly associated with distrust of conventional medicine, and only weakly associated with trust in alternative medicine. *Social Science & Medicine*, 255, 113019.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113019>

Jarrett, C., Wilson, R., O'Leary, M., Eckersberger, E., & Larson, H. J. (2015). Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*, 33(34), 4180-4190.

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>

Jones, S., & Chazan, G. (2021). *'Nein Danke': The resistance to Covid-19 vaccines in German-speaking Europe*.

<https://www.ft.com/content/f04ac67b-92e4-4bab-8c23-817cc0483df5>

Kampf, G. (2021). COVID-19: Stigmatising the unvaccinated is not justified. *The Lancet*, 398(10314), 1871.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02243-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02243-1)

Karafillakis, E., & Larson, H. J. (2018). The paradox of vaccine hesitancy among healthcare

- professionals. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(8), 799-800.  
<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2018.04.001>
- Kefalas, G. (2021). *Un Suisse sur deux favorable à un confinement pour les non-vaccinés*.  
<https://www.swissinfo.ch/fre/toute-l-actu-en-bref/un-suisse-sur-deux-favorable-%C3%A0-un-confinement-pour-les-non-vaccin%C3%A9s/47204534>
- Kremer, D., Lopes, S. M., Ménard, A., Ribordy, A., & Alves, V. S. (2021). *Quels sont les facteurs associés à l'hésitation vaccinale dans la population suisse et dans quelle mesure l'hésitation vaccinale est-elle particulière dans le contexte du COVID ?*  
<https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/imco/imco2021-gr24-abstract-poster.pdf>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150-2159.  
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Le Marechal, M., Fressard, L., Agrinier, N., Verger, P., & Pulcini, C. (2018). General practitioners' perceptions of vaccination controversies: A French nationwide cross-sectional study. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(8), 858-864.  
<https://doi.org/10.1016/j.cmi.2017.10.021>
- L'Express. (2021). *Le dossier de L'Express—Les antivax ont tout faux*.  
[https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/le-dossier-de-l-express-les-antivax-ont-tout-faux\\_2157539.html](https://www.lexpress.fr/actualite/sciences/le-dossier-de-l-express-les-antivax-ont-tout-faux_2157539.html)
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161-4164.  
<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Marti, M., de Cola, M., MacDonald, N. E., Dumolard, L., & Duclos, P. (2017). Assessments of global drivers of vaccine hesitancy in 2014—Looking beyond safety concerns. *PLoS ONE*, 12(3), e0172310.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172310>
- Mercier, A. (2021). Carte blanche à Arnaud Mercier : Pandémie de covid-19 et infodémie de fake news. *Revue internationale d'intelligence économique*, 13(1), 15-36.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (p. xvii, 348). The Guilford Press.
- OFSP. (2022a). *COVID-19 Suisse | Coronavirus | Dashboard*.  
<https://www.covid19.admin.ch/fr/overview>

- OFSP. (2022b). *Coronavirus : Maladie, symptômes, traitement*.  
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html>
- OMS. (2019). *Ten threats to global health in 2019*.  
<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- OMS. (2020). *COVID-19 – Chronologie de l'action de l'OMS*.  
<https://www.who.int/fr/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Peretti-Watel, P., Larson, H. J., Ward, J. K., Schulz, W. S., & Verger, P. (2015). Vaccine Hesitancy: Clarifying a Theoretical Framework for an Ambiguous Notion. *PLoS Currents*, 7.  
<https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.6844c80ff9f5b273f34c91f71b7fc289>
- Peretti-Watel, P., & Verger, P. (2015). L'hésitation vaccinale : Une revue critique. *Journal des Anti-infectieux*, 17(3), 120-124.  
<https://doi.org/10.1016/j.antinf.2015.07.002>
- Pomey, M.P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50.  
<https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Rossen, I., Hurlstone, M. J., & Lawrence, C. (2016). Going with the Grain of Cognition: Applying Insights from Psychology to Build Support for Childhood Vaccination. *Frontiers in Psychology*, 7, 1483.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01483>
- RTSinfo. (2021). « Vacciné ou guéri », la règle des « 2G » sera désormais autorisée en Suisse  
<https://www.rts.ch/info/12691512-vaccine-ou-gueri-la-regle-des-2g-sera-desormais-autorisee-en-suisse.html>
- Steinert, J. I., Sternberg, H., Prince, H., Fasolo, B., Galizzi, M. M., Bütthe, T., & Veltri, G. A. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in eight European countries: Prevalence, determinants, and heterogeneity. *Science Advances*.  
<https://doi.org/10.1126/sciadv.abm9825>
- Swissmedic. (2020). *Swissmedic autorise le premier vaccin contre le COVID-19 en Suisse*.  
<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-impfstoff-erstzulassung.html>
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behaviour. *Social Science Information*, 13(2), 65-93.  
<https://doi.org/10.1177/053901847401300204>
- Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup

behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 1(2), 149-178.

<https://doi.org/10.1002/ejsp.2420010202>

The Washington Post. (2021). *Biden: Coronavirus is « a pandemic of the unvaccinated »*.

[https://www.washingtonpost.com/video/politics/biden-coronavirus-is-a-pandemic-of-the-unvaccinated/2021/07/29/d6a350f2-b8db-4a37-b0a2-23c1159859bd\\_video.html](https://www.washingtonpost.com/video/politics/biden-coronavirus-is-a-pandemic-of-the-unvaccinated/2021/07/29/d6a350f2-b8db-4a37-b0a2-23c1159859bd_video.html)

Todd, A. R., & Galinsky, A. D. (2014). Perspective-Taking as a Strategy for Improving Intergroup Relations: Evidence, Mechanisms, and Qualifications. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(7), 374-387.

<https://doi.org/10.1111/spc3.12116>

Vonnez, J.-L. (2021). Hésitation vaccinale : Accueillir la part tendre. *Rev Med Suisse*, 7(758), 1954-1954.

<https://doi.org/10.53738/REVMED.2021.17.758.1954>

Wicky, J. (2021). *La piqûre obligatoire ? – « Il faut écouter ceux qui hésitent à se faire vacciner »*.

<https://www.tdg.ch/il-faut-ecouter-ceux-qui-hesitent-a-se-faire-vacciner-743415365827>



## 7. Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire pré-test

#### Chères et chers professionnel·les de la santé

Fruit de la collaboration entre les Universités de Lausanne (Laboratoire de psychologie sociale) et Genève (Institut de médecine de famille et de l'enfance), cette enquête porte sur la manière dont vous abordez la vaccination avec vos patient·es ou client·es. Vous êtes tout d'abord invité·es à répondre à un court questionnaire en ligne (5 à 10 minutes). Votre participation est anonyme et toutes vos données seront stockées sur des serveurs sécurisés de l'Université de Lausanne. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : seul votre avis compte.

Ensuite, si vous le souhaitez, vous pouvez vous inscrire à une formation en ligne du Dr. Alessandro Diana, portant sur l'usage de l'entretien motivationnel dans le cadre du dialogue autour de la vaccination avec les patient·es ou les client·es. Après une courte présentation sur la vaccino-hésitation et l'entretien motivationnel, vous aurez l'occasion, en petits groupes, de mettre en pratique les bases de la technique. Il faut compter au maximum 1h30 pour cette formation et le choix vous sera donné entre trois créneaux distincts. À aucun moment de la formation il ne vous sera demandé de partager des informations quant à vos propres attitudes et pratiques vaccinales.

Finalement, le projet de recherche portant sur l'évaluation de la formation du Dr. Diana, vous serez invité·es à répondre à un deuxième court questionnaire en ligne (maximum 5 minutes).

Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation et restons à votre disposition si vous avez des questions ou commentaires.

Pour tout contact : Oriane Sarrasin (oriane.sarrasin@unil.ch)

#### Partie A : La vaccination dans votre pratique professionnelle

**A1. En tant que professionnel·le de la santé, lorsque vous abordez ou avez abordé la question de la vaccination contre le Covid-19 avec vos patient·es/client·es, quelle est ou a été votre recommandation ?**

Je la recommandais ou la recommande

Je la recommandais ou la recommande au cas par cas

Je ne la recommandais ou ne la recommande pas

Je n'ai pas l'occasion d'aborder cette question dans ma pratique professionnelle

Je ne souhaite pas répondre à cette question

**A2. Dans quelle situation ?**

Si l'individu a des problèmes de santé

Si l'individu est âgé de plus de 65 ans

Autre

Autre

**A3. Comment abordez-vous la vaccination ?**

J'essaie de persuader mes patient-es de se faire vacciner

Je discute avec le-la patient-e pour savoir s'il-elle souhaite ou non se faire vacciner et pourquoi

Je donne toutes les informations et recommandations que je connais sur le vaccin

Je parle brièvement de l'existence du vaccin

Autre

Autre

**Partie B : La vaccination et vous**

**B1. Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur vos attitudes personnelles envers la vaccination. Seul votre avis compte !**

**Quel est votre niveau de confiance envers :**

	Pas de confiance du tout						Confiance totale				
les vaccins à ARN messenger (par ex : Moderna, Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
les expert-es scientifiques	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
les politicien-nes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
les médias	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
les vaccins en général	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**B2. Selon vous, les personnes qui se sont vaccinées contre le Covid-19...**

	Pas du tout d'accord					Totalement d'accord					
... se sont faites influencer	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ne pensent qu'à elles-mêmes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... agissent pour les autres	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... sont responsables	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ont vraiment pesé le pour et le contre	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**B3. Selon vous, les personnes qui ne se sont pas vaccinées contre le Covid-19...**

	Pas du tout d'accord					Totalement d'accord					
... se sont faites influencer	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ne pensent qu'à elles-mêmes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... agissent pour les autres	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... sont responsables	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ont vraiment pesé le pour et le contre	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**B4. Quel est votre statut vaccinal concernant le Covid-19 ?**

Je suis vacciné·e

Je ne suis pas vacciné·e

**B5. Pouvez-vous nous donner plus de détails ?**

Je suis vacciné·e (une dose)

Je suis vacciné·e (une dose et une guérison)

Je suis vacciné·e (deux doses)

Je suis vacciné·e (deux doses et une guérison)

Je suis vacciné·e (trois doses)

Je suis vacciné·e (trois doses et une guérison)

Autre

**B6. Pouvez-vous nous donner plus de détails ?**

Je suis non vacciné·e car mon état de santé ne me le permet pas

Je suis non vacciné·e par choix

Je suis guéri·e

Autre

Autre

**B7. Quel est votre genre ?**

Féminin

Masculin

Autre

Autre

**B8. Quelle est votre année de naissance ?**

**B9. Quelle est votre profession ?**

### Partie C : Formation par le Dr. Alessandro Diana

**C1. Si vous le souhaitez, vous pouvez ici vous inscrire pour une formation en ligne (1h30 maximum) donnée par le Dr. Alessandro Diana, sur l'utilisation de l'entretien motivationnel dans le cadre de discussions au sujet de la vaccination avec des patient·es et client·es.**

**Aucune information sur votre opinion vis-à-vis de la vaccination ne vous sera demandée durant la formation et aucun lien ne sera fait entre vos réponses au questionnaire et votre participation.**

**Inscription possible jusqu'au 23 février.**

**Trois créneaux différents sont possibles :**

Lundi 28 février de 12h à 13h30

Mardi 1<sup>er</sup> mars de 19h à 20h30

Samedi 5 mars de 10h à 11h30

**C2. Si vous souhaitez suivre la formation, veuillez indiquer ici votre adresse email. Vous recevrez bientôt des informations plus détaillées sur la formation.**

*Afin de préserver l'anonymat des données, votre adresse email ne sera pas enregistrée dans le même fichier que vos réponses.*

**C3. Afin de générer un code anonyme pour votre questionnaire, veuillez entrer ci-dessous la première et dernière lettre de la rue où vous vivez, ainsi que les deux derniers chiffres de votre numéro de téléphone :**

*Si vous habitez Chemin de la Poste et que votre numéro est 079 123 45 67, votre code est : PE67.*

**Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation et restons à votre disposition si vous avez des questions ou commentaires.**

**Pour tout contact : Oriane Sarrasin (oriane.sarrasin@unil.ch)**

## Annexe 2 : Questionnaire post-test

Chères et chers professionnel·les de la santé

**Vous avez reçu le lien pour ce questionnaire car vous avez suivi une formation en ligne du Dr. Alessandro Diana, portant sur l'usage de l'entretien motivationnel dans le cadre du dialogue autour de la vaccination avec les patient·es ou les client·es. Nous vous remercions de prendre quelques minutes afin de répondre à un court questionnaire permettant d'évaluer la formation que vous avez suivie.**

**Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses : seul votre avis compte. Vos données seront traitées dans la plus grande confidentialité et seront stockées sur un serveur de l'Université de Lausanne.**

**Nous restons à votre disposition si vous avez des questions ou commentaires et vous adressons nos plus cordiales salutations.**

**Pour tout contact : Oriane Sarrasin (oriane.sarrasin@unil.ch)**

### Partie A : La formation

#### A1. J'ai trouvé la présentation donnée par le Dr. Alessandro Diana...

	Pas du tout				Tout à fait				
...pas assez poussée	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
...précise	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... trop courte	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... informative	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

#### A2. Toutes vos impressions concernant la présentation (les diapositives présentées) nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout commentaire que vous auriez.

*N'oubliez pas qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et que vos données sont traitées de manière confidentielle.*

**A3. J'ai trouvé le fait de prendre le rôle d'un·e patient·e vaccino-hésitant·e pendant le jeu de rôle ...**

	Pas du tout				Tout à fait				
...difficile	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... inhabituel	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... intéressant	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... pertinent	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**A4. J'ai trouvé le fait de prendre le rôle d'un·e thérapeute pendant le jeu de rôle ...**

	Pas du tout				Tout à fait		
...difficile	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... inhabituel	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... intéressant	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... pertinent	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**A5. Toutes vos impressions concernant le fait d'avoir pris différents rôles nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout commentaire que vous auriez.**

*N'oubliez pas qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et que vos données sont traitées de manière confidentielle.*

## Partie B : Votre pratique professionnelle

**B1. Suite à la formation que vous avez suivie, pensez-vous modifier la manière dont vous interagissez avec vos patient·es vaccino-hésitant·es :**

Oui

Non

Je ne rencontre pas de patient·es vaccino-hésitant·es

**B2. Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous interagissez avec vos patient·es vaccino-hésitant·es ?**

**B3. Suite à la formation que vous avez suivie, pensez-vous modifier la manière dont vous discutez de la vaccination hors de votre travail :**

(1) Pas du tout

(2)

(3)

(4)

(5) Tout à fait

**B4. Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous discutez de la vaccination hors de votre travail ?**



**B5. Selon vous, les personnes qui ne se sont pas vaccinées contre le Covid-19...**

	Pas du tout d'accord					Totalement d'accord					
... sont responsables	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... se sont faites influencer	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ne pensent qu'à elles-mêmes	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... agissent pour les autres	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
... ont vraiment pesé le pour et le contre	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>

**Partie C : Code**

**C1. Afin de générer un code anonyme pour votre questionnaire, veuillez entrer ci-dessous la première et dernière lettre de la rue où vous vivez, ainsi que les deux derniers chiffres de votre numéro de téléphone :**

*Si vous habitez Chemin de la Poste et que votre numéro est 079 123 45 67, votre code est : PE67.*

**Nous vous remercions chaleureusement pour votre participation et restons à votre disposition si vous avez des questions ou commentaires.**

**Pour tout contact : Oriane Sarrasin ([oriane.sarrasin@unil.ch](mailto:oriane.sarrasin@unil.ch))**

### Annexe 3 : Commentaires aux questions ouvertes du pré-test

#### A2<sub>pré</sub> Dans quelle situation (Autre) ?

ID	Commentaire
21	<i>Si n'a pas déjà eu le Covid, et est à haut risque.</i>
23	<i>L'un n'exclut pas l'autre. Mauvaise question.</i>
52	<i>Grossesse</i>
53	<i>Après discussion</i>
68	<i>Les deux</i>
77	<i>À tous mes patients éligibles à la vaccination.</i>
80	<i>Peu de recul sur le premier trimestre chez les femmes enceintes, mais je le recommande dès le 2<sup>ème</sup> trimestre et le post-partum.</i>
81	<i>Selon situation familiale, famille à l'étranger en XXX par exemple.</i>
88	<i>Selon la situation de base avec le patient (pathologie concernée ; situation familiale ; etc).</i>
89	<i>Actuellement, début 2022, s'il n'a pas encore le Covid-19 (pédiatrie).</i>
101	<i>Enfant entre 5-11 ans</i>
107	<i>Pour les enfants seulement si à risque (pédiatre).</i>
111	<i>Au-dessus de l'âge de 12 ans.</i>
113	<i>Les ados, si les parents sont intéressés.</i>
117	<i>Pour tous sauf les enfants sains sans FR.</i>
123	<i>Au cas par cas</i>
137	<i>Tenir compte que je suis pédiatre.</i>
139	<i>Enfant sain &gt;13 ans.</i>

Note. « XXX » désigne une information confidentielle

#### A3<sub>pré</sub> Comment abordez-vous la vaccination (Autre) ?

ID	Commentaire
15	<i>En cas de représentations erronées, je transmets des informations fiables au patient.</i>
21	<i>J'informe aussi sur les risques et les difficultés de prise en charge en cas d'effets indésirables (absence de consultation dédiée, situations de détresse que j'ai vues).</i>

63	<i>J'encourage à la vaccination, en fonction de la situation médicale de la personne, tout en rappelant qu'elle est facultative. Je suis non jugeante et reste à l'écoute.</i>
68	<i>Si le patient aborde le sujet, j'en parle.</i>
74	<i>Cela dépend des consultations ou des patients.</i>
126	<i>Je ne l'aborde pas en profondeur.</i>
132	<i>En cas de facteurs de risque, j'essaye de les convaincre.</i>

**B5<sub>pré</sub> Pouvez-vous nous donner plus de détails (Autre) ?**

ID	Commentaire
9	<i>2 doses et 2 guérisons</i>
11	<i>Guérison mars 2020 + 3 doses + guérison (symptômes légers) en XXX</i>
16	<i>2 doses et 2 guérisons</i>
21	<i>J'ai souffert de myocardite/péricardite, douleurs insomniantes persistantes pendant des mois. Pas encore remis. Prise en charge catastrophique au XXX qui m'a pourtant administré le vaccin.</i>
22	<i>Souffre encore d'effets secondaires du vaccin XXX 2 doses.</i>
23	<i>Vaccinée une dose et effet secondaire grave.</i>
109	<i>3 doses et 3 guérisons</i>
113	<i>1 dose et 2 guérisons</i>

Note. « XXX » désigne une information confidentielle

**B6<sub>pré</sub> Pouvez-vous nous donner plus de détails (Autre) ?**

ID	Commentaire
25	<i>En tant que médecin, je réfléchis à ce que je veux dans mon corps et trop d'effets secondaires sont observés, dont des décès !</i>
28	<i>Et guérie.</i>

## Annexe 4 : Commentaires aux questions ouvertes du post-test

**A2<sub>post</sub>** Toutes vos impressions concernant la présentation (les diapositives présentées) nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout commentaire que vous auriez.

ID	Commentaire
1	<i>Très intéressant comme présentation, mais un peu trop courte.</i>
3	<i>Messages clés très clairs et concis avec tips faciles à comprendre et essayer de mettre en place au quotidien, malgré peu de temps à disposition pour la formation.</i>
5	<i>J'aurais aimé recevoir plus d'outils techniques sur l'entretien motivationnel durant la formation.</i>
9	<i>Diapositives très claires et utiles, discours du Dr Diana également très clair, intéressant, compréhensible.</i>
10	<i>Très bonne présentation, merci beaucoup. Les take-home messages sont toujours très utiles. Possible d'avoir le Powerpoint svp ?</i>
14	<i>J'ai trouvé les informations données vraiment intéressantes et me permettent de me restituer dans mon rôle de soignant dans cette période mouvementée ! Merci !</i>
16	<i>Cela fait envie d'en savoir plus. Présentation claire et adaptée au temps à disposition.</i>
18	<i>Bien apprécié la variété entre vidéo, chiffre, définitions etc... Ayant déjà eu un aperçu de la présentation (vidéo) ok y a un petit risque de biais.</i>
21	<i>Je trouvais la formation super bien faite, mais j'aurais pu passer encore du temps à discuter sur ce sujet.</i>
23	<i>Les vidéos sont très instructives et parlantes. Elles aident à intégrer les notions. Les slides du Powerpoint sont claires et instructives. J'ai beaucoup apprécié l'aspect participatif de la formation.</i>
27	<i>Enfin, le jeu de rôles par écrans interposés est possible. J'étais un peu sceptique...</i>

**A5<sub>post</sub>** Toutes vos impressions concernant le fait d'avoir pris différents rôles nous sont extrêmement précieuses. N'hésitez pas à nous communiquer tout commentaire que vous auriez.

ID	Commentaire
2	<i>Difficile pour moi de répondre aux questions concernant le jeu de rôle, car je n'avais pas de caméra sur mon ordi au travail et j'ai eu un problème de son m'empêchant d'être entendue par les autres (je pouvais par contre entendre la présentation). Je trouve difficile de faire des jeux de rôles en visioconférence plutôt qu'en réel.</i>
5	<i>Je n'ai pas eu le temps de jouer le patient malheureusement, mais j'ai bénéficié des feedbacks.</i>
10	<i>Pour mieux rentrer dans la peau de notre personnage (quand on fait le patient vaccino-hésitant, surtout que c'est un rôle qui est loin de notre vrai rôle dans la vraie vie) il faudrait</i>

	<i>avoir plus d'infos sur ce personnage et avoir plus le temps de l'appréhender. Par moment, j'avoue que je ne savais pas trop quoi lui faire dire...!</i>
14	<i>Rien de tel qu'une mise en situation même fictive. Notre rôle de soignant est plus difficile qu'on ne le réalise et se mettre à la place du patient, tout autant ! Vraiment une expérience intéressante.</i>
16	<i>Très bien de faire ce jeu de rôle. Cela aurait été bien d'avoir le feedback de l'observateur pour reprendre point où ce qu'on a dit ou comment on est intervenu comme professionnel de la santé pourrait être amélioré ou si ce n'était pas adéquat.</i>
19	<i>Se transposer d'un rôle à l'autre nous montre bien la difficulté à lâcher prise dans ce que nous croyons être nos certitudes et notre savoir-faire, mais le savoir-être est tellement important ! Partager les inquiétudes et les questions valent de nombreuses consultations "stériles".</i>
20	<i>Le jeu de rôle de la patiente a pour moi été particulièrement intéressant et formateur car dans ma pratique je croyais très souvent manquer de contenu, d'érudition". Alors que la personne vaccino-hésitante a surtout besoin d'une écoute active, d'une reformulation, d'une validation de son questionnement et de ses doutes. Je vous remercie pour cette formation très intéressante pour ma pratique professionnelle.</i>
28	<p><i>Pour ce jeu de rôle : j'aurais aimé avoir un "observateur" pour nous donner un feed-back sur la justesse de communication avec le patient, afin d'apprendre les bonnes attitudes. En étant juste en "vis-à-vis" nous ne savons pas ce qui a été bénéfique ou non lors de ces échanges.</i></p> <p><i>J'ai aussi constaté qu'il existe un grand écart entre mon interlocuteur, travaillant à l'hôpital, et moi-même travaillant en cabinet médical. De mon côté, je dois essayer de convaincre à longueur de journée des patients qui viennent en fait pour autre chose que la vaccination et qui ont 1012 arguments "contre"... J'ai des appels tous les jours pour me poser des questions sur la nécessité de ce vaccin... Et après deux ans d'énergie "motivatrice" je sature un peu. Faire de la motivation thérapeutique est LA solution lorsque l'on a un ou deux patients par jour à motiver, mais lorsque c'est plutôt cinq à six, tous les jours, cela devient... Démotivant pour le professionnel.</i></p> <p><i>On m'a même envoyé la définition de la loi de Brandolini qui dit que "la quantité d'énergie nécessaire pour réfuter des idioties est supérieure à celle nécessaire pour les produire"... les patients sont tellement accros à Google et croient plus les médias que les scientifiques... Donc on se sent un peu impuissant quelques fois.</i></p>

**B2<sub>post</sub>** **Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous interagissez avec vos patient-es vaccino-hésitant-es ?**

ID	Commentaire
1	<i>Beaucoup plus d'ouverture envers leur questionnement, plus de compréhension envers leur cheminement.</i>
2	<i>J'ai trouvé la présentation du ask-offer-ask très utile. La formation me permet d'avoir une piquûre de rappel sur l'attitude à avoir, les quelques tips utiles, lorsqu'on souhaite faire un peu d'entretien motivationnel avec un patient.</i>

3	<i>J'utilise déjà l'EM mais j'ai appris quelques astuces supplémentaires.</i>
5	<i>Bon rappel des techniques d'entretien motivationnel, plus d'ouverture aux questions des patients qui guident l'entretien par rapport aux informations que l'on a envie de donner.</i>
6	<i>Certaines formulations enseignées par Dr Diana.</i>
7	<i>Demander d'abord s'ils/elles souhaitent parler vaccin, ou pas.</i>
8	<i>Je vais suivre le canevas très utile proposé par le Dr Diana.</i>
9	<i>Il me semble que l'attitude générale allait déjà dans le sens de ce qui a été discuté aujourd'hui, mais cela apporte quelques techniques complémentaires, comme demander si la personne souhaite plus d'information, expliciter le cadre temporel.</i>
10	<i>Tout se joue dans l'objectif que l'on donne à ses consultations. Jusqu'à présent, j'étais à l'écoute, dans la reformulation etc..., mais je souhaitais "convertir" mon patient à ma pensée. Je comprends que c'est seulement en abandonnant cet objectif que j'aurais plus d'impact, car le patient ne se sent pas mené en bateau dans une méthode réputée efficace.</i>
11	<i>Avoir l'idée du coaching est super.</i>
12	<i>Mieux prendre en compte leur ressenti et leur demander l'autorisation de discuter ensemble des vaccins et ce qu'ils veulent savoir.</i>
13	<i>Être plus ouvert à la discussion, leur demander ce qu'ils aimeraient savoir et si c'est ok d'en parler à ce moment-là. Leur laisser plus de temps à la réflexion.</i>
14	<i>Accueillir les positions de chacun, ne pas forcer, rester à l'écoute et accompagner. Ne pas juger... Si j'y arrive !</i>
15	<i>Davantage demander avant de rentrer dans le sujet et ne pas l'imposer. Actuellement, je décide plutôt moi si je me lance dans la discussion ou si au contraire, je n'aborde pas le sujet ce jour-là.</i>
16	<i>Demander au patient/parent s'il veut des informations sur la vaccination sur quel sujet en particulier sur ce qu'il sait des vaccins de demander ce qu'il pense de la vaccination suite aux informations données.</i>
17	<i>Je me mettrai moins de pression de les convaincre en sachant, que de toute façon, la pression n'est pas utile.</i>
18	<i>Être plus dans le questionnement des représentations des perceptions au sujet des différentes vaccinations. Plus axer sur les demandes, les propositions, faire choisir au bénéficiaire.</i>
19	<i>Plus d'interaction et de patience.</i>
20	<i>Je vais écouter et entendre autrement, en prenant en compte la personne et ses doutes plutôt que le savoir, le contenu, le factuel. Partir de ce que la personne sait, pense et surtout veut savoir.</i>
21	<i>J'aurais plus de patience et compréhension.</i>

22	<i>J'utilisais déjà l'entretien motivationnel d'une façon purement intuitive. Maintenant je suis réconfortée dans mon approche et j'ai plus de pistes pour interagir avec les patient.es/collaborateurs vaccino-hésitant.es.</i>
23	<i>Être moins péremptoire. Utiliser le "ask-inform-ask".</i>
24	<i>En règle générale pour les vaccinations voyage ou de base, j'essaie de prendre le temps de comprendre leur hésitation et je leur demande ce qu'ils connaissent à propos de ces infections, ces risques, je leur demande s'ils souhaitent avoir plus d'infos et les informe davantage. Puis si le voyage n'est pas dans l'immédiat, je leur suggère d'y penser et de reprendre rendez-vous. Pour la vaccination du Covid, ce n'était pas aussi simple à cause de toutes les (fausses) informations qui circulaient lors des manifestations, réseaux sociaux, de "l'appartenance" à un groupe de pro ou contre la vaccination qui jouait un rôle, de la scission que la prise de décision faisait dans un groupe ou dans l'autre, je pense qu'il faudrait faire une étude sociologique rien que pour ça ! Je pense que comme soignante, il était difficile d'avoir une relation de confiance dans un climat déjà hostile.</i>
26	<i>Je ne veux plus être dans le jugement, mais dans la compréhension.</i>
28	<i>Je vais essayer d'appliquer le Ask-done-ask qui me paraît être très respectueux et ouvert et surtout ne pas bloquer le patient qui me dit d'entrée qu'il est contre... penser à garder une ouverture.</i>
29	<i>Ne pas vouloir les convaincre à tout prix, être peut-être plus à l'écoute, leur demander ce qu'ils savent déjà et s'ils souhaitent en parler.</i>

**B4<sub>post</sub> Pouvez-vous nous dire en quelques mots de quelle manière vous pensez changer la manière dont vous discutez de la vaccination hors de votre travail ?**

ID	Commentaire
1	<i>Beaucoup plus d'ouverture envers leur questionnement, plus de compréhension envers leur cheminement.</i>
2	<i>Essayer de moins partir sur des explications scientifiques d'emblée. Prendre plus de recul. Se rappeler qu'on ne veut pas convaincre l'autre.</i>
5	<i>Adopter les mêmes techniques.</i>
6	<i>"Si moi aussi je croyais [X], je n'aurais pas fait vacciner mon enfant non plus", et la technique de 3 étapes (ask, inform, ask).</i>
8	<i>Je vais poser encore plus de questions pour mieux comprendre les peurs ou représentations erronées cachées avant de répondre directement aux questions qui me sont posées.</i>
9	<i>Être moins dans la réaction, et "submergé" par son propre énervement ou parfois angoisse, prendre le temps, être plus dans une écoute active.</i>
10	<i>J'avais tendance à défendre mordicus la vaccination avec mes proches car j'estimais que c'était la position "médicale" que d'être pour la vaccination. Maintenant je réalise qu'il y a autant de vaccino-hésitants chez les soignants que dans la population générale... de plus, la méthode de l'entretien motivationnel peut être utile en dehors de ma pratique médicale, aussi dans le cercle privé quand je n'ai pas le rôle de médecin !</i>

11	<i>Plus ask offer ask.</i>
13	<i>Être moins jugeant, donner uniquement les informations demandées et non déverser un flot d'informations.</i>
14	<i>Tout d'abord la façon d'entrer en matière sous forme d'une invitation, dont la réponse est à accepter telle qu'elle soit...</i>
15	<i>S'adresser aux vaccino-septiques de notre entourage, comme à des patients.</i>
16	<i>En pratique je n'en parle pas tellement si on ne me demande pas d'infos sur le sujet.</i>
17	<i>Plus informatif, et seulement si c'est souhaité par l'interlocuteur.</i>
18	<i>Dans le même sens, éviter les phrases qui pourraient être interprétées comme jugeante. Être plus dans l'écoute des raisons et motifs de l'hésitation, des besoins d'informations.</i>
19	<i>Meilleurs arguments de réflexion.</i>
20	<i>De la même manière que dit plus haut. Je pense que la technique est utilisable dans le privé également. Mais en moins formel.</i>
21	<i>Plus de tolérance.</i>
22	<i>Peut-être dans la façon de donner trop d'information scientifique... plus de place à l'écoute de l'autre.</i>
23	<i>Utiliser les mêmes techniques qu'avec les patients (Ask-Infom-Ask).</i>
24	<i>Je vais prendre le temps de "frapper à la porte", de poser davantage le cadre et aussi de me concentrer sur ce qui est le plus important pour le patient. J'ai bien aimé la thérapeute qui, pour trois vaccins recommandés, faisait le choix d'une infection à la fois, pas toujours facile en médecine de voyage si le voyage est dans un délai court. J'ai compris aussi que de bombarder d'infos au départ ne sert à rien, vaut mieux prendre le temps !</i>
25	<i>J'ai réalisé l'importance de demander à la personne si elle désire qu'on en discute. J'ai aussi réalisé que donner beaucoup d'informations n'était pas pertinent.</i>
26	<i>Je vais être plus dans l'écoute.</i>
28	<i>Idem que ci-dessus : ouverture, accueil de l'hésitation de l'autre et encore une fois ask-done-ask.</i>
29	<i>En premier lieu en leur demandant s'ils souhaitent en parler et en écoutant peut-être plus leurs arguments, pas essayer de les convaincre mais leur donner des informations.</i>