



HAL
open science

PAPRICA : un dispositif de formation participatif et collaboratif au service de la santé publique

Arnaud Siméone, Patricia Villain, Marie Préau

► **To cite this version:**

Arnaud Siméone, Patricia Villain, Marie Préau. PAPRICA : un dispositif de formation participatif et collaboratif au service de la santé publique. Questions de Pédagogies dans l'Enseignement Supérieur, ENSTA Bretagne, IMT-A, UBO, Jun 2019, Brest, France. hal-02283998

HAL Id: hal-02283998

<https://hal.science/hal-02283998>

Submitted on 11 Sep 2019

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

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

PAPRICA : un dispositif de formation participatif et collaboratif au service de la santé publique

ARNAUD SIMEONE

Laboratoire GRePS (EA 4163) – Université Lumière Lyon 2 – ISPEF, 86 rue Pasteur 69365 Lyon Cedex 07 – arnaud.simeone@univ-lyon2.fr

PATRICIA VILLAIN

Centre International de Recherche contre le Cancer - Organisation mondiale de la santé (OMS) - 150 Cours Albert Thomas, 69008 Lyon -

VillainP@iarc.fr

MARIE PREAU

Laboratoire GRePS (EA 4163) – Université Lumière Lyon 2 – Institut de Psychologie, 86 rue Pasteur 69365 Lyon Cedex 07 – marie.preau@univ-lyon2.fr

TYPE DE SOUMISSION

Analyse de dispositif

RESUME

Cette contribution a pour objectif de présenter l'évaluation du pilote d'un dispositif de formation médicale continue (PAPRICA) à destination des médecins généralistes, visant à faire évoluer leurs représentations et leurs attitudes vis-à-vis de la vaccination contre les infections par les virus du papillome humain (VPH). Ce dispositif est un module d'apprentissage collaboratif, devant permettre le développement - à travers les interactions des participants et leur décentration - d'un conflit sociocognitif aboutissant à une transformation de leurs représentations professionnelles vis-à-vis de la vaccination contre les VPH. Les postulats conceptuels, ainsi que les caractéristiques de ce module d'apprentissage collaboratif (population cible, matériel, déroulement, modalités d'évaluation) sont ici détaillés.

SUMMARY

The aim of this contribution is to present the pilot's assessment of a system of continuing medical training (PAPRICA) for general practitioners, aiming at changing their representations and their attitudes towards vaccination against HPV infections (HPV). This device is a collaborative learning module, to allow the development - through the participants' interactions and their decentration - of a socio-cognitive conflict resulting in a transformation of their professional representations towards the HPV vaccination. The conceptual postulates, as well as the characteristics of this collaborative learning module (target population, material, design, evaluation) are detailed here.

MOTS-CLES (MAXIMUM 5)

Module d'apprentissage collaboratif, Représentations professionnelles, Conflit sociocognitif

KEY WORDS (MAXIMUM 5)

Collaborative learning module, Professional representations, Socio-cognitive conflict

1. Contexte de la formation et postulats de base.

Cette contribution a pour objectif de présenter les résultats de l'évaluation du pilote d'un dispositif de formation continue participatif et collaboratif à destination des médecins généralistes (MG) - PAPRICA (*Prevention At Primary Care Level*) - visant à encourager l'évolution de leurs représentations et de leurs attitudes vis-à-vis de la vaccination contre les infections par les virus du papillome humain (VPH). Ce dispositif est le résultat d'une collaboration entre le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et les laboratoires GRePS (EA 4163 – Université Lyon 2) et HESPER (EA 7425 - Université Jean Monnet). Il bénéficie de financements de l'INCa et du Cancéropole Lyon Auvergne Rhône-Alpes (CLARA).

1.1. La vaccination contre les infections par les virus du papillome humain (VPH) : un enjeu de santé publique.

Avec environ 3 000 nouveaux cas par an, le cancer du col de l'utérus représente la 12^{ème} cause de cancer chez la femme en France. Ce cancer est attribuable dans près de 100 % des cas à une infection par un ou plusieurs papillomavirus humains. Cette infection peut être prévenue par la vaccination. Or, la couverture vaccinale contre les infections par les VPH est en France une des plus basses d'Europe (Denis et al. 2014).

En France, 90% des vaccins sont administrés par les MG, à qui les patients accordent une grande confiance (Massin et al., 2013). Ils pourraient ainsi jouer un rôle central auprès de leur patientèle pour la diffusion de la vaccination contre les infections par les VPH. Néanmoins, plusieurs études ont montré que les MG français ont aussi des réticences vis-à-vis de la prescription de ce vaccin, qui n'ont pas pour origine un manque de connaissances sur ce virus ou ce vaccin, mais plutôt leurs incertitudes vis-à-vis de leur rôle dans le dispositif de vaccination, des enjeux associés, et de leur sentiment de compétences à convaincre leur patientèle (Houdjal, 2017).

Ces données montrent donc qu'il est absolument nécessaire dans le cadre d'une intervention concernant la vaccination contre les infections par les VPH auprès des MG de tenir compte et d'intervenir sur leurs représentations professionnelles concernant leur rôle dans ce dispositif vaccinal et sur leur sentiment de capacité à proposer ce vaccin à leur patientèle.

1.2. Représentations socioprofessionnelles et Conflit sociocognitif.

1.2.1. Représentations professionnelles de la vaccination contre les infections par les VPH.

Les représentations professionnelles sont une catégorie spécifique de représentations sociales, qui se rapportent à des groupes liés à un métier ou à une fonction professionnelle et aux objets se rapportant à ces groupes dans leur activité (Bataille & Piasser, 2011). Les représentations sociales associées à un objet ou un phénomène sont formées d'un ensemble d'éléments organisés (cognitions, habitudes, croyances), permettant d'appréhender la réalité, de définir et de réguler les pratiques (Moscovici, 2000). Cette théorie a été employée pour étudier les représentations professionnelles des MG vis-à-vis de la vaccination (Sardy, Ecochard, Lasserre, Dubois, Floret & Letrilliart, 2012), et plus spécifiquement de la vaccination contre les infections par les VPH (Houdjal, 2017). Ces études soulignent en particulier que si l'efficacité des vaccins et leur rôle essentiel dans les campagnes de santé publique ne sont pas remis en cause par les MG, la présence d'éventuels effets secondaires indésirables n'est pas pour autant écartée. De fait, les MG semblent douter de leur capacité à répondre aux interrogations de leurs patients vis-à-vis de la sécurité des vaccins et de pouvoir les rassurer à ce sujet. Enfin, ils ne semblent pas avoir de représentations très claires de leur rôle dans le dispositif global de santé publique et donc de leur légitimité à promouvoir la vaccination contre les infections par les VPH.

1.2.2. Le conflit sociocognitif comme outil de transformation des représentations.

Si l'évolution des représentations sociales ou professionnelles est un phénomène spontané, provoquer et contrôler la transformation d'une représentation ne va pas de soi, certaines tentatives ayant parfois pu même aboutir à la production d'éléments contreproductifs (Flament, 1994). Pour atteindre l'objectif d'une transformation à la fois pertinente et durable, il faut que le dispositif d'intervention puisse à la fois fournir les éléments (connaissances théoriques ou techniques) que l'on souhaite voir intégrer dans les représentations, mais aussi permettre une implication des participants à travers des interactions. Les représentations préexistantes sont alors renégociées par la dynamique même du groupe et l'implication de ces membres. Cette prise en compte de la dynamique des groupes et des interactions entre apprenants dans les apprentissages correspond au concept de conflit sociocognitif. Ce terme est utilisé pour décrire une situation d'apprentissage où des apprenants, confrontés à un problème à résoudre en commun dont personne ne connaît a priori la réponse correcte, sont amenés à échanger, voir s'opposer, des arguments et in fine à ajuster leurs représentations afin

de trouver une solution consensuelle satisfaisante (Bourgeois & Buchs, 2011). En particulier, ce type de situation permet de transformer les représentations sociales qui font obstacle à l'apprentissage de nouvelles connaissances ou de nouvelles pratiques. A l'heure actuelle, une importante littérature (voir par exemple Rivers, White & Salovey, 2012) justifie empiriquement cette approche mettant la structure sociale des interactions au cœur des systèmes d'apprentissage, en particulier pour les petits groupes. Cependant, créer une situation d'apprentissage susceptible de générer un conflit sociocognitif nécessite la conjonction de trois éléments : la décentration des participants ; la qualité et la quantité des informations mises à disposition dans la situation d'apprentissage ; l'importance de l'enjeu (Bourgeois & Buchs, 2011). De fait, c'est en se rendant compte qu'il existe d'autres points de vue que le sien, c'est-à-dire en se décentrant, que l'individu sera en possibilité d'intégrer de nouveaux éléments et de faire évoluer sa représentation d'une situation problématique. Ce processus est aussi largement favorisé par la quantité et la qualité des informations mises à disposition. Plus les interactions entre apprenants reposent sur un riche éventail d'informations, plus elles permettent aux individus de s'engager dans un travail cognitif interne de recomposition de leur point de vue initial. Enfin, le conflit sociocognitif s'élaborant au tour d'échanges d'arguments et de contre-arguments entre participants, cela ne peut survenir que si le problème donné à résoudre intègre un sujet ayant une véritable importance pour l'ensemble des participants, voire pour leur communauté d'appartenance, et qu'il n'y ait pas a priori de réponse consensuelle ou évidente au problème posé. Si ces trois conditions sont réunies, la confrontation des représentations des apprenants, en favorisant la décentration, devient alors source d'apprentissage pour l'individu.

Le dispositif de formation PAPRICA est une tentative d'application des trois conditions précitées (présence d'un enjeu sociétal fort ; mise à disposition d'un corpus d'informations riche et de qualité ; dispositif collaboratif favorisant les interactions) dans le but de générer un conflit sociocognitif susceptible d'amener une évolution des représentations professionnelles des MG participants vis-à-vis de la vaccination contre les infections par les VPH et de favoriser leur engagement dans ce dispositif vaccinal ainsi que le développement de leur sentiment de capacité et de légitimité à proposer cette prescription à leur patientèle.

2. PAPRICA : un module d'apprentissage visant à la transformation des représentations professionnelles.

Le corps principal de ce module d'apprentissage collaboratif se compose de trois étapes, encadrées par une introduction plénière et une conclusion. Sa mise en œuvre nécessite la collaboration de trois types d'intervenant : 1) un animateur principal (coordinateur de l'ensemble du dispositif), 2) des animateurs de table (régulateur de l'activité de chaque groupe de formation) et 3) un expert de la vaccination contre les VPH (en capacité de répondre aux éventuelles interrogations des participants).

Tout d'abord, l'animateur principal accueille l'ensemble des participants pour une introduction plénière, où le contexte de la formation leur est présenté (enjeux de santé de publique, origine du dispositif PAPRICA, partenaires impliqués) et où ils peuvent être rassurés en ce qui concerne l'indépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. A la fin de cette introduction, l'animateur principal enjoint les participants à rejoindre l'animateur de leur groupe à la table qui leur est dédiée.

Ensuite, chacun des animateurs de table commence par se présenter, permettre aux membres du groupe de se présenter, puis par décrire brièvement le déroulé de la séance. Une fois cela fait, afin de créer un climat de confiance entre les participants, l'animateur de table rappelle les principales règles de fonctionnement du groupe (confidentialité de la participation et des échanges, respect de la parole d'autrui et des tours de paroles, rôle de régulateur de l'animateur) et annonce qu'en cas de nécessité, le groupe pouvait recourir à un expert présent dans la salle. La première étape de la formation peut ensuite démarrer.

L'objectif de cette première partie est de permettre aux participants de réaliser un diagnostic partagé de la situation actuelle de la vaccination contre les VPH en France, et qu'ils puissent ainsi se construire une représentation commune sur ce sujet. Cette étape a aussi pour but de mettre en exergue les différentes sensibilités et représentations des participants par la discussion, et ainsi provoquer l'émergence d'une situation de conflit sociocognitif. Néanmoins, elle doit aussi permettre l'établissement d'une coopération entre les participants afin qu'ils puissent dépasser ce conflit en élaborant une représentation commune. En pratique, chacun des médecins participants a à sa disposition quatre à cinq fiches, présentant chacune une série d'information sur un thème précis. Les contenus de toutes ces fiches ont été construits par des experts du CIRC et scrupuleusement basés sur des évidences scientifiques afin qu'aucune information fournie ne soit erronée et ne puisse être contestée au moment de la

formation. Dans le même ordre d'idée, chaque contenu a été scrupuleusement référencé. Sur cette base, ils reçoivent la consigne de consulter chacune de leurs fiches pour retenir les deux qui leur semblent les plus importantes, en sachant qu'ils auront pour tâche de les présenter au groupe, de justifier leurs choix et d'en discuter ensuite tous ensemble. Une fois ces consignes données et le choix des fiches effectué, les participants ont à tour de rôle à présenter une première fiche, puis une seconde. A la fin de chaque présentation, les éléments d'informations retenus et validés de manière consensuelle par le groupe doivent être transcrits sur un support de grand format. Cette première partie se conclue par l'attribution collective d'un titre au support, reflétant le contenu de cette production de groupe.

Lors de la deuxième étape les participants doivent expliciter et discuter ensemble de ce qui pourrait faire obstacle ou faciliter la prescription de la vaccination contre les VPH, ainsi que l'adhésion de leur patientèle. Ils ont pour consigne d'inscrire les éléments consensuellement identifiés sur un second support, en précisant s'ils situent ces leviers ou obstacles plutôt du côté du médecin, du patient, du contexte, ou à l'intersection de chacun de ces domaines. L'objectif de cette étape était de permettre aux MG de partager leur expérience et de continuer à résoudre le conflit sociocognitif initié en les mettant en situation de collaboration. Cette deuxième étape se termine par l'attribution d'un titre au support, reflétant de manière synthétique l'ensemble de la réflexion collective élaborée.

La troisième étape consistait en la recherche de solutions concrètes destinées à faciliter la recommandation par le médecin et l'acceptation par le patient de la vaccination contre les VPH. Pour ce faire, les participants ont pour consignes d'imaginer des actions permettant de surmonter les obstacles ou enjeux identifiés dans les phases précédentes. En pratique, il leur est demandé de renseigner collectivement au moins une fiche-action, en précisant le titre de l'action, ces objectifs, les acteurs impliqués, les moyens nécessaires, sa mise en œuvre, et les résultats attendus. Il est indiqué aux participants que les actions doivent de manière privilégiée pouvoir être mises directement en place par un médecin généraliste au sein de son cabinet. L'objectif pédagogique de cette étape est à la fois d'augmenter le sentiment de capacité et de légitimité à agir des médecins généralistes participants.

Une fois ces trois étapes terminées, la formation s'achève par une conclusion plénière, où chaque groupe doit restituer aux autres les éléments essentiels qu'ils retiennent de chacune des trois étapes. Cette plénière a pour objectifs 1) de renforcer l'engagement de chaque participant en l'amenant à présenter et défendre une élaboration collective aux autres groupes et 2) de conduire les participants à constater les similitudes dans les choix opérés au cours des

étapes, et de prendre ainsi conscience de l'existence de représentations professionnelles et de questionnements partagés au sein du groupe de pairs, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance au groupe professionnel.

Le dispositif PAPRICA a été mise en œuvre et évalué lors d'un pilote auprès d'un échantillon MG exerçant en libéral. C'est l'évaluation de ce pilote qui va être présentée ci-dessous.

3. Evaluation du pilote.

3.1. Méthode.

La population ciblée par le dispositif PAPRICA est celle des MG qui ne rejettent ni n'adhèrent définitivement à la vaccination contre les infections par les VPH, le dispositif PAPRICA devant permettre à cette population indécise de mieux poser un choix éclairé. Quinze médecins, repartis dans en trois groupes, ont participé à la formation pilote du projet PAPRICA. La majorité des participants avait entre 25 et 35 ans. Tous exerçaient en libéral. Seulement deux participants ont déclaré avoir été confrontés à un problème de santé grave potentiellement lié à une vaccination lors de l'exercice de sa profession. La majorité (n=9) a suivi entre une et quatre demi-journées de formations médicales au cours des douze derniers mois. Onze participants ont répondu avoir des enfants, dont six avoir au moins une fille. Parmi ces derniers, quatre ont déclaré en avoir au moins une vaccinée contre les VPH.

L'évaluation de l'impact du dispositif sur les représentations professionnelles des participants s'est faite au moyen de différents outils : un questionnaire, l'enregistrement des discours produits lors des trois étapes de la formation, et le recueil des fiches choisies et des supports élaborés par les groupes. Le questionnaire comportait deux parties : une première partie consacrée aux perceptions des participants vis-à-vis de la vaccination, de la vaccination contre les VPH ou de leurs aptitudes à la recommander à leur patientèle (quinze questions suivis d'échelle d'accord en dix points) et une seconde partie permettant de recueillir des informations sur les caractéristiques des participants (sept questions). Ce questionnaire a été proposé à deux reprises : juste avant le début de la formation (pré-test) et dix-huit jours après celle-ci (post-test). Pour chacun des trois groupes de participants, l'enregistrement des discours tenus pendant les trois premières étapes du corps principal de la formation a été effectué à l'aide d'un enregistreur audio numérique et les verbatims obtenus ont ensuite été retranscrits. Les fiches sélectionnées par les participants de chaque groupe ont été identifiées par les animateurs de table, qui ont aussi recueillis les supports produits par leur groupe.

3.2. Résultats.

Les résultats issus du pré-test révèlent que les participants ont préalablement à l'intervention une perception très positive de la vaccination, de la vaccination contre les infections VPH en particulier, ainsi que de l'importance du rôle joué par les MG dans le dispositif vaccinal : les cinq items obtenant les cotations moyennes les plus élevées concernent ainsi l'Attitude globale vis-à-vis de la vaccination ($m = 9,5$) et vis-à-vis du vaccin contre les VPH ($m = 9$), la Perception du rôle joué par les MG dans le dispositif vaccinal ($m = 9,21$), du rapport coût/bénéfices associé au vaccin contre les VPH ($m = 8,85$) et de l'efficacité de ce vaccin ($m = 8,78$). Néanmoins, ces résultats soulignent aussi que les MG participants ne perçoivent pas pour autant la prescription de la vaccination contre les VPH comme simple ou évidente. De fait, parmi les items donnant lieu aux cotations moyennes les plus faibles se retrouvent la Perception de la capacité à informer leur patientèle ($m = 6,28$) ou à répondre sur la sécurité du vaccin contre les VPH ($m = 6,28$), la Perception de la facilité de la prescription de ce vaccin ($m = 6,57$) et de la position de leurs confrères vis-à-vis de la vaccination contre les VPH ($m = 4,85$). Compte-tenu des cotations relativement élevées observées sur la majorité des items (8 items sur 15 montrent au pré-test des estimations moyennes supérieures à 7), peu d'effets significatifs étaient attendus de la comparaison des résultats obtenus aux pré et post-test à l'aide de tests de Wilcoxon. Néanmoins, trois items ont présenté des différences significatives : la Perception de la capacité à informer la patientèle ($p < .001$), de la capacité à répondre sur la sécurité du vaccin VPH ($p < .01$) et de la capacité à expliquer l'utilité de la vaccination VPH ($p < .05$). Une tendance est aussi observée pour l'item concernant la Perception de la facilité à prescrire ce vaccin.

Le choix des fiches opéré lors de la phase 1 montre clairement que les intérêts et préoccupations des participants concernent des informations directement utilisables au sein du cabinet lors de la rencontre avec leurs patientes. Ainsi, parmi les vingt-quatre fiches proposées, celles qui n'ont été choisies par aucun des groupes (6) traitent essentiellement de la vaccination de manière générale, de la production des vaccins ou des VPH. Par contre, celles qui ont été sélectionnées par tous (4) abordent des sujets beaucoup plus opératoires, tels que par exemple ceux des populations concernées, de la composition des vaccins contre les VPH ou encore de l'effet de la vaccination pour prévenir le cancer du col de l'utérus.

L'analyse de contenu du support de la phase 2 montrent que si certains obstacles à la vaccination contre les VPH étaient relatifs aux MG eux-mêmes, comme par exemple le manque de temps pour développer des argumentaires convaincants dans le cadre d'une

consultation, la très grande majorité des barrières identifiées a pour origine des éléments extérieurs au praticien et à son cabinet, tels que les représentations des patients vis-à-vis du VPH ou de la vaccination, l'influence néfaste des médias ou encore les préconisations gouvernementales ou le calendrier vaccinal. A l'inverse, de très nombreux leviers sont placés du côté du MG, voir à l'intersection des domaines Médecin et Patient, comme par exemple la confiance vis-à-vis du MG, la consultation dédiée, la transparence des informations ou encore le discours adapté du MG.

Un constat similaire ressort de l'analyse du contenu des fiches-action produites lors de la phase 3. Quatre fiches-action sur les sept produites par les groupes mettent le médecin au cœur de la solution envisagée : « Identifier le profil de conviction », « Adapter l'argumentaire/discours », « Ordonnance comme objet motivationnel » et « Vrai ou faux ? ». Les participants des trois groupes insistent en particulier sur l'importance de contrer la désinformation et la manipulation perçues par les patients et soulignent leur devoir de transparence concernant les informations à leurs transmettre. Les trois autres fiches-action concernent des actions devant être menées à un niveau supra-ordonné extérieur au cabinet, échappant donc totalement au champ d'action du praticien.

L'analyse des verbatims recueillis souligne la présence de trois thématiques principales donnant lieu à des débats et des échanges entre participants. Le premier thème concerne les barrières relatives à la recommandation et à la prescription de la vaccination contre les VPH, provenant en grande partie des représentations de leurs patients, tels que celles d'un virus perçu comme peu dangereux, d'un dispositif vaccinal au contraire vécu comme inquiétant ou encore d'une vaccination liée à sexualité. Le second thème concerne la place centrale du médecin généraliste dans le dispositif de vaccination contre les VPH, en tant que médiateur susceptible à la fois de prendre en compte les positions de leurs patients, mais aussi de leur transmettre une information transparente et pertinente, sans pour autant les manipuler. Le troisième thème focalise sur l'importance de la communication et de la transmission d'information, en particulier entre le MG et sa patientèle, en abordant notamment la possibilité de contrecarrer l'effet néfaste des médias, des recommandations gouvernementales perçues contre-productives et des divers scandales sanitaires. Pour terminer, l'analyse des échanges montre que non seulement la formation est vécue positivement tout au long de son déroulement (des commentaires explicites concernant son originalité, sa pertinence ou le plaisir d'y participer sont présents) mais qu'elle contribue aussi à renforcer le sentiment de

légitimité à participer au dispositif vaccinal et à rassurer les participants quant à la présence de difficultés et de vécus identiques, mais aussi de valeurs et de réflexions partagées.

4. Conclusion

Le test de du dispositif PAPRICA, mené à travers l'évaluation d'un pilote, confirme que les difficultés rencontrées par les MG pour la prescription de la vaccination contre les VPH ne relèvent pas d'un manque de connaissances sur la vaccination, mais plutôt d'un manque de capacités perçues à rassurer et à convaincre leur patientèle. Il révèle aussi que ce dispositif est bien accepté par les participants, et qu'il permet une évolution significative et positive de la perception de l'importance leur rôle dans le dispositif vaccinal et de leur capacité à répondre aux interrogations de leur patientèle et à proposer des solutions pour arriver à la convaincre de manière éclairée à en accepter la prescription. L'ensemble de ces éléments plaide pour une implantation à plus large échelle de ce type de dispositif de formation, fondé sur le concept de conflit sociocognitif.

Références bibliographiques

- Bataille, M. & Piasser, A. (2011). Of contextualised use of social and professional. In Chaib M. & Danemark, B. & Selander, S. (Eds). *Education, Professionalization and Social Representations – On the Transformation of Social Knowledge*. New –York, Oxon: Routledge, 44-54.
- Bourgeois, E., & Buchs, C. (2011). Conflits sociocognitifs et apprentissage en formation. In P. Caspar & Ph. Carré (Eds.), *Traité des sciences et techniques de la formation*. Paris, Dunod.
- Denis, F., Cohen, R., Stahl, J.P., Martinot, A., Dury, V., Le Danvic, M. & Gaudelus, J. (2014). Papillomavirus vaccination in France according to 2008 to 2012 Vaccinoscopie(®) data. *Med Mal Infect*, 44(1), 18-24. doi: 10.1016/j.medmal.2013.11.001.
- Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales . Dans : Abric, J.C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF, pp. 37-57.
- Houdjal, L. (2017). Approche des représentations des médecins généralistes sur la vaccination anti-HPV à l'aide d'un modèle évaluant les opinions, les pratiques et les informations délivrées aux patients. Thèse de médecine générale, présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2017. Université Pierre et Marie Curie : Paris.

Massin, S., Pulcini, C., Launay, O., Flicoteaux, R., Sebbah, R., Paraponaris, A., ... Ventelou, B. (2013). Opinions et pratiques d'un panel de médecins généralistes français vis-à-vis de la vaccination. *Global Health Promotion*, 20 (2_suppl), 28–32.
<https://doi.org/10.1177/1757975913483334>

Moscovici, S. (2000). *Social representations*. Cambridge: Polity Press.

Sardy, R., Ecochard, R., Lasserre, E., Dubois, J., Floret, D. & Letrilliart, L. (2012). Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. *Santé Publique*, 24(6), 547-560.
doi:10.3917/spub.126.0547.