La vaccination contre la grippe chez les professionnels de santé travaillant en établissement

Bodelet Céline & Gauchet Aurélie
Université Grenoble Alpes, LIP/PC2S

En France, les professionnels de santé travaillant en établissement ont un très faible taux de vaccination contre la grippe. Ce dernier atteint seulement 25%. Pourtant cette population contribue à la propagation du virus de la grippe chez les patients à risque hospitalisés sur une longue période. Chaque année, de nombreux patients décèdent de complications dues à la grippe. Plusieurs études ont été réalisées afin de déterminer les facteurs, d'étudier les modèles théoriques permettant l'adoption du comportement de vaccination chez les professionnels de santé. Ainsi, des interventions ont également été développées, mais leur efficacité reste non systématique. Il semble donc important d'aborder les interventions pouvant être prometteuses mais aussi de mettre en lumière leur limite concernant l'évaluation de leurs effets sur le comportement. Requestionner la nature du comportement de vaccination afin de permettre de nouvelles pistes de réflexion semble également nécessaire. Ce chapitre abordera dans un premier temps (a) l'hésitation vaccinale chez les professionnels de santé travaillant en établissement et notamment les facteurs favorisant le recours ou non à la vaccination. Dans un second temps (b) une stratégie de planification issue du modèle HAPA (Schwarzer, 2001) sera abordée ainsi que ses limites. Puis (c) une stratégie de planification basée sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente (1983) sera discutée ainsi que différentes interventions permettant d'augmenter la motivation des soignants à adopter le comportement de vaccination. Enfin (d) une dernière partie sera consacrée à reconsidérer le comportement de vaccination comme étant un comportement prosocial et ainsi à la proposition de nouvelles pistes d'interventions.

1 L'hésitation vaccinale chez les professionnels de santé

L'hésitation vaccinale, présente à l'échelle mondiale, est définit par un continuum allant du retard au refus dans l'acceptation du vaccin malgré sa disponibilité (World Health Organization [WHO], 2014). Cependant, la France est le pays qui montre le plus de doute sur la sécurité des vaccins au monde (Larson *et al.*, 2016). Ce phénomène se produit aussi chez les soignants travaillant dans des établissements de santé. En effet, en France le taux de vaccination antigrippale atteint seulement 25% chez ces professionnels. Pourtant, les recommandations estiment que le taux de couverture des soignants devrait être à 75% afin de ne pas propager l'infection chez les personnes à risque tels que les patients hospitalisés sur une longue période, les nourrissons, les femmes enceintes, les personnes âgées de plus de 65 ans ou ayant une maladie chronique (WHO, 2014). Durant la saison 2016/2017, 14 400 patients sont décédés suite à des complications causées par le virus de la grippe (France Santé Publique, 2018). Or, comme le remarque la WHO (2014), la vaccination constitue la stratégie la plus efficace pour réduire la mortalité due à l'infection.

Le recours ou non à la vaccination chez les soignants est affecté par de multiples facteurs socio-démographiques et psychologiques. La volonté de protéger ses patients ou les membres de sa famille, de ne pas tomber malade (Black *et al.*, 2014 ; Kelly *et al.*, 2008), mais aussi le fait d'être âgé de plus de 40 ans, d'être un homme ou d'avoir un niveau d'éducation plus élevé sont des facteurs pouvant amener le soignant à se faire vacciner. En revanche, les principales raisons à ne pas se faire vacciner sont les croyances portant sur l'inefficacité du vaccin (Black *et al.*, 2014), la crainte des effets secondaires (Gil *et al.*, 2005), le doute sur la composition du vaccin, le manque de temps ou le biais d'omission (Ernsting, Gellert, Schneider, & Lippke, 2013), le fait d'être en bonne santé ou de ne pas se sentir concerné par la vaccination (Boyeau, Tanguy, Pean, Delhumeau, & Fanello, 2011) et enfin, le manque de connaissance sur le virus et le vaccin (Falomir-Pichastor, Toscani, & Despointes, 2009).

Plusieurs modèles ont également tenté d'expliquer l'adoption du comportement de vaccination contre la grippe telle que la théorie du comportement planifié (TPB ; Ajzen, 1991). Selon cette théorie, l'intention représente un déterminant important de l'adoption du comportement de vaccination contre la grippe (Godin, Vézina-Im, & Naccache, 2010). Il s'agit d'un ensemble « d'instructions qu'une personne se donne à elle-même pour se comporter d'une certaine manière » afin d'atteindre un but spécifique (Triandis, cité dans Sommer, 2011). L'intention expliquerait 20 à 30% de la variance du comportement (Ajzen, 1991).

Il semblerait dans la littérature qu'une partie assez importante des professionnels de santé aient l'intention de se faire vacciner. En effet, une étude de Gavazzi *et al.* (2011) montre que sur un échantillon de 2485 professionnels de santé, 44% des participants avaient l'intention de se faire vacciner contre la grippe. Cependant, avoir l'intention d'agir n'aboutit pas toujours à l'adoption du comportement, créant ainsi un décalage entre l'intention et le comportement (Webb & Sheeran, 2006). Cet écart intention-comportement reflète la difficulté des individus à mettre en place des stratégies d'autorégulation efficaces telle que la planification (Abraham, Sheeran, & Johnston, 1998).

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Les soignants auraient donc des difficultés à planifier le comportement de vaccination et ainsi à passer à l'action, ce qui engendrerait ce faible taux vaccinal (25%).

2 Planifier pour se faire vacciner contre la grippe : Intervention incluant la planification de l'action et la planification du coping

Des stratégies ont été élaborées pour réduire l'écart intention-comportement dont l'intention d'implémentation (Gollwitzer, 1999) provenant du modèle Model of Action Phases (MAP). Ce modèle comporte (a) une *phase pré-décisionnelle*, où l'individu évalue les coûts et les bénéfices à agir (b) une *phase pré-actionnelle*, correspondant à l'intention d'implémentation (c) une *phase actionnelle* correspondant à l'adoption du comportement et enfin (d) une *phase post-actionnelle* qui consiste à comparer le comportement souhaité initialement par l'individu et le résultat obtenu (Heckhausen & Gollwitzer, 1987). En outre, l'intention d'implémentation permet de spécifier de façon précise la situation (ou le signal) qui favorise l'adoption du comportement ainsi que le comportement cible. Le signal doit faire partie de l'environnement. Ainsi la représentation mentale de la situation est alors fortement activée chez l'individu, ce qui facilite la détection de la situation retenue. En conséquence, lorsque la situation apparaît, le comportement se met en place automatiquement. L'action de l'individu est donc contrôlée par l'environnement, ce qui crée des habitudes instantanées. L'initiation du comportement est donc rapide, efficace et non conscient (Gollwitzer & Sheeran, 2006). L'intention d'implémentation a révélé son efficacité sur différents comportements de santé tels que les exercices physiques (e.g. Murray, Rodgers, & Fraser, 2009), l'adhésion médicamenteuse (e.g. O'Carroll, Chambers, Dennis, Sudlow, & Johnston, 2014), ainsi que des buts diététiques (e.g. Chapman, Armitage, & Norman, 2009). Cependant, certaines études n'ont pas trouvé d'effet significatif de l'intention d'implémentation (e.g. Meslot, Gauchet, Allenet, François, & Hagger, 2016).

Outre l'intention d'implémentation, il existe une stratégie similaire nommée la planification de l'action. En effet, ces deux stratégies de planification sont, dans la littérature, indiscernables dans leur contenu. Il est donc difficile de les distinguer (Bélanger-Gravel, Godin, Amireault, 2013). A l'origine, l'intention d'implémentation a été utilisé dans les recherches de laboratoire. Elle s'opérationnalise par une phrase du type *si-alors* désignant la situation favorable à l'adoption de l'action et le comportement spécifique. En revanche, la planification de l'action a davantage été développé pour la recherche de terrain. Cette stratégie peut inclure plusieurs indices et réponses comportementales complexes comprenant des indications de temps et de lieu (Luszczynska & Schwarzer, 2003). La planification de l'action provient du modèle Health Action Process Approach (HAPA ; Schwarzer, 2001). Ce dernier a pour objectif de comprendre et de réduire l'écart entre intention et comportement. Dans ce modèle, deux phases précèdent le comportement. La phase motivationnelle, qui affecte l'intention d'agir de l'individu, est constituée de l'évaluation de la menace, des attentes relatives aux conséquences et de l'auto-efficacité. La seconde phase : la phase volitionnelle a pour but de renforcer le lien intention-comportement. Cette phase est constituée de (a) la planification du coping, permettant de réfléchir à des stratégies afin d'anticiper les

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

obstacles éventuels empêchant le comportement, ainsi que de (b) la planification de l'action, définit par la planification des actions à mettre en place en précisant où, quand et comment agir pour atteindre le but fixé (Sniehotta, Schwarzer, Scholz, & Schütz, 2005). Quelques études ont utilisé la planification de l'action pour augmenter le taux de vaccination chez des employés d'une entreprise (e.g. Ernsting, Knoll, Schneider, & Schwarzer, 2015), et de personnes à risque (Payaprom, Bennett, Alabaster, & Tantipong, 2011). Cependant, la littérature montre une plus grande efficacité de l'association de la planification de l'action et de la planification du coping en comparaison aux études utilisant soit la planification de l'action soit la planification du coping (Bélanger-Gravel *et al.*, 2013). La planification de l'action et la planification du coping ont été utilisées sur différents comportements de santé tels que l'activité physique (Meslot *et al.*, 2016) et l'arrêt du tabac (Bolman *et al.*, 2015). Cependant certaines études n'ont pas montré de résultats significatifs de l'association de ces stratégies (Meslot *et al.*, 2016). A notre connaissance, concernant la vaccination contre la grippe aucune étude n'a associé les deux stratégies de planification chez les professionnels de santé travaillant en établissement de santé. Une seule étude aurait associé ces deux stratégies pour augmenter le taux de vaccination contre la grippe, mais ce, chez les personnes de plus de 65 ans (Zhang *et al.*, 2018).

Selon les études, la planification peut avoir différentes formes, critères, ce qui peut constituer une difficulté pour les chercheurs lors de l'application de cette stratégie. Certaines études indiquent qu'il est nécessaire de prendre en compte la qualité du remplissage de la planification. En effet, Payaprom *et al.* (2011) ont supprimés de leurs analyses les participants répondant incorrectement à deux ou plusieurs questions. Cependant, d'autres études ne prennent en compte aucun critère (Andersson & Moss, 2011). Par ailleurs, dans certaines études portant sur la vaccination il est demandé au participant quand, où, et comment il compte adopter le comportement (e.g., Payaprom *et al.*, 2011) alors que dans une autre étude, seule la question « quand » est posée (Milkman, Beshears, Choi, Laibson, & Madrian, 2011). Des études sur l'activité physique posent les questions quoi, où et quand agir (e.g., Andersson & Moss, 2011) alors que dans d'autres il est demandé aux participants où, quand, comment, combien de temps et avec qui, ils comptent adopter le comportement (e.g., Schwarzer *et al.*, 2003). De même pour la planification du coping, certaines études incitent le participant à réfléchir et à écrire ses propres obstacles qu'il pourrait rencontrer (e.g., Sniehotta *et al.*, 2005) alors que d'autres recherches proposent au participant les situations-obstacles et les solutions. Cependant, il est intéressant de noter que la sélection des questions posées et des situations-obstacles de la planification du coping reposent davantage sur l'intuition des chercheurs (Armitage, 2008). Par ailleurs, dans certaines études le participant reçoit de l'aide de l'expérimentateur pour compléter la partie planification (e.g., Payaprom *et al.*, 2011) alors que dans d'autres recherches aucune aide n'est donnée (e.g., Luszczynska, Tryburcy, & Schwarzer, 2006), ce qui peut faire varier le niveau d'efficacité de la planification (Hagger *et al.*, 2016). De plus, nous pouvons remarquer que l'efficacité de la planification sur le comportement de vaccination contre la grippe a été montré à petite échelle et dans des lieux maitrisés telles que des entreprises (e.g. Ernsting *et al.*, 2015 ; Milkman *et al.*, 2011).

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

3 Augmenter l'efficacité des interventions : associer les stratégies

L'existence de différents contenus de techniques de planification suggère l'utilisation d'une théorie proposant une stratégie précise afin de pouvoir expliquer son efficacité. Afin d'atteindre cette efficacité, des recherches (Armitage & Arden, 2010, 2012) suggèrent l'utilisation de la planification du coping basé sur le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente (1983). Dans ce modèle trois classes de variables ont été identifiées, à savoir, a) les cinq étapes du changement (précontemplation, contemplation, préparation, action et maintenance), b) des variables dépendantes (balance décisionnelle et auto-efficacité/tentation) et c) des variables indépendantes (10 processus de changement ; Prochaska, Redding, Harlow, Rossi, & Velicer, 1994). Ce type de stratégie de planification a montré son efficacité sur des comportements de santé tels que l'activité physique (Armitage & Arden, 2010), l'arrêt du tabac (Armitage, 2008) et la diminution de la consommation d'alcool (Armitage & Arden, 2012). Dans ces trois études, les auteurs ont développé une feuille d'aide nommée « Volitional Help Sheet » regroupant les situations-obstacles et les réponses comportementales appropriées sous la forme d'un tableau en deux colonnes. Les participants sont invités à relier les situations-obstacles qu'ils pensent rencontrer à des réponses comportementales appropriées qu'ils peuvent mettre en place. Selon les études, les situations et les comportements ont soit été tirées d'échelles validées soit de la littérature. La formulation des items est similaire à celle de Gollwitzer (1993). Les situations-obstacles commence par la formulation « Si je suis tenté(e)… » et les items des solutions commencent par « alors… ». Les tentations reflètent les situations-obstacles où l'individu peut adopter un comportement indésirable (Armitage, 2008). Face à ces situations-obstacles (ou tentations) les auteurs proposent plusieurs façons d'agir c'est-à-dire différents processus de changement. Les 10 processus de changement du modèle trans-théorique sont catégorisés en deux parties : les processus cognitifs et les processus comportementaux. Les processus cognitifs comprennent (a) l'*éveil de la conscience,* qui mesure la recherche et l'assimilation de l'information nouvelle (b) l'*auto-libération,* qui fait référence à la capacité, à la volonté de stopper le comportement-problème (c) le *soulagement dramatique,* qui concerne l'identification et l'expression des émotions au sujet du comportement-problème (d) la *réévaluation environnementale*, qui entraîne l'évaluation des effets du comportement-problème sur l'environnement physique et social (e) la *relation d'aide*, qui mesure la disponibilité et l'utilisation du soutien social, et enfin (f) le *contrôle de stimulus*, qui fait référence au contrôle des déclencheurs environnementaux. La deuxième catégorie comprend les processus comportementaux qui sont (a) le *contre-conditionnement*, qui a pour objectif de remplacer le comportement-problème par une pensée, un comportement (b) *la libération sociale*, qui concerne le soutien perçu de la société par l'individu dans ses choix de santé (c) l'*auto-réévaluation* permettant à l'individu de s'évaluer au sujet de l'adoption ou la non-adoption du comportement-problème, et enfin la (d) *gestion du renforcement*, qui correspond à l'utilisation d'un renforcement positif (Prochaska, Velicer, DiClemente, & Fava, 1988).

Le regret anticipé peut constituer une autre stratégie afin d'adopter le comportement de santé car celle-ci peut inciter les individus à agir (Sandberg & Conner, 2008). Le

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

regret anticipé est défini par les émotions négatives vécues lorsque nous réalisons ou imaginons que la situation actuelle aurait pu être meilleure si nous avions agi différemment. Deux types de regret semblent apparaître dans la littérature. Le premier type est nommé regret d'action pour avoir émis un comportement. Ce type de regret est la conséquence de ce que nous avons fait et que nous regrettons d'avoir réalisé. Le second type de regret est nommé regret d'inaction. Il correspond aux actions/comportements que nous n'avons pas adoptés et que nous regrettons de ne pas avoir réalisé (Sandberg, Hutter, Richetin, & Conner, 2016). Le regret anticipé d'action est associé à l'adoption de comportement à risque alors que le regret anticipé d'inaction semble être associé à l'adoption de comportements protecteurs. Les résultats de plusieurs études semblent montrer que les individus ont tendance à minimiser leur évaluation concernant le regret anticipé d'action alors que le regret anticipé d'inaction est plus fortement ressenti (Brewer, DeFrank, & Gilkey, 2016). Différentes études ont montré son efficacité sur la vaccination chez les enfants (e.g. Connoly & Reb, 2003). Par ailleurs, il a été montré que la capacité à prédire les intentions comportementales de la TPB pourrait être augmentée si l'on ajoutait le concept de regret anticipé (Sheeran & Orbell, 1999). Une corrélation forte a été montrée entre intention et regret anticipé ainsi qu'une corrélation moyenne entre le regret anticipé et le comportement (Brewer *et al.*, 2016). Plusieurs études ont également montré que le regret anticipé était un déterminant de l'intention de vaccination chez une population adulte (Myers & Goodwin, 2011) et chez les professionnels de santé (Godin *et al.*, 2010).

Il semble également important de prendre en considération la faible connaissance des professionnels de santé concernant la vaccination contre la grippe. Cette dernière peut constituer un frein important dans l'adoption du comportement de santé (Schmid, Rauber, Betsch, Lidolt, & Denker, 2017). Certaines croyances rapportées par les soignants portent sur la peur des conséquences de la vaccination sur leur propre santé. En effet, la peur des effets indésirables et le doute sur le contenu du vaccin ont été les facteurs les plus rapportés par les professionnels de santé concernant la non adoption du comportement de vaccination (Hofmann, Ferracin, Marsh, & Dumas, 2006). Une intervention travaillant la motivation à se faire vacciner contre la grippe (via les attentes de résultats, auto-efficacité, regret anticipé par exemple) ne pourrait à terme être efficace si la croyance du soignant sur la nocivité du vaccin sur sa propre santé subsiste.

Enfin, une stratégie nommée entretien motivationnel pourrait également augmenter la motivation et entraîner ainsi le comportement de vaccination contre la grippe des soignants. Une étude menée au Canada dans des maternités a montré l'efficacité de l'entretien motivationnel réalisé par des soignants auprès de parents dans le but de les motiver à vacciner leurs nourrissons. Les résultats de l'étude ont montré une augmentation significative de l'intention vaccinale et du taux de vaccination ainsi qu'une diminution significative du score d'hésitation vaccinale du groupe intervention en comparaison au groupe contrôle (Gagneur, Petit, Valiquette, & Wals, 2013).

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

4 Redéfinir et repenser le comportement de vaccination chez les professionnels de santé travaillant en établissement : de nouvelles pistes d'interventions ?

La vaccination contre la grippe chez les professionnels de santé travaillant en établissement permet de réduire la transmission du virus aux patients. Pour permettre une immunité collective et ainsi protéger les patients, le taux de couverture recommandé chez les soignants est de 75% (WHO, 2014 ; Fine, Eames, & Heymann, 2011). La vaccination chez les soignants peut donc être perçue comme un comportement prosocial (Li, Taylor, Atkins, Chapman, & Galvani, 2016), c'est-à-dire un comportement profitant aux autres entrainant ou non un coût pour soi (Batson & Powell, 2003). En ce sens différentes études montrent que les professionnels de santé indiquent la protection de leurs patients comme étant la raison principale de leur vaccination (Cozza, Alfonsi, Rota, Paolini, & Ciofi degli Atti, 2015). Par ailleurs, des recherches ont montré que les individus sont plus susceptibles de se faire vacciner contre la grippe lorsque le bénéfice pour l'autre est mis en saillance et que le coût de la vaccination est faible (Betsch, Böhm, & Korn, 2013). Une autre étude a également montré que la motivation prosociale jouait un rôle déterminant sur l'intention de vaccination (Li *et al.*, 2016). Enfin, des résultats ont souligné que le contexte culturel d'un pays pouvait avoir un impact sur l'adoption du comportement de vaccination. En effet, les auteurs ont montré que les individus d'un pays, dont le contexte culturel est collectiviste, pouvaient davantage se faire vacciner en comparaison aux individus d'un pays dont la norme est individualiste. La relation du contexte culturel et de l'adoption de la vaccination était médiée par la perception du vaccin comme un acte prosocial (Böhm, Betsch, Korn, & Holtmann, 2016). La vaccination contre la grippe chez les professionnels de santé serait donc un comportement prosocial car pour le soignant il n'y aurait pas de réel risque à contracter le virus de la grippe si ce n'est la possibilité de transmettre le virus à des patients à risque. Les futures interventions devraient tenir compte de l'aspect prosocial du comportement de vaccination.

La différence concernant le taux de vaccination selon les professions est également à prendre en considération. Des études montrent que les médecins se vaccinent davantage contre la grippe en comparaison aux infirmiers et aux aides-soignants (Lehmann, Ruiter, Chapman, & Kok, 2014). Mais, comment expliquer ces résultats ? Dans un premier temps, comment expliquer que certains individus adoptent ou non un comportement prosocial ? La recherche montre que les individus de bas statut socio-économique (SES) auraient davantage de comportements prosociaux en comparaison aux individus de haut SES. Le SES se définit par la position qu'un individu possède dans la société en fonction de son emploi, de ses ressources financières et de son niveau d'éducation (Markus & Fiske, 2012). Des études ont montré que les individus de bas statut ont un comportement plus empathique et orienté vers d'autres personnes dans leurs interactions en comparaison aux individus de haut statut (Kraus & Keltner, 2009). En ce sens, une étude (Piff, Kraus, Côté, Cheng, & Keltner, 2010) a montré que les individus de bas statut adoptent davantage de comportements prosociaux en comparaison aux individus de haut statut, cependant, les auteurs montrent qu'en induisant un sentiment de compassion, les participants de haut statut adoptent les comportements prosociaux et ce, de façon similaire aux étudiants de bas statut. Chez les participants

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

de bas SES, l'adoption des comportements prosociaux est similaire en l'absence ou en présence de l'induction du sentiment de compassion. Ce dernier serait déjà présent et élevé chez les individus de bas SES. La compassion pourrait donc constituer une explication concernant l'adoption d'un comportement prosocial. L'expérience des médecins auprès des patients à risque ayant contracté le virus pourrait constituer une induction de la compassion.

Comment expliquer cette différence du taux de couverture vaccinale selon les professions ? Comment expliquer le taux de couverture inférieur chez les infirmiers et les aides-soignants ? Selon Piff *et al.* (2010), il est possible qu'en condition menaçante les individus de bas statut adopteraient moins de comportements prosociaux. Les individus de bas SES sont amenés par leur norme culturelle à adopter des comportements prosociaux afin d'obtenir une conséquence positive c'est-à-dire le sentiment d'appartenance à un groupe. Cependant, en condition de menace, c'est-à-dire lorsque la récompense est supprimée ou est peu fiable, les individus n'ont plus intérêt à adopter ces comportements (Mischel, 1974). Selon les études, le sentiment d'exclusion entraînerait une réduction de la sensibilité à la douleur ainsi qu'un manque de réponses émotionnelles (DeWall & Baumeister, 2006). L'individu exclu est moins empathique. Son système d'émotion serait alors inhibé. Il n'aurait plus la capacité de partager les sentiments d'autrui, et ce manque d'empathie pourrait entrainer une réduction du comportement prosocial (Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco, & Bartels, 2007).

Enfin, comment expliquer le sentiment de menace chez les infirmiers et les aides-soignants travaillant en établissement ? Une première explication pourrait être celle du stéréotype existant concernant la relation médecin-infirmier/aide-soignant. La littérature montre qu'il existe une relation conflictuelle entre les médecins et les infirmiers dans de nombreux pays occidentaux tels que les États-Unis, l'Allemagne, et l'Italie. En effet, les médecins auraient un comportement plutôt condescendant envers les infirmiers (Degeling, Hill, Kennedy, Coyle, & Maxwell, 2000), entrainant chez eux une insatisfaction au travail et une mauvaise santé (Friese & Manojlovich, 2012). Diverses études ont tenté de regrouper les principales caractéristiques perçues des infirmiers et des médecins. Selon les études, les infirmiers sont décrits comme étant plutôt pratiques, féminins, ayant un rôle de subalterne, alors que les médecins sont décrits comme scientifiques, dominants, directifs et ayant une personnalité intimidante (Degeling *et al.*, 2000). D'autres études ont montré que les infirmiers se sentent peu en confiance et hésitent à discuter des soins avec les médecins. Il existerait une inégalité de pouvoir entre médecins et infirmiers (e.g., Nelson, King, & Brodine, 2008). Ce déséquilibre de pouvoir peut être expliqué par le niveau d'étude, de statut et de prestige entre les deux professions. Les médecins ont tendance à prendre les décisions seuls concernant les soins du patient. Les infirmiers suivent généralement les décisions prises (Hansson, Arvemo, Marklund, Gedda, & Mattsson, 2010). Les médecins se perçoivent comme l'autorité dominante et perçoivent les infirmiers comme les exécuteurs. Cette pratique est perçue par les infirmiers comme étant une expérience étouffante, dévalorisante et augmentant ainsi leur insatisfaction au travail (Sirota 2007).

La deuxième explication pourrait être le *mismatch* (décalage) culturel qui pourrait exister entre les valeurs des professionnels de santé (infirmiers et aide-soignants) et

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

celles diffusées par l'hôpital. La littérature souligne l'existence d'une différence concernant la norme culturelle entre médecins et infirmiers. En effet, pour les médecins, la collaboration ou la prise de décision partagée n'est pas nécessaire pour assurer l'efficacité des soins (Hansson *et al.*, 2009). Le corps infirmier quant à lui estime que les décisions liées aux soins des patients devraient davantage être le résultat d'un apport interdisciplinaire et que les médecins devraient prendre part à cette prise de décision (Casanova *et al.*, 2007). Les infirmiers auraient davantage une culture de « clan » alors que les médecins adoptent plus une culture de « hiérarchie » (Skela Savič & Pagon, 2008). La culture de « clan » des infirmiers correspondrait à la définition d'une norme interdépendante, c'est-à-dire que l'individu cherche à s'adapter au contexte, à être connectée aux autres, à faire partie d'une communauté, à répondre aux besoins des autres, alors que la culture de « hiérarchie » des médecins correspondrait à la définition d'une norme indépendante. L'individu cherche à influencer le contexte, à être séparé des autres et à agir librement sur la base de motivations personnelles, d'objectifs et de préférences. De nombreuses recherches montrent que les institutions (entreprises et universités) ont comme modèle culturel : la norme indépendante (Stephens, Townsend, & Dittmann, 2019). En effet, le modèle culturel de l'institution est souvent mis en place par les dirigeants qui ont eux-mêmes une norme culturelle indépendante (Stephens, Markus, & Phillips, 2014). Les institutions donnant la priorité à une norme culturelle d'indépendance peuvent créer un mismatch culturel avec les personnes issues de classe ouvrière ou adoptant une norme interdépendante. La théorie du mismatch culturel (Stephens, Fryberg, Markus, Johnson, & Covarrubias, 2012) a été appliquée à l'origine aux contextes universitaires afin d'expliquer la sous-performance des étudiants de bas statut en comparaison aux étudiants de haut statut. Selon cette théorie, il existe une adéquation entre la norme culturelle des étudiants de statut élevé et celle de l'Université, ce qui entraîne une expérience confortable chez eux augmentant ainsi leur performance académique. Inversement, pour les étudiants de faible statut, il existe un décalage entre leur norme et celle de l'Université, ce qui engendre une expérience difficile pour eux, diminuant ainsi leur performance académique. La littérature montre que le mismatch culturel peut également être présent dans le monde du travail. Ce décalage culturel peut diminuer les performances des personnes ayant des normes interdépendantes, ce qui peut réduire leur confort dans ces contextes et amener leurs supérieurs hiérarchiques à les évaluer de manière moins positive. L'individu aura tendance à se sentir mal à l'aise et moins souvent à la hauteur.

En conséquence, la menace (entraînée soit par le décalage culturel entre l'hôpital et les infirmiers/aides-soignants soit par la théorie du stéréotype) inhiberait la capacité à ressentir de la compassion pour autrui et expliquerait par la suite le faible taux de vaccination chez les infirmiers et les aides-soignants. En l'absence de menace, ces derniers devraient avoir un sentiment de compassion plus élevé et devraient donc avoir davantage l'intention de se faire vacciner et ainsi avoir un taux de vaccination plus élevé. Les médecins se feraient davantage vacciner contre la grippe car ils ne feraient pas l'expérience de menace. Le fait d'avoir expérimenter la détresse auprès des patients à risque ayant contracté le virus de la grippe (décès ou complications), pourrait

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

constituer une induction du sentiment de compassion pouvant entraîner l'adoption du comportement prosocial.

Les différents points discutés dans ce chapitre montrent la difficulté de réutiliser et d'adapter des stratégies, ayant déjà montré leur efficacité sur certains comportements de santé, à un comportement, un lieu ainsi qu'à une population spécifique. De nombreuses stratégies interventionnelles doivent cependant encore être évaluées et peuvent constituées des interventions efficaces pour augmenter la motivation et le taux de vaccination des soignants. Un aspect important à noter est la possibilité d'investiguer d'autres pistes de recherche tel que la différence de pouvoir perçu, la menace du stéréotype pouvant permettre le développement d'interventions efficaces concernant la vaccination contre la grippe chez les professionnels de santé travaillant en établissement.

Références

Abraham, C., Sheeran, P., & Johnston, M. (1998). From health beliefs to self-regulation : Theoretical advances in the psychology of action control. *Psychology and Health, 13*(4), 569-591.

Andersson, E. K., & Moss, T. P. (2011). Imagery and implementation intention : A randomised controlled trial of interventions to increase exercise behaviour in the general population. *Psychology of Sport and Exercise, 12*(2), 63-70.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-207.

Armitage, C. J. (2008). A volitional help sheet to encourage smoking cessation : A randomized exploratory trial. *Health Psychology, 27*(5), 557-566.

Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2010). A volitional help sheet to increase physical activity in people with low socioeconomic status : a randomised exploratory trial. *Psychology and Health, 25*(10), 1129-1145.

Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2012). A volitional help sheet to reduce alcohol consumption in the general population : a field experiment. *Prevention Science, 13*(6), 635-643.

Batson, C. D., & Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. In T. Millon, M. J. Lerner, I. B. Weiner (Eds), *Handbook of psychology* (pp. 463-484). New York : McGraw Hill.

Black, C. L., Yue, X., Ball, S. W., Donahue, S. M. A., Izrael, D., de Perio, M. A., ... Greby, S. M. (2014). Influenza vaccination coverage among health-care personnel - United States, 2013-14 influenza season. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 63*, 805-811.

Bélanger-Gravel, A., Godin, G., & Amireault, S. (2013). A meta-analytic review of the effect of implementation intentions on physical activity. *Health Psychology Review, 7*(1), 23-54.

Betsch, C., Böhm, R., & Korn, L. (2013). Inviting free-riders or appealing to prosocial behavior ? Game-theoretical reflections on communicating herd immunity in vaccine advocacy. *Health Psychology, 32*(9), 978-985.

Böhm, R., Betsch, C., Korn, L., & Holtmann, C. (2016). Exploring and Promoting Prosocial Vaccination : A Cross-Cultural Experiment on Vaccination of Health Care Personnel. *BioMed Research International* (1-9).

Bolman, C., Eggers, S. M., van Osch, L., Te Poel, F., Candel, M., & de Vries, H. (2015). Is action planning helpful for smoking cessation ? Assessing the effects of action planning in a Web-based computer-tailored intervention. *Substance Use & Misuse, 50*(10), 1249-1260.

Boyeau, C., Tanguy, M., Pean, S., Delhumeau, A., & Fanello, S. (2011). Couverture vaccinale antigrippale saisonnière et pandémique (H1N1) 2009 : étude auprès du personnel du CHU d'Angers. *Santé Publique, 33*, 19-29.

Brewer, N. T., DeFrank, J. T., & Gilkey, M. B. (2016). Anticipated regret and health behavior : A meta-analysis. *Health Psychology, 35*(11), 1264–1275.

Casanova, J., Day, K., Dorpat, D., Hendricks, B., Theis, L., & Wiesman, S. (2007). Nurse-physician work relations and role expectations. *The Journal of Nursing Administration, 37*(2), 68-70.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Chapman, J., Armitage, C. J., & Norman, P. (2009). Comparing implementation intention interventions in relation to young adults' intake of fruit and vegetables. *Psychology & Health, 24*(3), 317-332.

Connolly, T., & Reb, J. (2003). Omission bias in vaccination decisions : Where's the "omission" ? Where's the "bias" ?. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 91*(2), 186-202.

Cozza, V., Alfonsi, V., Rota, M. C., Paolini, V., & Ciofi degli Atti, M.L. (2015). Promotion of influenza vaccination among health care workers : findings from a tertiary care children's hospital in Italy. *BMC Public Health, 15*(1), 697.

Degeling, P., Hill, M., Kennedy, J., Coyle, B., & Maxwell, S. (2000). A cross-national study of differences in the identities of nursing in England and Australia and how this has affected nurses' capacity to respond to hospital reform. *Nursing Inquiry, 7*(2), 120-135.

DeWall, C. N., & Baumeister, R. F. (2006). Alone but feeling no pain : Effects of social exclusion on physical pain tolerance and pain threshold, affective forecasting, and interpersonal empathy. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(1), 1-15.

Ernsting, A., Gellert, P., Schneider, M., & Lippke, S. (2013). A mediator model to predict workplace influenza vaccination behaviour – An application of the health action process approach. *Psychology & Health, 28,* 579-592.

Ernsting, A., Knoll, N., Schneider, M., & Schwarzer, R. (2015). The enabling effect of social support on vaccination uptake *via* self-efficacy and planning. *Psychology, Health & Medicine, 20*(2), 239-246.

Falomir-Pichastor, J. M., Toscani, L., & Despointes, S. H. (2009). Determinants of flu vaccination among nurses : The effects of group identification and professional responsibility. *Applied Psychology, 58*(1), 42-58.

Fine, P., Eames, K., & Heymann, D. L. (2011). "Herd immunity" : a rough guide. *Clinical Infectious Diseases, 52*(7), 911-916.

Friese, C. R., & Manojlovich, M. (2012). Nurse-Physician Relationships in Ambulatory Oncology Settings. *Journal of Nursing Scholarship, 44*(3), 258-265.

Gagneur, A., Petit, G., Valiquette, L., & De Wals, P. (2013). "Une promotion novatrice de la vaccination en maternité peut-elle améliorer les couvertures vaccinales des nourrissons. Résultats de l'étude PROMOVAC en Estrie" [Can an innovative promotion of maternity vaccination improve immunization coverage for infants ? Results of the PROMOVAC study in Estrie. Retrieved from http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/Estrie/9782981383013.pdf

Gavazzi, G., Filali-Zegzouti, Y., Guyon, A.C., De Wazieres, B., Lejeune, B., Golmard, J.L., Belmin, J., Piette, F., & Rothan-Tondeur, M. (2011). French healthcare workers in geriatric healthcare settings staunchly opposed to influenza vaccination : the VESTA study. *Vaccine, 29*, 1611-1616.

Gil, H., Bailly, P., Meaux-Ruault, N., Clement, I., Floret, N., Guiot, A.,... Dupond, J.L. (2005). La vaccination antigrippale du personnel hospitalier. Enquête de prévalence au CHU de Besançon, hiver 2003-2004. *La Revue de Médecine Interne*, *7*(1), 5-9.

Godin, G., Vézina-Im, L. A., & Naccache, H. (2010). Determinants of influenza vaccination among healthcare workers. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 31*(7), 689-693.

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions : Strong effects of simple plans. *American Psychologist, 54*(7), 493-503.

Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement : The role of intentions. *European Review of Social psychology, 4*(1), 141-185.

Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement : A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology, 38*, 69-119.

Hagger, M. S., Luszczynska, A., De Wit, J., Benyamini, Y., Burkert, S., Chamberland, P. E., ... Gauchet, A. (2016). Implementation intention and planning interventions in Health Psychology : Recommendations from the Synergy Expert Group for research and practice. *Psychology & Health, 31*(7), 814-839.

Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B., & Mattsson, B. (2010). Working together : primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health, 38*(1), 78-85.

Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational *versus* volitional states of mind. *Motivation and Emotion, 11*, 101-120.

Hofmann, F., Ferracin, C., Marsh, G., & Dumas, R. (2006). Influenza vaccination of healthcare workers : a literature review of attitudes and beliefs. *Infection, 34*(3), 142-147.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Kelly, C., Dutheil, F., Haniez, P., Boudet, G., Rouffiac, K., Traore, O., & Chamoux, A. (2008). Analyse des motivations à la vaccination antigrippale du personnel du CHU de Clermont-Ferrand. *Médecine et Maladies Infectieuses, 38*, 574-585.

Kraus, M. W., & Keltner, D. (2009). Signs of socioeconomic status : A thin-slicing approach. *Psychological Science, 20*(1), 99-106.

Larson, H. J., De Figueiredo, A., Xiahong, Z., Schulz, W. S., Verger, P., Johnston, I. G., ... Jones, N. S. (2016). The state of vaccine confidence 2016 : global insights through a 67-country survey. *EBioMedicine, 12*, 295-301.

Lehmann, B. A., Ruiter, R. A., Chapman, G., & Kok, G. (2014). The intention to get vaccinated against influenza and actual vaccination uptake of Dutch healthcare personnel. *Vaccine, 32*(51), 6986-6991.

Li, M., Taylor, E. G., Atkins, K. E., Chapman, G. B., & Galvani, A. P. (2016). Stimulating Influenza Vaccination *via* Prosocial Motives. *Plos One, 11*(7), e0159780.

Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination : A longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health, 18*(1), 93-108.

Luszczynska, A., Tryburcy, M., & Schwarzer, R. (2006). Improving fruit and vegetable consumption : a self-efficacy intervention compared with a combined self-efficacy and planning intervention. *Health Education Research, 22*(5), 630-638.

Markus, H. R., & Fiske, S. T. (2012). Introduction : A wide – angle lens on the psychology of social class. In S. T. Fiske, & H. R. Markus (Eds.), *Facing social class : How societal rank influences interaction* (pp. 1-11). New York : Russell Sage Foundation.

Meslot, C., Gauchet, A., Allenet, B., François, O., & Hagger, M. S. (2016). Theory-based interventions combining mental simulation and planning techniques to improve physical activity : Null results from two randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology, 7*, 1789.

Milkman, K. L., Beshears, J., Choi, J. J., Laibson, D., & Madrian, B. C. (2011). Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 108*(26), 10415-10420.

Mischel, W. (1974). Processes in delay of gratification. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 249-292). New York : Academic Press

Myers, L. B., & Goodwin, R. (2011). Determinants of adults' intention to vaccinate against pandemic swine flu. *BMC Public Health, 11*(1), 15.

Murray, T. C., Rodgers, W. M., & Fraser, S. N. (2009). Examining Implementation Intentions in an Exercise Intervention : The Effects on Adherence and Self-Efficacy in a Naturalistic Setting 1. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(10), 2303-2320.

Nelson, G. A., King, M. L., & Brodine, S. (2008). Nurse-physician collaboration on medical-surgical units. *Medsurg Nursing, 17*(1), 35.

O'Carroll, R. E., Chambers, J. A., Dennis, M., Sudlow, C., & Johnston, M. (2014). Improving medication adherence in stroke survivors : Mediators and moderators of treatment effects. *Health Psychology, 33*(10), 1241-1250.

Payaprom, Y., Bennett, P., Alabaster, E., & Tantipong, H. (2011). Using the Health Action Process Approach and implementation intentions to increase flu vaccine uptake in high risk Thai individuals : A controlled before-after trial. *Health Psychology, 30*(4), 492-500.

Piff, P. K., Kraus, M. W., Côté, S., Cheng, B. H., & Keltner, D. (2010). Having less, giving more : the influence of social class on prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 99*(5), 771-784.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking : toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.

Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S., & Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention : A review. *Health Education Quarterly, 21*(4), 471-486.

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., DiClemente, C. C., & Fava, J. (1988). Measuring processes of change : applications to the cessation of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 520-528.

Sandberg, T., & Conner, M. (2008). Anticipated regret as an additional predictor in the theory of planned behaviour : A meta-analysis. *British Journal of Social Psychology, 47*(4), 589-606.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744

Sandberg, T., Hutter, R., Richetin, J., & Conner, M. (2016). Testing the role of action and inaction anticipated regret on intentions and behaviour. *British Journal of Social Psychology, 55*(3), 407-425.

Santé Publique France (2018). Bilan saison 2016-17. Retrieved from https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/documents/bulletin-national/bulletin-epidemiologique-grippe-semaine-4.-saison-2016-2017

Schmid, P., Rauber, D., Betsch, C., Lidolt, G., & Denker, M. L. (2017). Barriers of influenza vaccination intention and behavior–a systematic review of influenza vaccine hesitancy, 2005–2016. *PloS One, 12*(1), e0170550.

Schwarzer, R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behaviours. *Current Directions in Psychology Science, 10*, 47-51.

Schwarzer, R., Sniehotta, F. F., Lippke, S., Luszczynska, A., Scholz, U., Schüz, B., & Ziegelmann, J. P. (2003). *On the assessment and analysis of variables in the health action process approach : Conducting an investigation.* Berlin : Freie Universität Berlin. Zugriff am, 5, 2008. Retrieved from http ://userpage.fu-berlin.de/gesund/hapa-web.pdf

Sheeran, P., & Orbell, S. (1999). Augmenting the Theory of Planned Behavior : Roles for Anticipated Regret and Descriptive Norms1. *Journal of Applied Social Psychology, 29*(10), 2107-2142.

Sirota, T. (2007). Nurse/physician relationships : improving or not ?. *Nursing, 37*(1), 52-56.

Skela Savič, B., & Pagon, M. (2008). Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture : who is responsible for subordination of nurses ?. *Croatian Medical Journal, 49*(3), 334-343.

Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change : theory and assessment. *European Journal of Social Psychology, 35*(4), 565-576.

Sommer, L. (2011). The theory of planned behaviour and the impact of past behaviour. *International Business & Economics Research Journal, 10*(1), 91-110.

Stephens, N. M., Fryberg, S. A., Markus, H. R., Johnson, C. S., & Covarrubias, R. (2012). Unseen disadvantage : how American universities' focus on independence undermines the academic performance of first-generation college students. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(6), 1178-97.

Stephens, N. M., Markus, H. R., & Phillips, L. T. (2014). Social class culture cycles : How three gateway contexts shape selves and fuel inequality. *Annual Review of Psychology, 65*, 611-634.

Stephens, N. M., Townsend, S. S., & Dittmann, A. G. (2019). Social-class disparities in higher education and professional workplaces : The role of cultural mismatch. *Current Directions in Psychological Science, 28*(1), 67-73.

Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(1), 56-66.

Webb, T. L., & Sheeran, P. (2006). *Does changing behavioral intentions engender behavior change ? A meta-analysis of the experimental evidence. Psychological Bulletin, 132*(2), 249-68.

WHO (2014). Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. Geneva : World Health Organisation. Retrieved from http ://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE*working*group*revised*report*vaccine*hesitancy.pdf ?ua=1

Zhang, C. Q., Zhang, R., Chung, P. K., Duan, Y., Fai Lau, J. T., Chan, D. K. C., & Hagger, M. S. (2018). Promoting influenza prevention for elderly people in Hong Kong using health action process approach : study protocol. *BMC Public Health, 18*, 1230.

Published in : Muller L. ; Laguette V. ; Dany L. (dir.) (2020), *Pratiques et interventions en psychologie de la santé*, Editions des archives contemporaines, Coll. «Psychologie du social», ISBN : 9782813003744, doi : https ://doi.org/10.17184/eac.9782813003744