



Étude du comportement vaccinal des patients consultant dans un centre médico-psychologique à Marseille

Publié le 9 mars 2022 par Emmanuel Kosadinos



L'auteur, après un rappel sur l'articulation entre décision politique et décision médicale, présente une étude qualitative sur un échantillon de malades consultant en psychiatrie à Marseille. Il présente une analyse statistique des résultats obtenus. Il montre qu'il n'y a pas de différence particulière entre le comportement vaccinal des malades suivis et la population générale. Il conclut en disant que la question de la centralité de l'individu, et de son entourage proche, dans le





processus décisionnel d'adhésion à une pratique médicale, notamment vaccinale, est importante pour le choix du type de pédagogie sanitaire. Il pense que pour faire heureusement aboutir un projet sanitaire, plutôt que de mettre l'accent sur l'adhésion du patient, il faudrait insister sur l'accès aux soins.

Abstract :

The author, after a reminder on the articulation between political decision and medical decision, presents a qualitative study on a sample of patients consulting in psychiatry in Marseille. It presents a statistical analysis of the results obtained. It shows that there is no particular difference between the vaccination behavior of the patients followed and the general population. He concludes by saying that the question of the centrality of the individual, and of his close entourage, in the decision-making process of adherence to a medical practice, in particular vaccination, is important for the choice of the type of health pedagogy. He thinks that to successfully complete a health project, rather than emphasizing the patient's adherence, we should insist on access to care.

L'État a rendu possible en France la vaccination contre le SARS-COV-2 le 26 décembre 2020 en approuvant l'utilisation des vaccins Pfizer-BioNTech et Moderna, les rendant progressivement disponibles sur l'ensemble du territoire national. Ces deux premiers vaccins ont été suivis par ceux produits par les laboratoires Janssen et Astra-Zeneca.

À ce jour la vaccination est considérée comme le seul moyen efficace pour lutter contre la pandémie COVID 19 qui, depuis deux ans a fait dans le monde entier un nombre incalculable de victimes, des millions de morts, des millions de personnes souffrant de séquelles tardives de l'infection, une crise économique et sociale d'ampleur inédite en période de paix. L'accès des personnes à la vaccination s'est avéré bien inégalitaire selon les pays, en France aussi, en fonction des territoires administratifs, des quartiers et du statut social des personnes, malgré les efforts déployés par l'État.

La communication gouvernementale (dans notre pays et tous les autres) inconséquente et contradictoire, le retard de la mise en place de mesures de lutte contre la pandémie, un relent de panique dans l'action des autorités, ont décrédibilisé auprès de la population la communication officielle sur la pandémie et entravé la mise en place de mesure efficaces. De surcroît, la situation exceptionnelle nommée «crise sanitaire» a activé les réflexes autoritaires des élites, des mécanismes des États, et aussi d'une partie de la population et des forces politiques, suscitant en retour des clivages et davantage de méfiance auprès des populations.

Révélatrice de la complexité et des fractures du monde contemporain, la pandémie





COVID 19 l'est aussi de l'incomplétude du discours scientifique que l'évolution de nos sociétés avait érigé en autorité incontestée, voire décisionnelle. Or cette place ne peut être occupée par la science, son fondement même étant le doute méthodique. La validité scientifique se fonde en premier lieu sur le respect de la méthodologie communément admise par la communauté scientifique. L'évaluation des conclusions éventuellement produites et leurs applications concrètes interviennent seulement dans un second temps.

La médecine quotidienne n'est pas une science (au sens contemporain du terme) mais essentiellement une pratique de conseil et de guidance, fondée sur les connaissances scientifiques. L'autorité de cette pratique s'appuie sur la confiance que chaque patient accorde à son médecin traitant. Sa compétence décisionnelle se manifeste et se limite au moment de la rédaction de l'ordonnance médicale. Toutefois la médecine rejoint la science lorsqu'elle est recherche médicale, cette deuxième fonction de recherche étant bien en rapport avec la fonction thérapeutique. Ces deux fonctions de la médecine peuvent occasionnellement devenir antinomiques, la première ciblant le bien être du patient, la seconde la découverte de nouvelles connaissances. La mise en relief par la pandémie de cette contradiction de notre pratique, passée le plus souvent inaperçue, est susceptible d'engendrer des ondes de choc et d'ébranler la confiance nécessaire à la continuité et efficacité de nos pratiques médicales.

Dans toutes circonstances, et particulièrement en période de crise, la fonction décisionnelle revient de droit et de fait au pouvoir politique, habilité à réguler, décréter et appliquer. Dans nos systèmes politiques ce pouvoir appuie de plus en plus sa légitimité d'action sur les connaissances produites par les sciences. Toutefois c'est toujours le pouvoir qui, par le biais de ses instances annexes, agences, conseils, comités d'experts, sélectionne, exploite et accrédite en dernier ressort les connaissances supposées utiles.

L'allocution du Président de la République du 12 juillet, la mise en application du Pass Sanitaire le 21 juillet, la promulgation de la loi du 5 août, constituent une séquence introduisant dans la politique sanitaire française une «pédagogie contrainte» non dépourvue de paradoxes, et de ruptures avec de traditionnels principes tels la liberté de circulation et celle de disposer de son corps. Ce virage n'est pas propre à la France, s'appliquant à des degrés différents à l'ensemble des États de la planète. À ceci près que le seuil d'intolérance à l'autoritarisme varie selon l'histoire et les traditions des pays.

Quand bien même certaines restrictions des libertés individuelles semblent découler d'un calcul raisonné des risques et bénéfices, d'autres sont critiquables, susceptibles de porter préjudice à la lutte contre la pandémie, en limitant l'accès aux soins et entravant



le fonctionnement des lieux où ils sont dispensés. La délégation de l'autorité du contrôle d'accès aux soignants, judicieuse d'apparence, souffre de multiples difficultés locales d'application, et risque aussi d'hybrider les fonctions soignante et sécuritaire portant ainsi préjudice à la première.

L'étude

Ce rappel général du cadre que nous partageons est nécessaire pour comprendre les faiblesses actuelles des politiques de santé, collectivement épinglées par le signifiant de «crise» comme leurs possibles impacts subjectifs, individuels et collectifs.

Nous avons recueilli, pendant la période du 14 au 30 septembre 2021, des données relatives au comportement vaccinal d'un petit échantillon (73 individus) de patients ayant consulté un Centre Médico-Psychologique (CMP) qui propose des soins à la population des quartiers Nord de Marseille.

La validation statistique stricte des résultats se heurte à deux écueils:

- 1) L'échantillon est relativement petit et quoté par un seul évaluateur
- 2) La validation des résultats obtenus doit se faire en les juxtaposant à ceux obtenus avec des groupes de contrôle, évalués dans la même étroite fenêtre temporelle, de composition démographique similaire, prélevés dans le même environnement géo-socioculturel. La comparaison avec des résultats nationaux, régionaux, voire départementaux, risque d'être source d'approximations trompeuses, compte tenu des disparités constatées au niveau des territoires et des groupes sociaux. Nous n'avons pu pallier à cette faiblesse car nous n'avons eu accès à aucune étude proposant des facteurs de correction fiables. Par conséquent il s'agit essentiellement d'une étude qualitative et préliminaire dont l'intérêt réside dans les éléments de réflexion qu'elle pourrait apporter et dans son prolongement éventuel par d'autres chercheurs.

La principale question ayant motivé l'étude était l'impact de la pandémie COVID, et des politiques gouvernementales sanitaires en réponse, sur l'accès aux soins et sur le pouvoir des personnes d'évaluer les facteurs de risque et d'agir sur eux. L'échantillon a été sélectionné au sein d'une population de patients psychiatriques, réputée défavorisée pour l'accès et la capacité d'agir sur son environnement.





L'échantillon étudié

Nombre total : 73

Hommes: 37

Femmes: 36

- Extrêmes d'âge de l'échantillon: 20 - 81
- Moyenne d'âge : 45,7
- Médiane d'âge : 48
- Déviation standard : 12,6

Population féminine

- Moyenne d'âge : 47,8
- Médiane d'âge : 50
- Déviation standard : 14

Population masculine

- Moyenne d'âge : 44,9
- Médiane d'âge : 46
- Déviation standard : 11

Comparaison avec la population générale de France

- Moyenne d'âge de l'échantillon: 44,4
- Moyenne d'âge de la population française : 42,1 (INSEE, 2021)

- Médiane d'âge de l'échantillon: 47,5
- Médiane d'âge de la population française : 41 (INSEE, 2021)

- Personnes âgées de moins de 65 ans dans l'échantillon: 70
- Personnes âgées de plus de 65 ans dans l'échantillon: 3

- Personnes actives (au travail, demandeuses d'emploi ou en stage) : 22
- Personnes non actives: 51(69,8%)





- Taux d'activité des personnes ≤ 64 ans dans l'échantillon: 31,4%
- Taux d'activité population française 15 - 64 ans: 71,9% (INSEE 2018)

- Personnes isolées: 15 (20,5%)
- Personnes non isolées: 58
- Taux de personnes isolées en France : 3% (INSEE, 2015)

Caractéristiques démographiques et sociologiques de l'échantillon :

Les caractéristiques démographiques et sociologiques de l'échantillon diffèrent de manière significative de celles de la population générale de la France. Les moyenne et médiane d'âge diffèrent de celles de la population de France et il existe une dysymétrie du fait que les deux extrêmes (<20 ans et >81 ans) ne sont pas présentes dans l'échantillon. Les différences sont bien plus importantes pour les taux d'activité et d'isolement social des personnes de l'échantillon par rapport aux taux communiqués pour la population de France par l'INSEE. Cependant l'incidence de ces deux paramètres doit être aussi comparée avec celle dans le cadre plus spécifique (quartiers du Nord de Marseille) duquel est issu l'échantillon de l'étude. Nous n'avons pas utilisé un tel groupe de contrôle ni avons nous eu accès à des données statistiques de comparaison.

La saisie des items d'isolement social et d'activité des personnes s'appuie sur leurs propres déclarations et sur des observations de parcours, antérieures à l'étude. Ainsi, les définitions de ces deux items sont probablement plus étendues et inclusives que celles utilisées par l'INSEE.

Concernant l'activité, sont considérées actives les personnes salariées, travailleuses indépendantes, demandeuses d'emploi, stagiaires (y compris orientées par la MDPH), et aussi les personnes non inscrites au moment de l'étude dans un emploi ou un stage mais envisageant de le faire prochainement. Sont considérées socialement isolées les personnes vivant seules, sans cercle familial ou amical, et les personnes ayant une seule relation amicale ou vivant avec un seul parent âgé ou handicapé.



Taux de vaccination de l'échantillon en date du 30 septembre 2021.

- Personnes ayant bénéficié d'un schéma vaccinal complet: 40 (54%)
- Personnes ayant commencé un schéma vaccinal: 10 (13,5%)
- Personnes vaccinées ou en cours de vaccination: 50 (67,5%)
- Personnes non vaccinées ou refusant la vaccination: 24 (32,5%)

Taux de vaccination de la population en France, en date du 5 octobre 2021.

- Personnes vaccinées ou en cours de vaccination: 49 401 948 (73,2%)
- Estimation population française globale : 67 407 241 (INSEE, 2021)

Notons que, malgré les différences sociodémographiques de l'échantillon avec la population générale de la France, le taux de vaccination est **éloigné de seulement 5,7 points de pourcentage** de celui de la population générale à la date de conclusion de l'étude. Peut-être la différence du taux de vaccination est plus petite par rapport à celui de la population du cadre duquel est issu l'échantillon étudié. Inversement, l'absence de personnes âgées de moins de 20 ans du groupe étudié est susceptible de produire un taux de vaccination plus élevé, la vaccination des enfants et adolescents étant bien inférieure à celle des adultes et, pour certaines classes d'âge, soumise à des règles différentes. La prise en compte de ces deux biais doit nuancer (dans des sens opposés) nos éventuelles conclusions.

Date de début des vaccinations chez les personnes





interrogées

Personnes ayant débuté leur vaccination après l'annonce, par le Président de la République des mesures sanitaires de l'été 2021, y compris de la mise en application du

Pass Sanitaire: 19

Extrêmes d'âge de ce sous-groupe: 22 - 57 ans

Groupe de l'échantillon avec vaccination achevée ou débutée

- Nombre : 50
- Hommes: 29
- Femmes: 21

- Moyenne d'âge: 47,2
- Médiane d'âge: 49
- Extrêmes d'âge: 22 - 81

- Personnes socialement isolées: 10
- Personnes non isolées: 40

- Personnes actives: 17
- Personnes non actives: 33

Personnes non vaccinées ou refusant la vaccination dans l'échantillon

- Nombre : 24





- Hommes: 9
- Femmes: 15

- Moyenne d'âge: 44,1
- Médiane d'âge: 44,5

- Extrêmes d'âge: 20 - 75

- Personnes isolées: 5
- Personnes non isolées: 19

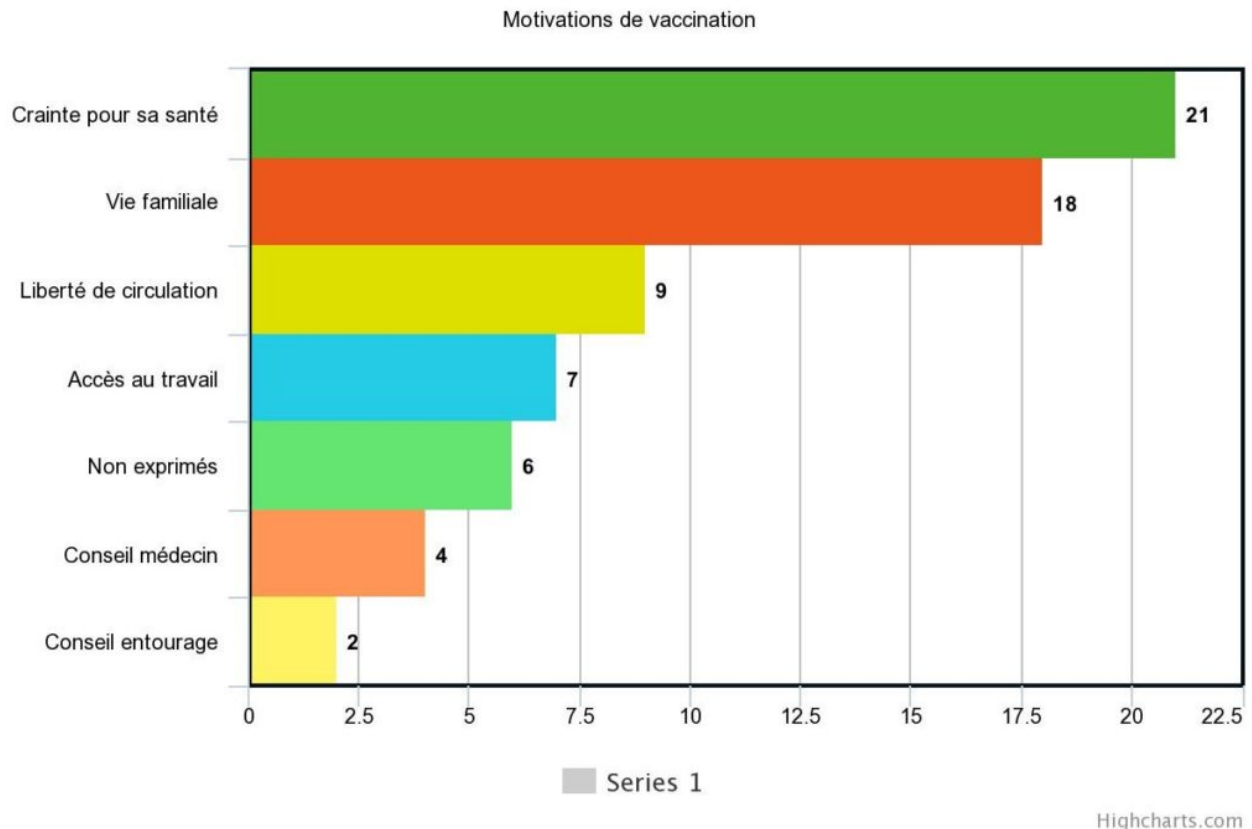
- Personnes actives: 5
- Personnes non actives: 19

Motivations de vaccination des personnes ayant achevé ou débuté leur vaccination

- Crainte pour sa propre santé: 21
- Vie familiale: 18
- Liberté de circulation: 9
- Travail: 7
- Motivation non exprimée: 6
- Conseil médecin: 4
- Conseil famille: 2

Chaque personne interrogée a pu exprimer deux voire plusieurs motivations.





Il est important de noter que la motivation exprimée des personnes vaccinées est majoritairement personnelle, l'influence des tiers (fût-ce celle de «l'autorité» médicale), la contrainte du lien social et les considérations relatives au «devoir collectif» restant bien secondaires. Ainsi le lieu du contrôle décisionnel (*locus of control*) se situe au niveau de l'individu ou de la famille.

On peut remarquer que ce résultat est plutôt conforme aux attentes par rapport à un groupe en moyenne moins actif et davantage isolé socialement. On peut aussi supposer que le centrage décisionnel au niveau du seul individu, ou par extension de sa famille, garantirait une protection plus efficace face aux risques et périls (notamment sanitaires et épidémiques) perçus comme modifiables par les décisions de l'individu.

Motivations du refus de la vaccination

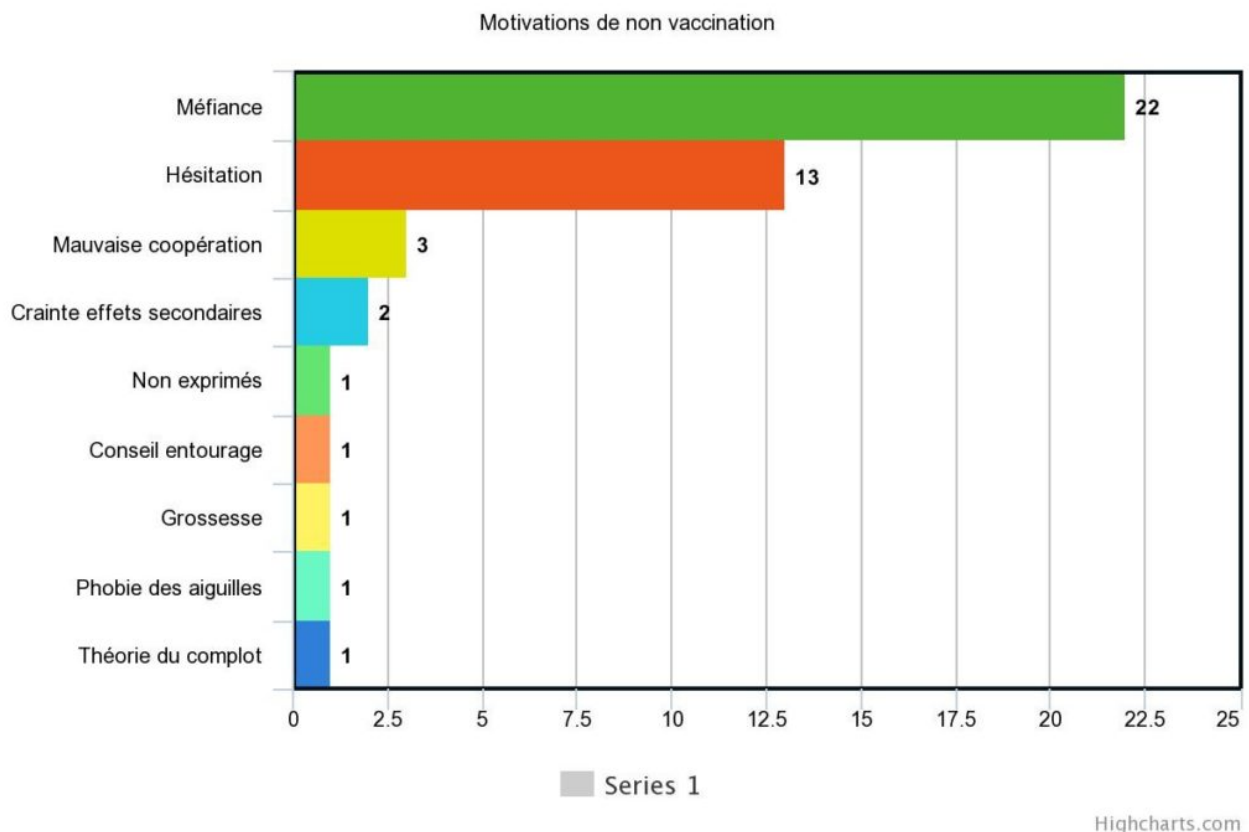
- Méfiance: 22
- Hésitation: 13
- Mauvaise coopération aux soins: 3
- Crainte effets secondaires: 2





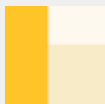
- Conseil entourage: 1
- Grossesse: 1
- Motivation non exprimée: 1
- Phobie des aiguilles: 1
- Théorie de complot: 1

Chaque personne interrogée a pu exprimer deux voire plusieurs motivations.



Dans le sous-groupe des personnes refusant la vaccination, la motivation apparaît faussement homogène, les deux premières catégories concernant la grande majorité des personnes du sous-groupe. Il s'agit cependant de motivations beaucoup plus floues, comme c'est souvent le cas pour les motivations négatives. Il est donc important de préciser les contenus qui sous-tendent les termes «méfiance» et «hésitation», distincts bien que souvent caractérisant une seule personne, et lesquels ont été regroupés sous ces deux items. J'ai regroupé sous l'item de la «méfiance» toutes les réponses qui témoignent d'une incrédulité face aux affirmations des instances gouvernementales et/ou médicales, avec des degrés divers d'élaboration.

Il est important de préciser que toutes les personnes interrogées, sauf une, ont reconnu la réalité et la gravité de la pandémie, ainsi que la nécessité de se protéger et d'en



protéger ses proches. Sous l’item «hésitation» j’ai regroupé des réponses de personnes qui ne contestent pas l’utilité de la vaccination en général, ni contre le COVID en particulier, pensant souvent même de se faire vacciner, mais qui procrastinent, et éventuellement doutent sur le rapport de bénéfice et risque dans leurs cas individuels. Les autres motivations, plus précises, de non vaccination sont très minoritaires, comme démontré par l’histogramme.

Une seule personne a exprimé une théorie qui nie la réalité de la pandémie. La marginalité d’une telle thèse dans l’échantillon contraste avec l’ampleur de la diffusion médiatique de telles thèses. Pourtant l’étude a été effectuée au sein d’un groupe de personnes réputées (certaines parmi toutes) porteuses de théories étranges.

Les personnes refusant la vaccination ont été interrogées sur les manières utilisées pour se protéger contre la pandémie. Les gestes barrières ont été la réponse unanime. La moitié des personnes refusant la vaccination (12 personnes) ont choisi comme mesure de protection l’auto-confinement partiel, la limitation des sorties du domicile au strict minimum. Parmi ces 12 «auto-confinés volontaires» une seule personne peut être qualifiée de «socialement isolée» et une seule personne aussi est engagée dans un projet professionnel.

Représentation des données en tableaux et traitement statistique

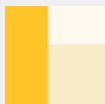
Vaccination et sexe

	Femmes	Hommes	Total
Vaccination achevée	17	23	40
Vaccination en cours	4	5	9
Vaccination sous-total	21	28	49
Vaccination refusée	15	9	24
Total	36	37	73

Signifiante statistique

Le khi-carré statistique est 2,4979. La valeur du p est 0,286808. Le résultat n’est pas significatif au niveau de probabilité d’erreur $p < 0,10$





Vaccination et âge

	Moyenne d'âge	Médiane d'âge	Écart type	Nombre
Vaccination achevée	48,6	49,5	11,5	40
Vaccination en cours	41,5	44,5	11,7	9
Vaccination sous-total	47,2	49	11,6	49
Vaccination refusée	44,4	44,5	14,5	24
Total	45,7	48	12,6	73

Signifiante statistique

Test de Student pour 2 échantillons indépendants, vaccination acceptée (sous-total) ou refusée, comparaison des âges :

t: -0.9128, ddl (degrés de liberté): 71, p: 0,3644

Intervalle de confiance à 95%: [-9.1363, 3.3982]

Le résultat n'est pas significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,05$

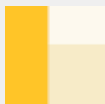
Vaccination et activité

	Actifs	Inactifs	Total
Vaccination achevée	13	27	40
Vaccination en cours	4	5	9
Vaccination sous-total	17	32	49
Vaccination refusée	5	19	24
Total	22	51	73

Signifiante statistique

Le khi-carré statistique est 1,9678. La valeur du p est 0,373855. Le résultat n'est pas significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,10$





Vaccination et isolement

	Isolement social	Étayage social	Total
Vaccination achevée	8	32	40
Vaccination en cours	2	7	9
Vaccination sous-total	10	39	49
Vaccination refusée	5	19	24
Total	15	48	73

Signifiante statistique

Le khi-carré statistique est 0,024. La valeur du p est 0,988068. Le résultat n'est pas significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,10$

Comparaison des caractères sociodémographiques de groupes qui diffèrent selon le comportement vaccinal

	Vaccination achevée	Vaccination après juillet	Vaccination refusée
Moyenne d'âge	48,6	40,9	44,4
Médiane d'âge	49	41	46
Activité	13	7	5
Isolement social	8	6	5

Signifiante statistique

Test de Student pour 2 échantillons appariés, vaccination achevée ou initiée après le mois de juillet, comparaison pour plusieurs paramètres :

t: 4,2921, ddl (degrés de liberté): 3, p: 0,02325

Intervalle de confiance à 95%: [1.5318, 10.3182]

Le résultat **EST** significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,05$

Test de Student pour 2 échantillons appariés, vaccination initiée après le mois de juillet, ou refusée, comparaison pour plusieurs paramètres

t: -0,8087, ddl (degrés de liberté): 3, p: 0,2434

Intervalle de confiance à 95%: [-6.7857, 4.0357]

Le résultat n'est pas significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,05$



Liberté de circulation et date de vaccination

- Total vaccinés ou en cours de vaccination : 47
- Motivés pour la vaccination par le travail et/ou la liberté de circulation : 14

- Vaccinés ou en cours avant les annonces de juillet : 28
- Motivés pour la vaccination par le travail et/ou la liberté de circulation : 7

- Personnes ayant commencé la vaccination après les annonces de juillet : 19
- Motivés pour la vaccination par le travail et/ou la liberté de circulation : 7

	Motivés travail/ liberté de circulation	Autres motivations	Total
Avant juillet	7	21	28
Après juillet	7	12	19
Total	14	33	49

Signifiante statistique

Le khi-carré statistique est 0,759. La valeur du p est 0,383651. Le résultat n'est pas significatif au niveau de probabilité d'erreur $p < 0,10$

Conclusions

Les données collectées dans le cadre de cette étude ne donnent pas lieu, sauf pour un seul tableau comparatif, à des résultats statistiquement significatifs. On a droit de supposer que la cause en est la petite taille de l'échantillon et le caractère essentiellement qualitatif des données. Certains rapprochements sont pourtant légitimes à leur lecture, dans le sens d'une plus ou moins grande probabilité. Contrairement à une hypothèse préalable à ce travail, il n'y a pas de rapport retrouvé entre le comportement vaccinal et l'isolement social. Autre résultat inattendu est le rapport avec le sexe des personnes, les hommes se vaccineraient davantage que les femmes. L'activité et l'âge auraient aussi un rapport positif avec le taux de vaccination mais moindre que celui qu'on aurait pu initialement supposer.





Il est important de remarquer que le taux de vaccination augmente depuis l'annonce des mesures sanitaires de l'été 2021 mais à un rythme plutôt lent au point où on puisse mettre en doute leur efficacité. On note aussi que le sous-groupe des personnes vaccinées après l'annonce de ces mesures diffère significativement à la fois de celui des personnes vaccinées avant l'annonce des mesures et des personnes refusant la vaccination ; les personnes de ce sous-groupe sont plus jeunes et plus actives. Cependant leurs motivations pour se faire vacciner ne diffèrent pas, ce qui est une apparente contradiction.

Répondant aux questions initialement posées, nous constatons que les motivations pour se faire ou ne pas se faire vacciner des personnes consultant dans un Centre Médico-Psychologique ne semblent pas teintées d'un quelconque particularisme; elles rejoignent celles de la population générale.

La question de la centralité de l'individu, et de son entourage proche, dans le processus décisionnel d'adhésion à une pratique médicale, notamment vaccinale, est importante pour le choix du type de pédagogie sanitaire. Elle est aussi importante pour la prise en considération du groupe particulier des patients consultant un Centre Médico-Psychologique, comparable à bien d'égards à n'importe quel groupe de patients.

En conclusion finale, pour faire heureusement aboutir un projet sanitaire, plutôt que de mettre l'accent sur l'adhésion du patient, il faudrait insister sur l'accès aux soins. Toute mesure de politique sanitaire devrait «le promouvoir, sinon ne pas l'entraver», formule d'actualité paraphrasant Hippocrate.

Bibliographie

- (Auto) critique de la science, livre ; Jean-Marc Lévy-Leblond, Alain Jaubert, Seuil 01/10/1975
- 3% des individus isolés de leur famille et de leur entourage, étude sociodémographique ; François Gleizes, Sébastien Grobon, Stéphane Legleye, INSEE 2015
- Répartition géographique des emplois, étude sociodémographique ; Cyrille Van Puymbroeck, Robert Reynard, INSEE 2010
- Loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, Journal officiel de la République Française
- Campagne de vaccination contre la Covid-19 en France, Wikipédia, octobre 2021





- Literacy, empowerment and information search in the field of MMR vaccination, article ; Diviani N, Camerini A-L, Reinholz D, et al., BMJ 2012
- Perceived enablers and barriers of community engagement for vaccination in India, article ; Tapati DuttaI, Jon Agley et al., PLOS ONE Journal 2021
- Willingness to Vaccinate Against COVID-19, The Role of Health Locus of Control article ; Vojtech Pisl, Jan Volavka et al., Frontiers in Psychology 2021

Pour citer cet article :

Emmanuel Kosadinos, « [Étude du comportement vaccinal des patients consultant dans un centre médico-psychologique \(CMP\) à Marseille.](#) », *Les Cahiers de santé publique et de protection sociale*, N° 40, Mars 2022.

