

**Connaissances, perceptions et attitudes
du personnel de santé du Centre Hospitalier de Mouscron
vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière.**

Mémoire réalisé par
Pierre Fourmanoir

Promoteur(s)
Pr. William D'Hoore
Pr. Anne Simon

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

**Connaissances, perceptions et attitudes
du personnel de santé du Centre Hospitalier de Mouscron
vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière.**

Mémoire réalisé par
Pierre Fourmanoir

Promoteur(s)
Pr. William D’Hoore
Pr. Anne Simon

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

REMERCIEMENTS

L'écriture d'un mémoire nécessite un soutien par un entourage fidèle et j'ai eu le bonheur d'être épaulé par des personnes de confiance. Je souhaite ici leur signifier ma reconnaissance.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon promoteur, le Professeur William D'Hoore ainsi que ma co-promotrice, le Professeur Anne Simon, qui m'ont soutenu et suivi en binôme dans les différentes étapes de ce travail. Leurs réflexions, leurs conseils et leurs encouragements ont, sans nul doute, participé à l'élaboration de ce mémoire.

Mes remerciements les plus chaleureux vont également aux différentes personnes qui ont participé au test et à la validation de mon questionnaire. Sans elles, l'avancée de mon mémoire était compromise. Merci du temps accordé et de leurs remarques pertinentes.

Je voudrais remercier ensuite le Centre Hospitalier de Mouscron, de la Direction qui a accueilli à bras ouverts mon projet de mémoire aux différents membres du personnel qui ont accepté de participer à la recherche. Merci à tous pour votre collaboration.

J'adresse une pensée toute particulière à mon Infirmière en Chef et mes collègues de travail, qui m'ont soutenu dès le début de ce master. Leur collaboration durant ces quelques années a rendu possible la réalisation de mes études. Merci aussi pour leur soutien et encouragements.

Merci à toutes celles et ceux qui ont eu foi en moi et qui m'ont accordé des marques d'affection.

Enfin, je tiens à remercier du fond du cœur ma famille, Fanny, Arthur & Jules, pour m'avoir supporté, dans les deux sens du terme, pendant ces trois années d'études. La confiance, le soutien moral, les encouragements, la patience et les sacrifices dont ils ont fait preuve, jour après jour, m'ont permis d'aller au bout de ce challenge.

C'est grâce à tous que la concrétisation de mon master et de ce mémoire a été rendu possible.

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	1
2. CADRE THEORIQUE.....	2
2.1. LA VACCINATION	2
2.1.1. Définition	2
2.1.2. Efficacité vaccinale	3
2.1.3. Contre-évidence.....	6
2.1.4. Rapport coût / efficacité.....	7
2.1.5. Innocuité, effets secondaires et contre-indications.....	8
2.1.6. Paradoxe de la prévention.....	8
2.1.7. Modèle d'évolution d'un programme de vaccination	9
2.2. LA GRIPPE	11
2.2.1. Définition	11
2.2.2. Virus.....	11
2.2.3. Épidémiologie	12
2.2.4. Transmission	14
2.2.5. Infection	14
2.2.6. Prévention.....	14
2.3. LE PERSONNEL DE SANTÉ	15
2.3.1. Couverture vaccinale	15
2.3.2. Absentéisme.....	16
2.4. L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE : LES EXIGENCES DE QUALITÉ.....	18
2.4.1. Culture de sécurité, un concept organisationnel	18
2.4.2. Accréditation hospitalière de niveau international	19
2.5. ENTRE LIBÉRALISME ET PATERNALISME.....	20
3. MÉTHODES.....	22
3.1. CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE.....	22
3.2. OUTIL DE RECHERCHE ET COLLECTE DES DONNÉES.....	25
4. RÉSULTATS	31
4.1. ANALYSE GLOBALE DES RÉPONDANTS.....	31
4.2. ANALYSE DES RÉPONDANTS SELON LE GROUPE DU PERSONNEL « VACCINÉ ».....	32
4.3. ANALYSE DES RÉPONDANTS SELON LE GROUPE DU PERSONNEL « NON-VACCINÉ ».....	34
4.4. TESTS STATISTIQUES : MOYENNE ET ÉCART-TYPE, TEST T DE STUDENT, RÉGRESSION LOGISTIQUE.....	35
4.4.1. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur la grippe saisonnière	35
4.4.2. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur le vaccin de la grippe saisonnière	37
4.4.3. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur l'organisation de la vaccination contre la grippe saisonnière au sein de l'hôpital.....	38
4.4.4. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur la communication envers la vaccination contre la grippe saisonnière	40
4.4.5. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur ses propres agissements envers la vaccination contre la grippe saisonnière	42
4.4.6. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur les facteurs influençant le personnel de santé vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière	44
4.4.7. Résultats de la régression logistique pas à pas	46
5. DISCUSSION.....	49
5.1. LIMITES DE NOTRE ÉTUDE	50
5.2. AXES OU PISTES POUR LA PROCHAINE CAMPAGNE	53
5.3. PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION : LA STRATÉGIE MULTIMODALE DE L'OMS	58
6. CONCLUSION ET PERSPECTIVES	62

7. BIBLIOGRAPHIE	65
8. ANNEXES : LES DIFFÉRENTES ANNEXES ONT ÉTÉ IMPORTÉES SÉPARÉMENT SUR DIAL.MEM.....	70
9. RÉSUMÉ.....	71
CONTEXTE	71
MÉTHODES.....	71
RÉSULTATS	71
MOTS-CLÉS.....	71

1. INTRODUCTION

Cette année 2018 rappelle un bien triste anniversaire. En effet, il y a 100 ans, la pandémie de grippe espagnole se répandait à travers le monde. Les propagations mortelles de ce virus A H1N1 ont entraîné près de 20 millions de décès, selon les estimations les moins pessimistes, soit deux fois plus que la Première Guerre Mondiale à la même époque. Depuis cette catastrophe, la volonté de lutter contre ce fléau est planétaire, mais à ce jour, nous ne sommes pas encore parvenus à trouver d'autre(s) moyen(s) efficace(s) de lutter contre le virus influenza que le vaccin.

Et alors que, et je cite l'Organisation Mondiale de la Santé (2010) pour s'en convaincre, « *à l'exception de l'eau potable, il n'y a rien d'autre, même pas les antibiotiques, qui ait eu un effet si important sur la réduction de la mortalité...* » la vaccination contre la grippe saisonnière peine à convaincre les professionnels de la santé du centre hospitalier dans lequel je travaille.

Ce constat a d'ailleurs été mis en avant par les experts de l'Accreditation Canada International, fin 2016. Parmi les points à améliorer, leur rapport mentionnait : « *Le personnel a aussi accès à la vaccination antigrippale. Le taux de vaccination se situe autour de 30%. Il serait intéressant d'étudier ce phénomène et de voir avec un groupe de personnes quelle stratégie pourrait augmenter le taux.* » Dès ce moment, une série de questions a fait irruption dans mon esprit, pourquoi le taux de vaccination contre la grippe saisonnière du personnel de santé reste-t-il faible malgré les années et les campagnes de vaccination ? Connaît-on les motivations et les freins qui poussent ou non le personnel de santé à se faire vacciner ? Qu'en est-il au sein de mon hôpital régional Wallon ? Quelles sont les préférences du personnel de santé ? Quelles sont les perspectives d'amélioration ?

A travers une approche théorique, nous étudierons les principales thématiques, telles que le vaccin et la grippe évidemment mais aussi leurs implications pour le personnel de santé et l'institution hospitalière. Nous terminerons cette revue de littérature par une proposition de réflexion à propos de la vaccination, entre libéralisme et paternalisme.

Dans une deuxième partie, nous étudierons leurs connaissances, leurs perceptions, leurs attitudes via un questionnaire et une approche statistique, afin d'apporter des pistes d'améliorations et de travail pour la campagne de vaccination à venir.

2. CADRE THEORIQUE

2.1. La vaccination

« On estime que la vaccination permet d'éviter chaque année 2 à 3 millions de décès dus à la diphtérie, au tétanos, à la coqueluche et à la rougeole. On pourrait sauver 1,5 millions de vies supplémentaires en améliorant la couverture mondiale de la vaccination (la proportion des enfants dans le monde à qui on administre les vaccins recommandés) qui est restée stable ces dernières années. » (OMS, 2018)

Fiers de ce constat, nous allons parcourir différentes sources de la littérature afin de comprendre le rôle de la vaccination dans sa lutte contre la grippe saisonnière. Que doit-on comprendre ou savoir sur le vaccin, quels sont ses avantages et ses inconvénients ? L'objectif est de pouvoir cerner la question, en prenant appui sur diverses publications scientifiques et faire, en quelques sortes, un bref état actuel des connaissances.

2.1.1. Définition

L'OMS (s.d.) définit le terme vaccin comme une préparation administrée pour provoquer l'immunité contre une maladie en stimulant la production d'anticorps. On trouve dans les vaccins des suspensions de micro-organismes inactivés ou atténués, ou des produits ou dérivés de micro-organismes. L'injection est la voie d'administration la plus courante, mais certains vaccins sont donnés par voie orale ou en pulvérisations nasales.

Actuellement il existe deux types de vaccin antigrippal. Les vaccins inactivés injectables d'une part, ils sont composés soit d'antigène de surface du virus grippal, soit de virion fragmenté et le vaccin vivant atténué d'autre part. Chaque année le vaccin contre la grippe est élaboré, au minimum, de trois souches de virus différentes : l'une de sous-type A (H1N1), l'autre de sous-type A (H3N2), et la troisième de type B (Les différents types de virus influenza sont abordés dans le chapitre suivant 'Grippe'). On appelle alors vaccin trivalent, un vaccin qui comporte des antigènes de deux virus de type A et d'un virus de type B et un vaccin quadrivalent, celui qui contient des antigènes de deux virus de type A et de deux virus de type B. Le choix des souches vaccinales est adapté chaque année en fonction des données épidémiologiques. Il est

déterminé par l'OMS pour la saison grippale suivante : en février-mars pour l'hémisphère Nord et en octobre pour l'hémisphère Sud. (INPES, 2012)

Enfin, les vaccins disponibles contre la grippe saisonnière 2017-2018 en Belgique sont deux vaccins quadrivalents (Alpharix-Tetra®, Vaxigrip Tetra® - enregistrés pour toute personne âgée de 3 ans ou plus) et un vaccin trivalent (Influvac S®). (Conseil Supérieur de la Santé, 2017)

2.1.2. Efficacité vaccinale

Il est recommandé de se faire vacciner contre la grippe chaque année pour garantir une correspondance optimale entre le vaccin et les souches grippales prévalentes et parce qu'à la différence de l'immunité durable et spécifique à une souche, induite par une infection naturelle, la protection conférée par les vaccins antigrippaux, notamment chez les personnes âgées, a une durée relativement courte. Si les souches vaccinales correspondent étroitement aux virus grippaux en circulation, le taux d'efficacité vaccinale chez les individus de moins de 65 ans se situe typiquement entre 70 et 90% (Fiore AE. et al., 2010), tandis que l'efficacité du vaccin trivalent dans la prévention de l'infection vaccinale chez des individus âgés de plus de, ou égal à, 65ans est au mieux modeste, indépendamment du contexte, de la population et du type d'étude. (OMS, 2012)

Dans un deuxième temps, l'OMS (2012) cite l'étude de Michiels B. et al. et celle de Ciszewski A. et al. : « En 2011, une revue systématique des études évaluant les performances des vaccins parmi différents groupes cibles a relevé des preuves de bonne qualité mais limitées de l'efficacité réelle de ces vaccins chez des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique et chez des individus âgés présentant une comorbidité telle qu'un diabète, une affection pulmonaire chronique, une maladie cardiovasculaire, rénale ou hépatique ou un état d'immunodépression. »

Enfin, il existe des preuves scientifiques d'un effet protecteur de la vaccination du personnel soignant contre l'infection grippale mais il est moins prouvé que cette vaccination prévienne la morbidité et la mortalité parmi les résidents des unités de soins de longue durée pour personnes âgées. (OMS, 2012)

Il est par ailleurs pertinent de voir ce qu'y est dit en dehors des rapports de l'OMS, aussi prestigieuse soit-elle. Hanslik T., Launay O., (2013) par exemple, nous expliquent que la vaccination antigrippale a montré son efficacité dans la prévention de la grippe chez l'adulte jeune immunocompétent. En revanche des données complémentaires sont indispensables pour assurer de façon plus convaincante la promotion de cette vaccination chez les personnes âgées de 65 ans et plus ou immunodéprimées, ainsi que chez les professionnels de santé. Enfin, la mise au point d'un vaccin plus efficace constitue un enjeu important.

Un rapport français du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) de mars 2014 nous apporte une nuance concernant l'efficacité de la vaccination des personnes âgées de 65ans et plus. De nombreuses études sont à relativiser à cause de la présence de biais : la vaccination contre la grippe ne pouvant pas prévenir l'hospitalisation ou le décès dans les périodes où les virus grippaux ne circulent pas, les résultats obtenus sont le résultat des biais de sélection. (...) En fait, la principale conclusion de ces méta-analyses est que le caractère limité des études et leur méthodologie médiocre ne permettent pas de conclure de manière certaine quant à l'efficacité et non pas que la vaccination n'est pas efficace. Les études utilisant des méthodologies censées éliminer les biais permettent cependant de retrouver une certaine efficacité de la vaccination antigrippale des personnes âgées vis-à-vis de la prévention des décès toute cause confondue et du risque d'hospitalisation pour pneumonie et grippe. (...) Cependant, même une efficacité vaccinale de l'ordre de 50 % sur l'excès de mortalité lié à la grippe, estimé entre 5 à 10 %, correspondrait à la prévention de plusieurs milliers de décès liés à la grippe chaque année en France. Au vu du profil de tolérance des vaccins, la balance bénéfice/risque apparaît donc largement en faveur du maintien de la stratégie de vaccination des sujets âgés.

Le même rapport du HCSP (2014) concernant l'efficacité de la vaccination des professionnels de la santé nous apprend que la majorité des résultats, quel que soit le critère de jugement considéré, va dans le sens d'un effet protecteur. Malgré la présence de biais, l'absence de preuves formelles ne peut pas conduire à l'inaction d'autant plus que la vaccination antigrippale est sans effet secondaire majeur. Le vaccin est bien toléré, son efficacité a été prouvée chez l'adulte sain, il existe donc un bénéfice individuel de la vaccination contre la grippe pour le soignant. (...) La majorité des résultats sont en faveur d'un effet protecteur mais le niveau de preuve est faible.

Enfin Lehmann B.A., et al. (2016) vont en ce sens, en résumant dans leur article diverses études démontrant que la prévention dans les soins de santé des infections acquises ou nosocomiales est un objectif important pour la sécurité des patients et le contrôle des infections dans tous les milieux de soins. Par ailleurs dans cet article, un constat m'interpelle : On estime que 20% des travailleurs de la santé sont infectés chaque année par la grippe. Beaucoup d'entre eux continuent à travailler et favorisent ainsi la propagation de la grippe. Il y a là un point important qui doit être pris en compte et qui nécessite de sensibiliser davantage le personnel à l'avenir.

La vaccination contre la grippe est la méthode la plus efficace pour prévenir la transmission nosocomiale, et des études ont montré que la vaccination aide à réduire les maladies liées à la grippe et la mortalité parmi les patients atteints de maladies pulmonaires chroniques. De plus, des études ont clairement indiqué que la vaccination des professionnels de santé est rentable. (Lehmann B.A., et al., 2016) (Traduction libre de l'anglais)

A travers ces différentes études, nous ne pouvons que constater que l'efficacité vaccinale reste modérée. Dans une récente présentation, Martin Ch. (2018) reprend la conclusion de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP) pour la saison 2016-2017, concernant ce qu'elle nomme l'effectivité vaccinale : « Malgré le fait que les souches circulantes étaient antigéniquement homologues à la souche correspondante du vaccin contre la grippe, l'efficacité vaccinale contre la grippe A (H3N2) s'est avérée modérée. Dans notre surveillance, le vaccin a réduit le nombre de patients ayant une consultation avec le médecin généraliste ou une hospitalisation en raison d'une infection grippale A (H3N2) de 28% (...) »

Lorsque l'on surveille l'efficacité vaccinale d'année en année, la constatation qui en émerge c'est que l'efficacité actuelle des vaccins saisonniers ne plaide pas encore en leur faveur et amène alors certains auteurs à remettre en question les recommandations actuelles. Deux de ces articles récents sont présentés et analysés dans le point suivant.

2.1.3. Contre-évidence

Face à ces différentes publications démontrant la nécessité et l'importance de prôner la vaccination, dont celle du personnel de santé, certaines publications contestent ces résultats. Prenons, par exemple, une étude de Thomas RE. et al. (2016) qui conclut que leur revue ne fournit pas de preuves raisonnables pour soutenir la vaccination des professionnels de santé pour prévenir la grippe chez les personnes âgées de 60 ans ou plus résidant dans des établissements de soins de longue durée.

Néanmoins, on peut sans doute modérer leurs propos car les auteurs avouent eux-mêmes avoir été confrontés à des biais importants, ils disent d'ailleurs : *Des ECR (Essais Cliniques Randomisés (N.D.L.R.)) de bonne qualité sont nécessaires pour éviter les risques de biais méthodologiques identifiés dans cette revue et pour tester ces interventions en combinaison.*

Par contre une autre étude, encore plus récente, publiée par De Serres G. et al. (2017) affirme que les quatre essais contrôlés randomisés par grappe qui sous-tendent les politiques de vaccination obligatoire contre la grippe des travailleurs de la santé attribuent de façon invraisemblable une réduction importante du risque de vaccination des travailleurs de la santé, ce qui suscite de sérieux doutes quant à leur validité. L'impression que les travailleurs de la santé non vaccinés exposent leurs patients à un grand risque de grippe est exagérée. (Traduction libre de l'anglais)

Cette étude pourrait remettre en question les recommandations internationales actuelles. En effet, l'article s'appuie sur l'expertise de plusieurs auteurs, lesquels écrivent régulièrement à propos de la vaccination ou de l'influenza. Ces auteurs travaillent auprès d'universités au Canada, en Australie ou en France. Selon le « Canadian Immunization Research Network », l'auteur principal, Gaston De Serres est connu comme épidémiologiste médical à l'Institut national de santé publique du Québec et professeur d'épidémiologie à la Faculté de médecine de l'Université Laval. Le Dr De Serres travaille dans le domaine du contrôle et de la prévention des maladies infectieuses, en particulier sur les maladies évitables par la vaccination et les infections respiratoires, l'efficacité du vaccin et l'innocuité des vaccins. Il apparaît donc comme expert reconnu. De quoi mettre à mal les fondements actuels si d'autres études parviennent à conclure dans le même sens que ces auteurs-ci... Même si les auteurs disent « l'impression que les travailleurs de la santé non vaccinés exposent leurs patients à un grand risque de grippe est exagérée », ils ne viennent pas contredire le fait qu'ils exposent les patients à un risque. Alors

face à ces auteurs qui considèrent qu'il y a peut-être moins de bénéfices qu'on ne le pense, il n'en reste pas moins clair que jusqu'à présent, l'idée prévalente c'est de dire que la vaccination est bénéfique pour l'individu, son entourage et la communauté. Et nous continuerons d'argumenter en ce sens dans les pages suivantes, avec l'appui d'études complémentaires.

2.1.4. Rapport coût / efficacité

L'International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and Associations (IFPMA, 2013) cite l'OMS sur base d'études menées en France, en Allemagne et aux États-Unis qui indiquent que le coût total de la grippe se situe entre 1 million et 6 millions de dollars annuels pour 100 000 personnes. La Commission des Communautés Européennes estime que le coût annuel en Europe se situerait entre 5.9 milliards et 27.7 milliards d'euros.

Ensuite l'IFPMA cite les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et nous donne son avis sur la contribution en termes de coûts de la vaccination sur la grippe : Les bénéfices économiques estimés d'une vaccination antigrippale varient et sont difficiles à comparer dans la mesure où ils se basent sur des mesures différentes des coûts et avantages. Malgré ces différences, un certain nombre d'études montre que l'immunisation peut réduire les coûts de santé, les coûts individuels et de société ainsi que les pertes de productivité et l'absentéisme liés à la grippe. Et enfin l'IFPMA explique les avantages économiques de l'immunisation, tout d'abord pour les personnes âgées puisque selon le CDC, vacciner dès 65 ans peut réduire de manière significative les hospitalisations et les décès et induire des économies pour la société dans son ensemble. Une étude américaine estime que la rentabilité de la vaccination des individus dès 65 ans s'élevait à 980 dollars par QALY sauvegardée (en dollars de 2000).

L'OMS (2012) révèle que la plupart des études coût/efficacité réalisées à ce jour concernaient principalement les pays à revenu élevé et leurs résultats peuvent ne pas être applicables aux pays à revenu faible ou intermédiaire. Mais l'OMS ajoute, en citant Postma MJ. et al. (2006), que des revues systématiques des analyses coût/efficacité pour la vaccination antigrippale chez des populations âgées ont constaté que cette intervention présentait un bon rapport coût/efficacité ou entraînait des économies.

2.1.5. Innocuité, effets secondaires et contre-indications

Les vaccins du type trivalents inactivés sont généralement considérés comme sans danger, même si les réactions locales transitoires au point d'injection sont relativement fréquentes ($>1/100$) et si les vaccinés n'ayant jamais été exposés auparavant aux antigènes grippaux contenus dans le vaccin, comme les jeunes enfants, peuvent présenter de la fièvre, des vertiges, une myalgie ou d'autres effets indésirables systémiques. (OMS, 2012)

Les effets secondaires sont, après la vaccination, une légère douleur qui peut apparaître au point d'injection. De plus, le vaccin peut provoquer des réactions générales de type fièvre, nausées, myalgies et autres symptômes d'allure grippale. Ces symptômes peuvent durer jusqu'à deux jours. Quant aux réactions immédiates, probablement de nature allergique, telles qu'urticaire, angioedème, asthme et anaphylaxie (9 cas/10 millions de doses), elles sont très rares après la vaccination antigrippale. De rares cas de vascularites systémiques ont été rapportés dans les quinze jours suivant la vaccination. (INPES, Direction générale de la Santé, 2012)

A titre anecdotique, divers troubles neurologiques post-vaccinaux ont été signalés mais représentent 1 cas/3 millions de doses ou moins : encéphalopathie, convulsions, paralysie faciale. La plupart des études réalisées à propos du lien potentiel entre le vaccin et le syndrome de Guillain-Barré n'ont pas pu montrer d'association (une seule étude rétrospective portant sur les saisons 1992-1993, 1993-1994 menée par Lasky et al. (1998) ont établi un risque relatif). (Roncier M., 2014)

Enfin, le vaccin est contre-indiqué en cas d'hypersensibilité avérée aux substances actives, à l'un des excipients, aux œufs, aux protéines de poulet, aux substances présentes à l'état de traces, tels certains antibiotiques. La vaccination doit être différée en cas de maladie fébrile ou d'infection aiguë. (INPES, Direction générale de la Santé, 2012)

2.1.6. Paradoxe de la prévention

La vaccination illustre de manière exemplaire le 'paradoxe de la prévention', selon laquelle « une mesure de prévention apporte de grands bénéfices à la collectivité mais offre peu de bénéfices à l'individu qui y participe » (Poland GA., Jacobson RM., 2001). Non seulement le bénéfice individuel de la vaccination n'est que très rarement perçu, mais chacun fait

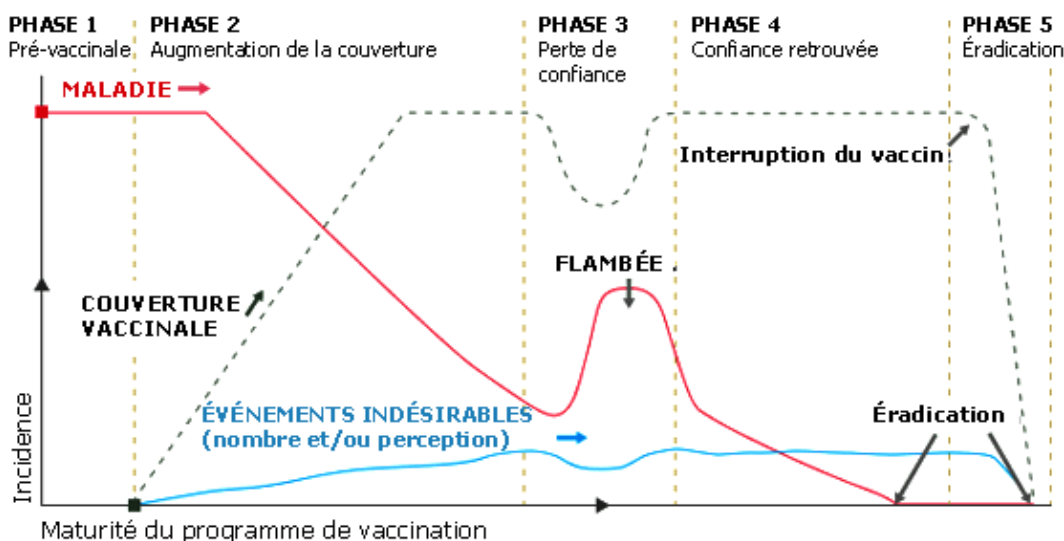
l'expérience de ses effets secondaires, même bénins, à commencer par la piqûre. Par ailleurs, une certaine perte de conscience de la gravité des maladies infectieuses est normale dans une société où elles ont largement disparu (grâce à la vaccination en grande partie). Les maladies infectieuses courantes telles que rhume et syndromes grippaux paraissent banales et la perception du risque infectieux quotidien est donc moindre. Cette situation mène naturellement à une plus grande attention portée aux effets indésirables de la vaccination, et même à une dévalorisation des apports de celle-ci en l'absence d'un risque infectieux visible. (Balinska M.A.et Léon C., 2007)

2.1.7. Modèle d'évolution d'un programme de vaccination

Lévy-Bruhl D. (2016) nous explique le modèle d'évolution d'un programme de vaccination au fil du temps de Chen RT (1996) : la dynamique d'un programme de vaccination est à chaque instant la résultante de paramètres en interaction : l'incidence de la maladie, la couverture vaccinale et la fréquence des effets secondaires. Cela illustre l'importance des facteurs sociologiques sur la perception de la balance bénéfices/risques d'une vaccination (Schéma 2). Au début, l'incidence de la maladie est élevée, les éventuels effets secondaires du vaccin sont acceptés au regard des complications de la maladie. Au fur et à mesure de l'élévation de la couverture, la fréquence de la maladie et de ses complications diminue alors que celle des effets secondaires augmente, en raison du nombre plus élevé de vaccinations effectuées. La vaccination est alors « victime » de son succès : son efficacité sur la maladie fait oublier cette dernière et seuls restent visibles les effets secondaires, réels ou supposés, de la vaccination. Une crise de confiance, parfois amplifiée par les médias, s'ensuit, cela peut entraîner une diminution de la couverture vaccinale et une recrudescence de la maladie, éventuellement sous la forme d'une épidémie. La résurgence de la maladie permet de restaurer la confiance dans le vaccin.

A la page suivante, nous pouvons observer ce modèle d'évolution d'un programme de vaccination au fil du temps, réadapté en français par l'OMS (2013) (Tableau 1).

Tableau 1. Phases potentielles dans l'évolution d'un programme de vaccination. OMS (2013).¹



L'un des exemples les plus significatifs est la coqueluche : "Une maladie injustement oubliée". Voilà comment certains spécialistes de la coqueluche présentent cette infection respiratoire causée par la bactérie *Bordetella pertussis*. Car bien que le nombre de cas ait fortement baissé grâce à la vaccination généralisée des jeunes enfants, la coqueluche est toujours endémique, dans tous les pays. Deux chiffres pour s'en convaincre, on estime aujourd'hui à plus de 40 millions le nombre de cas annuels à travers le monde, et à 300 000 le nombre d'enfants qui en décèdent. Depuis 2010, la maladie affiche même une recrudescence inquiétante dans certains pays développés tels l'Australie, l'Angleterre, les États-Unis, la Hollande... ou bien encore la France. (Locht C., 2016)

¹ Diagramme adapté de Chen RT et al. The Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). Vaccine, 1994; 12(6):542-550.

2.2. La grippe

Dans ce chapitre nous allons présenter le virus influenza, responsable de la grippe. Comme pour le chapitre concernant la vaccination, l'objectif reste identique. En effet, à travers différentes lectures nous allons essayer de cerner cette infection virale pour mieux l'appréhender, elle, et ses conséquences pour l'homme.

2.2.1. Définition

La grippe est une infection virale qui touche principalement le nez, la gorge, les bronches, et éventuellement les poumons. L'infection dure en général une semaine environ et se caractérise par l'apparition brutale d'une forte fièvre, des myalgies, des céphalées, un mauvais état général, une toux sèche, une gorge irritée et une rhinite. Le virus se transmet facilement d'une personne à l'autre par l'intermédiaire des microgouttelettes et des particules excrétées par les sujets infectés lorsqu'ils toussent ou éternuent. La grippe tend à se propager rapidement en épidémies saisonnières. La plupart des sujets atteints guérissent en une ou deux semaines sans traitement médical. Mais chez les sujets très jeunes, les personnes âgées et les malades souffrant de pathologies graves, elle peut provoquer de graves complications des pathologies concomitantes, la pneumonie et la mort. (OMS, 2017)

2.2.2. Virus

Les virus qui infectent l'homme sont de trois types : l'influenza A, B et C et ils appartiennent à la famille des Orthomyxoviridae. Influenza C est le moins important dans la pathologie humaine, tant par son importance que par sa fréquence. Influenza A est le plus prépondérant chez l'homme. Il provoque les épidémies les plus importantes ainsi que certaines pandémies. L'enveloppe des virus grippaux porte deux types différents de glycoprotéines : l'hémagglutinine (H ou HA) et la neuraminidase (N ou NA). Chez l'homme on connaît 3 H et 2 N.

Ces virus évoluent selon deux schémas : le glissement antigénique qui est responsable des épidémies saisonnières et la cassure antigénique, entraînant un risque pandémique. (Bragard C. et al., s.d.)

Les virus circulant chez l'homme sont l'influenza A H1N1, A H3N2 et l'influenza B Victoria, B Yamagata. Ces virus de la grippe se modifiant en permanence, ils entraînent l'apparition de nouvelles souches. Pour l'instant, ceci rend impossible la présence d'une immunité durable.

En 2016-2017, le virus le plus répandu était l'influenza A H3N2, alors qu'en 2017-2018 il s'agissait principalement de l'influenza B Yamagata. (Thomas I., 2018)

L'Institut scientifique de Santé Publique indique que la grippe est en général une maladie bénigne, mais elle peut devenir mortelle pour certaines personnes à risque. En effet, des complications sévères (déshydratation, infections des voies respiratoires, aggravation des maladies chroniques) peuvent survenir chez les personnes dont le système immunitaire est plus faible, à savoir : les personnes âgées de 65 ans et plus, les femmes enceintes, les personnes souffrant de maladies chroniques (maladies respiratoires, la cardiopathie, asthme ou diabète) et les enfants atteints de maladie chronique ou sous thérapie à l'aspirine au long cours. Les risques de mortalité concernent essentiellement les personnes âgées et les patients atteints de maladies chroniques. Concernant ce risque justement, l'ISP précise que le taux de mortalité de la grippe est le plus souvent lié aux complications de la grippe et concerne davantage les personnes âgées : environ 97 % des décès causés par la grippe touchent les personnes âgées de 65 ans et plus, 86 % des décès causés par la grippe touchent les personnes souffrant de maladies chroniques.

Les données présentées conjointement par l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) et l'OMS (2018) (Voir Annexe 1), sur la répartition du (sous-) type de virus par groupe d'âge dans les cas hospitalisés, nous montre que, pour cette saison 2017-2018, les plus touchés par le virus ont plus de 55 ans. De plus il confirme que le virus le plus présent est l'influenza B suivi par l'influenza A (H1N1).

2.2.3. Épidémiologie

La grippe évolue sous forme de pandémies ou d'épidémies saisonnières : les pandémies, uniquement dues au virus Influenza A, surviennent à intervalles irréguliers d'au moins 10 ans et affectent une grande proportion de la population. Les pandémies surviennent à la suite de l'introduction d'un nouveau virus ou d'un virus ayant subi un saut antigénique. Les épidémies interpandémiques ou saisonnières, d'intensité variable, surviennent annuellement pour la grippe A, et à intervalles plus espacés pour la grippe B. (Bragard C. et al., s.d.)

Le tableau présenté ici (Tableau 2) montre de manière synthétique, les événements majeurs liés à Influenza au 20^e et 21^e siècle et leur impact en terme de décès. (Murgue B., INSERM, 2012)

Tableau 2. Pandémies de grippe.

Année	Type	Nombre de décès
1918	Grippe espagnole A/H1N1	près de 20 millions
1957	Grippe asiatique A/H2N2	environ 2 millions
1968	Grippe de Hong-Kong A/H3N2	1 million
2003 - 2005	Grippe aviaire* A/H5N1	pas de pandémie
2009	Grippe A/H1N1	> 15 000 décès

(*contamination humaine directement à partir d'oiseaux, transmission interhumaine très rare)

La surveillance épidémiologique de la grippe en Belgique est gérée par l'Institut Scientifique de Santé Publique, au niveau européen par le European Influenza Surveillance Network (EISN) et au niveau mondial par l'Organisation Mondiale de la Santé. En Belgique, l'ISP annonce que 500 000 personnes en moyenne sont touchées chaque année par le syndrome grippal, soit environ 2 à 8 % de la population. Une épidémie de grippe modérée touche environ 5 % de la population (550 000 sur 11 millions d'habitants) et une épidémie de grippe plus intense touche environ 10 % de la population (de 1.100.000 à 11 millions habitants). En moyenne 1 personne sur 1000 cas de grippe, développe des complications nécessitant une hospitalisation.

Enfin, plus de 90 % des décès concernent les plus de 65 ans et plus.

En Europe, l'ECDC (2017) explique que les virus grippaux infectent en moyenne 18% des personnes non vaccinées chaque hiver et en moyenne 15 000 à 95 000 personnes meurent chaque année de la grippe dans les pays de l'UE / EEE. Dans le monde, c'est l'OMS (2016) qui nous explique que la grippe entraîne entre 3 et 5 millions de cas graves et 250 000 à 500 000 décès par an.

Le Dr Martin Ch. (2018), nous confirme que le taux d'attaque global de la grippe saisonnière équivaut à 10% des adultes, à 30% des enfants et des personnes âgées et jusqu'à 50% dans certaines structures fermées. Le taux d'attaque représente le nombre de malades rapporté à la population à la fin d'une épidémie ou d'une vague épidémique.

2.2.4. Transmission

Le virus de la grippe se transmet principalement par voie aérogène, c'est-à-dire par gouttelettes respiratoires ou par aérosols (toux, éternuements). Mais un autre mode de contamination peut se faire via contagion de l'environnement direct, par le contact des mains. Une personne ayant contracté le virus est infectieuse un jour déjà avant la survenue de symptômes et le reste généralement pendant 5 à 7 jours. (Bragard C. et al., s.d.)

2.2.5. Infection

Le virus pénètre par voie aérienne et l'inflammation atteint habituellement le tractus respiratoire supérieur : rhino-pharynx, trachée et bronches. L'incubation est de 2 à 7 jours, le début de l'accès grippal est brutal et caractérisé par de fortes fièvres, des myalgies, un malaise général et des signes d'irritation conjonctivale, laryngo-trachéale ou bronchique, et parfois par de la diarrhée. La fièvre dure quelques jours. Les complications peuvent être liées au virus (œdème aigu du poumon, pneumonies, atteintes neurologiques...), à une surinfection bactérienne (pneumonie,...) ou à l'aggravation d'une maladie sous-jacente (cardiaque, pulmonaire, etc...). (Bragard C. et al., s.d.)

2.2.6. Prévention

La protection des vaccins inactivés, qui est correcte chez les personnes en bonne santé, n'est que d'environ 50 % chez les personnes âgées. Le vaccin doit être administré annuellement en automne aux personnes à risque ainsi qu'à ceux qui sont en contact familial ou professionnel avec celles-ci. La diminution de la circulation du virus dans l'environnement des personnes à risque par la vaccination des soignants est probablement la mesure de prévention la plus efficace. La transmission du virus de la grippe est favorisée par la proximité des gens : éviter les rassemblements est donc utile au plus fort d'une épidémie. Le port d'un masque peut se justifier lors de manœuvres à risque, tel la prise d'échantillons ou l'intubation. Il est important de recommander aux patients de se moucher et de se protéger la bouche et le nez lors d'éternuements avec des mouchoirs en papier qui sont ensuite jetés. Le lavage des mains est primordial, ainsi que la désinfection des surfaces dans une chambre de malade. (Bragard C. et al., s.d.)

2.3. Le personnel de santé

Dans ce chapitre-ci, nous allons discuter du rôle spécifique du personnel soignant et pourquoi il a été choisi comme public cible. Avant tout, le personnel de santé est défini comme "l'ensemble des personnes dont l'activité a pour objet essentiel d'améliorer la santé". (OMS-Rapport sur la santé dans le monde, 2006)

Il y a beaucoup de choses à dire à ce propos et tout ne peut pas prendre place dans ce mémoire. C'est pourquoi divers rappels concernant les recommandations internationales et nationales (Annexe 2), le modèle PRECEDE de Green (Annexe 3), l'immunité de groupe ('Herd Immunity') (Annexe 4), ou encore la réticence à la vaccination ('Vaccine Hesitancy') (Annexe 5) ont été mis à disposition dans la partie « 8. Annexes ». Ils sont intéressants à parcourir pour le lecteur qui souhaite compléter le point abordé dans ce chapitre.

2.3.1. Couverture vaccinale

La couverture vaccinale contre la grippe saisonnière a baissé au cours de ces dernières années, dans les groupes cibles, et notamment chez les soignants. (...) Plusieurs études françaises ont montré que parmi les soignants, ce sont les professions paramédicales qui représentent la plus faible couverture vaccinale contre la grippe saisonnière. Concernant les attitudes et pratiques du personnel hospitalier face à la vaccination contre la grippe saisonnière au sein de deux centres hospitaliers français, on constate que près de 50% des répondants pensent qu'il n'appartient pas au personnel hospitalier de montrer l'exemple en matière de vaccination contre la grippe saisonnière. Quand la question devient plus personnelle, 25% du personnel seulement pensent qu'ils doivent à titre personnel montrer l'exemple. Face à la vaccination, de nombreux soignants, notamment parmi les paramédicaux, semblent se comporter comme la population, le vaccin recommandé devient facultatif. (Maurette M. et al., 2017)

Leroy R. (2008) cite une étude de Elder A. et al., à propos du pourcentage d'autodiagnostic erroné important. En effet, 30% des sujets affirment avoir eu la grippe alors qu'ils sont séronégatifs et 59% des sujets ne pensent pas avoir eu la grippe alors qu'ils sont séropositifs. Dans la conclusion de son mémoire, Leroy R. résume les lacunes concernant les travailleurs, peu sont au courant des raisons de promotion du vaccin antigrippe et l'acceptation de vaccination ou non est souvent réfléchi par rapport à soi-même, dans l'ignorance de protection des patients à risque d'infection grave. De même, l'auteur ajoute que les travailleurs ne voient

pas pourquoi on les ennuie régulièrement à ce sujet, ils ne lisent pas les dépliants et ils participent peu aux séances d'informations. Par ailleurs, l'importance des fausses croyances dans le refus de la vaccination est pointée du doigt, ainsi que l'efficacité vaccinale dans l'absentéisme au travail qui ne laisse pas indifférent. Enfin, l'auteur conclut en préconisant la demande de signature de refus de vaccination, qui selon elle, rendra à Influenza sa place de maladie grave pour certains patients et renverra aux soignants leurs obligations morales.

D'autres auteurs, viennent corroborer ces attitudes à l'égard de la vaccination grippale, c'est notamment le cas de Vandermeulen C. et Hoppenbrouwers K. (2016). Les auteurs confirment dans leur étude auprès des professionnels de santé que les réticences entravant la vaccination dans les institutions de soins reposent principalement sur des mythes et des préjugés en lien avec l'effet et la sécurité du vaccin contre la grippe et avec la sous-estimation du risque entraîné par la grippe pour soi-même et les patients. Les répondants non vaccinés ne sont pas ou peu préoccupés par le rôle qu'ils peuvent jouer dans la dissémination de la grippe comme infection nosocomiale. Pour ces personnes la protection personnelle est plus importante que l'évitement d'une contamination par le virus de la grippe de personnes vulnérables. Un point à garder en tête dans la publication de ces mêmes auteurs est qu'environ 20% des répondants non vaccinés se feraient vacciner si le chef de service le recommandait. Cela montre que l'avis d'un supérieur pèse lourdement, puisque selon eux, pour 50% des répondants (vaccinés ou non), un tel avis en faveur de la vaccination contre la grippe jouerait un rôle décisif dans l'adhésion à la recommandation. Enfin, Vandermeulen C. et Hoppenbrouwers K. expliquent que presque tous les coordinateurs des actions de vaccination contre la grippe soulignent l'importance du rôle d'exemplarité des directions, chefs de service et des médecins pour l'amélioration de la couverture vaccinale parmi les collaborateurs de leurs institutions. Le rôle d'entraînement joué par des « visages célèbres » ou des personnes ayant un poste de responsabilité au sein de l'établissement de soins est important : effet d'exemplarité de leur vaccination et soutien oral. Par ailleurs, les leaders ne sont pas forcément toujours au sommet de l'institution.

2.3.2. Absentéisme

Des données sur le taux d'absentéisme lié au syndrome grippal du personnel de santé et synthétisées par Doumont D. et Libion F. (2007) nous apprennent que le risque du personnel hospitalier vis-à-vis de la grippe est augmenté par la présence de personnes infectées hospitalisées dans les services. De même que la vaccination contre la grippe du personnel

soignant permet de réduire l'absentéisme de 28 %. Et enfin que les épidémies de grippe sont responsables d'un degré important d'absentéisme au travail et ainsi responsables d'une réduction de la productivité durant les mois hivernaux, ainsi la vaccination contre la grippe permet de réduire l'absentéisme des professionnels de la santé mais aussi le nombre de décès auprès des patients hospitalisés.

Cette étude n'est, certes, pas des plus récentes mais elle n'en reste pas moins pertinente. En effet, des articles rédigés récemment basent, eux aussi, leur revue de littérature sur des publications plus anciennes. L'absentéisme au travail lié à la grippe est assez spécifique et ne doit pas représenter un intérêt commun.

Parmi elles, une étude intéressante de Gianino M.M. et al. (2017) nous explique qu'après la pandémie de grippe de 2009, plusieurs publications ont comparé l'absentéisme lié à la pandémie et l'absentéisme pendant les périodes d'épidémies saisonnières. Une étude sur l'absentéisme chez les travailleurs de la santé à Hong Kong (Ip DKM, et al., 2015) au cours d'une épidémie saisonnière a mis en évidence un excès d'absentéisme de 8,4% et de 26,5% pour, respectivement, toutes les causes confondues et les maladies respiratoires. Une autre étude menée auprès de travailleurs âgés de plus de 50 ans aux États-Unis a révélé une perte moyenne de 1,3 jour de travail due à un syndrome grippal (Akazawa M, et al., 2003). Enfin, une analyse menée au Royaume-Uni (Keech M, et al., 1998) a estimé une augmentation de 10 à 12% de l'absentéisme des travailleurs de la santé dû à la grippe ou au syndrome grippal. Une revue systématique publiée en 2014 a mis en évidence l'efficacité de la vaccination contre les agents pathogènes de la grippe dans la réduction significative de la mortalité due à toutes les causes et au syndrome grippal (Ahmed F, et al., 2014). (Traduction libre de l'anglais)

Néanmoins, Gianino M.M. et al. (2017) ajoutent que seules quelques études de bonne qualité et à faible risque de biais ont déterminé l'efficacité préventive de la vaccination et son impact effectif sur l'absentéisme. Et, eux de conclure dans leur publication concernant les travailleurs de la santé dans un hôpital italien qu'à l'hôpital de Molinette, compte tenu de la moyenne de +2,07 jours / personne et de tous les employés, l'absentéisme lié à la grippe pendant les périodes épidémiques considérées a été quantifié comme totalisant plus de 11 000 jours / an. Ce résultat confirme l'impact économique de l'absentéisme lié à la grippe sur les systèmes de santé. (Traduction libre de l'anglais)

2.4. L'institution hospitalière : les exigences de qualité.

Aborder ce point dans un mémoire sur la vaccination de la grippe influenza peut surprendre. Pourtant nous verrons que même si le choix de se faire vacciner est libre et individuel, il entre exactement dans des considérations institutionnelles actuelles telles que la culture de sécurité et l'accréditation externe internationale.

2.4.1. Culture de sécurité, un concept organisationnel

La culture de sécurité est définie comme « un schéma intégré de comportements de l'individu et de l'organisation basé sur des valeurs et des convictions partagées, qui vise en permanence à éviter ou à limiter les dommages éventuels lors de la dispensation des soins intégrés et à apprendre à partir des actes (peu) sûrs » (cité par Vlayen A., 2016 selon Kizer, 1999).

Vlayen A. (2016) décrit dans son étude, que la plus forte progression enregistrée est celle de la dimension concernant le soutien de la hiérarchie en matière de sécurité des patients. Cela montre que la hiérarchie de l'hôpital accorde aujourd'hui une plus grande priorité à la sécurité des patients et qu'elle la transmet aussi clairement mieux au niveau des collaborateurs de l'hôpital. Le leadership et l'engagement visible de la hiérarchie sont décrits comme des facteurs cruciaux du processus de changement dans la culture de sécurité et constituent dès lors des précurseurs importants en termes d'amélioration de la sécurité des patients.

Dans le cas qui intéresse ce mémoire, le faible taux et constant de professionnels de santé vaccinés doit alerter les responsables et les amener à en comprendre les raisons, à apprendre des erreurs du passé et à persévérer dans l'amélioration continue.

Enfin, les auteurs américains Sydnor E. et Perl T.M. (2014) ont publié sur les professionnels des soins de santé comme sources de maladies évitables par la vaccination. Ils nous disent, en ce qui concerne la vaccination de l'influenza, que plusieurs discussions juridiques et éthiques sur la question ont été publiées et ont estimé que la prise en compte des droits des patients à la sécurité l'emportait sur le droit individuel à l'autonomie. En réponse à ces taux faibles, plusieurs systèmes de santé ont fait de la vaccination antigrippale des professionnels de santé une condition d'emploi. La mise en œuvre de politiques obligatoires de vaccination antigrippale a

fait passer les taux de vaccination des professionnels de santé à plus de 95% dans de nombreux systèmes. » (Traduction libre de l'anglais)

Pour l'heure, leur participation avec cet article ne peut être que suggestif puisqu'il ne reflète pas la situation actuelle en Belgique, mais il pourrait être un bon indicateur si le système belge devait être amené à changer, via décision ministérielle par exemple.

2.4.2. Accréditation hospitalière de niveau international

Le centre hospitalier dans lequel je travaille a été accrédité l'année passée par l'Accreditation Canada International (ACI). Leur programme d'accréditation est élaboré d'après plus de 100 normes 'Health Standards Organization' (HSO).

Si nous faisons un zoom sur les normes HSO susceptibles de nous intéresser dans le cadre de ce mémoire, nous trouvons, dans un premier temps, les normes 'leadership' (HSO 2001 : 2015) résumées par : créer et maintenir une culture de bienveillance, évaluer et améliorer la qualité et la sécurité. L'équipe de direction de l'organisation appuie les initiatives communautaires permanentes et y prend part afin de promouvoir la santé et le bien-être.

Dans un second temps, les normes 'Prévention et contrôle des infections' (HSO 4001 : 2015) selon lesquelles une approche de collaboration favorisée pour protéger la sécurité des patients et du personnel, les normes de prévention des infections comportent les sections suivantes : planifier et élaborer le programme de prévention des infections, mettre en œuvre le programme de prévention des infections, évaluer l'incidence du programme de prévention des infections. L'organisation élabore une politique et un guide de procédure pour l'administration du vaccin contre la grippe aux membres du personnel et aux prestataires de services. (Cette politique établit les populations à risques de développer des complications associées à la grippe).

On remarque donc que dans son rapport d'évaluation, l'ACI place une attention toute particulière à l'accès du personnel à la vaccination antigrippale, au taux de vaccination du personnel ainsi qu'aux différentes stratégies mises en place pour permettre l'amélioration du taux de vaccination contre la grippe saisonnière au sein de l'établissement hospitalier. Un avis

négalif de l'organisme d'accréditation sur ce point peut alors pénaliser toute l'institution et remettre en question le niveau d'excellence atteint.

L'accréditation étant un outil d'amélioration continue, et non un objectif à atteindre, il ne suffit pas de prendre conscience de sa faiblesse, il faut la corriger et surtout pérenniser le changement.

2.5. Entre libéralisme et paternalisme.

L'intérêt de traiter de ces deux concepts dans ce cadre théorique est aisé à comprendre, mais il n'est pas facile d'y apporter une réponse tranchée. Le dictionnaire Larousse définit le libéralisme comme une « doctrine politique visant à limiter les pouvoirs de l'État au regard des libertés individuelles » et le paternalisme comme un « comportement, attitude consistant à maintenir un rapport de dépendance ou de subordination tout en lui donnant une valeur affective à l'image des relations familiales. » Nous pouvons rapidement entrevoir à travers ces définitions, que l'un prône la liberté individuelle alors que l'autre prêche l'obéissance. N'est-ce pas là, la situation actuelle dans laquelle se trouve la vaccination contre la grippe saisonnière ? Faut-il préserver le libre choix ou préférer l'obéissance et l'obligation ? Est-ce forcément l'un ou l'autre ?

Une question intéressante à aborder dans le cadre de ce travail est sans nul doute la suivante : « Est-il éthiquement acceptable qu'une personne refuse de se faire vacciner? »

Ce questionnement a été abordé par Locoge Th. et Van Geet Ch. (2016), ces auteurs nous disent que tout dépend du vaccin, de la maladie et de la situation. De même, l'un des buts de la vaccination est de protéger la personne elle-même contre une maladie donnée mais une autre finalité de la vaccination concerne la protection d'autrui, dont les concitoyens malades, les patients, l'ensemble de la collectivité. D'un point de vue éthique, il est très important de contribuer à cet objectif. Après une réflexion approfondie, les autorités peuvent rendre obligatoire la vaccination contre des maladies graves très contagieuses contre lesquelles la vaccination offre une protection efficace, par exemple la poliomyélite. Les membres du Comité consultatif considèrent le respect de cette obligation comme un devoir juridiquement contraignant de chaque citoyen, mais aussi comme un devoir éthique visant à protéger ses concitoyens, qui existe même sans obligation légale. Le même raisonnement peut s'appliquer aux vaccinations facultatives qui ont pour but de protéger autrui. Pour les membres du Comité

consultatif, il est difficilement compréhensible et éthiquement interpellant que seule une fraction limitée des prestataires de soins actifs dans les hôpitaux et les établissements de soins se fasse vacciner contre la grippe tous les ans.

Aussi, pour aider chacun à se faire son propre avis, j'ai également mis en annexe (Annexe 6) un article de Miermans M-C., (2013) qui met en perspective le conflit de valeurs auquel sont confrontés les parents, les professionnels de la santé, les acteurs des programmes de vaccination au moment de la décision vaccinale. L'auteur reprend deux exemples de jugement qui montre bien l'évolution de la notion d'intérêt individuel versus l'intérêt collectif à propos de l'obligation vaccinale contre la poliomyélite. Il est manifeste que la vaccination, comme acte préventif, croise plusieurs problématiques qui ne relèvent pas seulement du champ de la santé publique. On assiste à une mise en tension de valeurs : la liberté individuelle, le libre-choix du patient, le droit au consentement personnel à tout acte médical, les valeurs relatives à la protection d'une collectivité.

De même, les travaux de Lewin, Lippit et White (1939) sur les styles de leadership peuvent être une autre piste de réflexion, entre le style autoritaire et le style laissez-faire, ils décrivent un style intermédiaire appelé démocratique, qui fait place à des rôles et objectifs négociés qui permet d'atteindre performance, satisfaction et cohésion. (Meurens P., 2018).

Enfin Thaler R.H. et Sunstein C.R. (2008) nous apportent le concept du nudging (Annexe 10) et ils nous apprennent qu'utiliser le nudge revient à utiliser une méthode douce (par coup de pouce, encouragement) pour inspirer la bonne décision. Nous reviendrons d'ailleurs sur l'intérêt d'utiliser le nudging un peu plus loin, dans la partie « Discussion » de ce mémoire.

Voilà donc des pistes parmi d'autres qui permettent de nuancer les concepts de paternalisme ou de libéralisme, confirmant qu'entre le blanc et le noir, il existe bel et bien le gris.

3. Méthodes

Comme nous venons de le voir à travers cette introduction théorique, l'idée qui prime de nos jours à propos de la vaccination contre la grippe saisonnière est d'encourager chacun à y recourir. Néanmoins, nous avons pu constater que cela reste parfois compliqué d'amener les personnes à prendre conscience de son effet bénéfique. Nous pouvons alors nous poser la question de savoir quels sont les facteurs qui peuvent affecter ou non la vaccination du personnel de santé au sein de notre hôpital régional Wallon ? La démarche d'investigation de notre étude devra oser faire le tour de la question de manière aboutie, sans prétention d'être exhaustive ni trop intrusive.

Mon humble prétention est de discerner les connaissances, les perceptions et les attitudes, du personnel de santé travaillant au C.H.M., les plus susceptibles d'influencer la vaccination. La recherche s'est faite par l'intermédiaire d'un questionnaire, son élaboration sera détaillée dans les pages suivantes. Mais j'ai identifié 48 facteurs convaincants selon moi, répartis dans 6 catégories à savoir : la grippe, le vaccin, l'organisation, la communication, les agissements et les facteurs influençant le personnel de santé.

3.1. Contexte et objectif de l'étude.

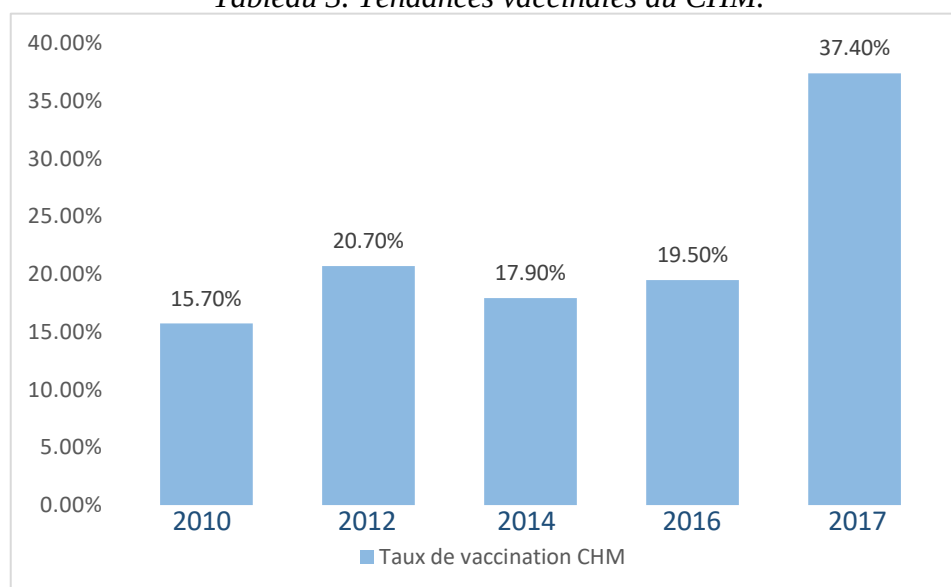
Le Centre Hospitalier de Mouscron (C.H.M.) est issu de la fusion en 1995 de deux hôpitaux Mouscronnois, le Refuge de la Sainte Famille et le Centre Hospitalier Régional. Le regroupement sur un seul site n'a pu être réalisé que 15 ans plus tard, en 2010, mais a permis à l'hôpital d'offrir un service de soins complet dans une dynamique nouvelle. Quelques années plus tard, le C.H.M. s'est donc lancé dans une démarche d'accréditation internationale avec comme objectif final une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des patients. Après plusieurs mois de cheminement, de nombreux projets ont été mis en place et ont permis à l'hôpital de recevoir l'agrément de niveau « or » par l'ACI, en décembre 2016.

Une belle avancée pour l'institution en matière de soins et de qualité. Néanmoins tout n'est pas gagné et certains points d'amélioration ont été désignés par les experts. Parmi eux, le taux de vaccination faible du personnel : « Le personnel a aussi accès à la vaccination antigrippale. Le taux de vaccination se situe autour de 30%. Il serait intéressant d'étudier ce phénomène et de voir avec un groupe de personnes quelle stratégie pourrait augmenter le taux. »

Je trouvais donc pertinent de profiter d'un travail de réflexion, tel que mon mémoire, pour tenter d'apporter des pistes de solution. Mon intérêt premier s'est porté sur le personnel soignant puisqu'il s'agit des individus en contact direct avec le patient. Ma priorité est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Ils nous confient leur personne, leur santé et leur vie. Ce choix se justifie par ailleurs par la faisabilité de l'enquête dans le cadre de mon mémoire. En effet, prendre l'entière responsabilité du personnel employé à l'hôpital risquait d'entraîner une charge de travail dépassant mes capacités individuelles.

Par ailleurs, il me semblait intéressant de présenter, dès à présent, l'histogramme ci-joint (Tableau 3). Celui-ci a pu être réalisé grâce à Fromont E., responsable ICT du SPMT ARISAT (service externe de prévention et de protection au travail), qui m'a transmis des données chiffrées précises. Cet histogramme nous dévoile les tendances vaccinales contre la grippe saisonnière depuis 2010 au sein de notre établissement. Le premier constat visible est bien entendu la valeur de l'ordonnée. Nous observons une limite supérieure établie à 40%. Cela nous confirme que la vaccination du personnel (toutes professions confondues) reste relativement faible sur les sept dernières années, puisqu'elle n'a jamais pu dépasser ce palier des 40%.

Tableau 3. Tendances vaccinales au CHM.



Le choix de réaliser une recherche dans le cadre de ce mémoire vient en partie de ce constat. A l'époque, nous sortions de la campagne de vaccination de 2016, avec un taux interpellant de 19,5% du personnel vacciné. Il me paraissait évident qu'une réflexion devait s'amorcer et que des pistes d'améliorations devaient en émerger.

Ensuite, une deuxième constatation immédiate se trouve être la colonne de l'année 2017. En effet, alors que le taux reste relativement bas et stable autour des 15 - 20% pendant six années, il monte subitement de 18% par rapport à l'année précédente. Nous pouvons émettre une hypothèse explicative, le changement dans la politique vaccinale amorcé en 2017. A savoir, il n'y a plus eu d'inscription préalable demandée et pour cette année le personnel a eu la possibilité de se faire vacciner dans l'unité, et ce, à n'importe quel moment, à condition qu'un(e) collègue ait été chercher le nombre nécessaire d'injections auprès de la médecine du travail. Par ailleurs, un badge (pin's) a été offert à celui ou celle qui se faisait vacciner, avec l'inscription « Je suis vacciné(e) contre la grippe, pour vous protéger », message destiné à l'intention des patients.

D'autre part, j'ai pu obtenir des données intéressantes par l'intermédiaire de Mme A-M. Foulon, infirmière hygiéniste au C.H.M., qui a fait le relevé du personnel (aides-soignant(e)s, infirmier(e)s) vacciné pour chaque unité la saison passée. Nous avons pu faire comme constat que certains services conservaient un taux de couverture vaccinale particulièrement faible du personnel soignant (hors médecins). Je ne vais pas faire ici un état des lieux détaillé, ça n'aurait pas d'intérêt spécifique et cela alourdirait inutilement notre contextualisation. Mais, je souhaite juste reprendre les 5 chiffres les plus faibles, car cela peut nous aider à saisir la tendance vaccinale de la période précédente. Nous y retrouvons une unité de chirurgie avec 7%, 9% en maternité, suivi d'une unité de médecine avec 17%, puis 19% en dialyse et finalement 21% pour la pédiatrie. A contrario, l'hôpital de jour atteint 100% pour le médical et 75% pour le chirurgical, suivi par une unité de chirurgie avec 73%, la radiothérapie un peu moins avec 70% et enfin les soins intensifs, à égalité avec la scintigraphie atteignent 60%.

Le but de notre étude sera d'identifier quels sont les freins et les leviers sur lesquels les « preneurs de décision » ou tout groupe de travail pourraient agir pour améliorer le taux actuel de vaccination. Et il y a moyen de faire mieux ! Lors du dernier symposium de la Belgian Infection Control Society (BICS) du 8 mars 2018 auquel j'ai pu participer, diverses institutions sont venues présenter leurs résultats de vaccination. Parmi elles, la campagne très active contre la grippe de 2017 de l'AZ Sint-Rembert et l'AZ Delta a permis d'atteindre respectivement 65% et 86% de compliance (Blomme V., Verplancke C., (2018) (voir Annexe 7 et 8). Par conséquent, constater que cela est possible est encourageant et justifie tout l'intérêt de notre travail.

Avant de pouvoir y parvenir, la première étape indispensable passe par la connaissance des éléments susceptibles d'influencer favorablement ou non les différents intervenants.

Pour cela, nous avons réalisé une recherche par questionnaire, celle-ci a pour but d'objectiver les opinions du personnel de santé (médecins, infirmier(e)s, accoucheuses, aides-soignant(e)s) de l'hôpital, en ce qui concerne la vaccination contre la grippe saisonnière.

3.2. Outil de recherche et collecte des données.

L'objet de cette recherche doit étudier un échantillon conséquent du personnel travaillant au sein du Centre Hospitalier de Mouscron. Afin d'obtenir un échantillon représentatif suffisant le choix méthodologique s'est porté sur l'analyse quantitative, qui a consisté en la comparaison des réponses entre le personnel vacciné et le personnel non vacciné.

Comme dit auparavant, l'enquête s'intéresse au personnel de santé de l'hôpital : médecins, infirmier(e)s, accoucheuses, aides-soignant(e)s. Les fonctions infirmier et médecin ont, par ailleurs, été subdivisées en infirmier(e) et infirmier(e) en chef, chef de service, chef du département, ainsi que médecin et médecin chef de service, médecin-chef. Ceci afin de permettre une éventuelle comparaison de réponses entre le personnel ayant une autorité reconnue et une influence hiérarchique par rapport au reste des employés.

Le personnel paramédical représente 522 salariés et le personnel médical représente lui 100 individus (médecin ou chirurgien) au statut indépendant.

Il est également intéressant de rappeler brièvement ici aussi comment le questionnaire a été composé. Les différents items proviennent de données probantes extraites de mes différentes lectures, cela reflète donc les différents points abordés dans notre introduction théorique. Mais aussi et surtout du modèle de Green L.W. et Kreuter M.W. (1991) (Annexe 3) qui a été l'une des sources principales utilisée pour créer mon outil de recherche. En effet, le modèle PRECEDE permet, entre autres, de déterminer des facteurs prédisposants, facilitants et de renforcement d'un comportement spécifique. Ces différents facteurs tels que les connaissances, les attitudes, les croyances, les capacités, les ressources, le rôle des pairs etc. influencent le comportement adopté. Il apparaissait donc indispensable de les considérer dans l'élaboration du questionnaire. De même, certains autres items découlent de la publication de Doumont D. et Libion F. (2007), où les auteurs reprennent un résumé des facteurs prédisposants relevés lors de la revue de littérature faite par Dekeyser (2003). Un tableau synthétise ces différents facteurs positifs ou non à la vaccination. J'invite le lecteur à le parcourir en Annexe 3 de ce travail.

D'autres part, des échanges et partages d'expériences avec divers professionnels, en lien avec la vaccination, m'ont permis de cerner d'autres points, qui selon moi, étaient importants à aborder. Et, in fine, ce sont toutes ces démarches qui expliquent pourquoi le questionnaire comprend autant de données interrogées, même s'il ne se veut pas exhaustif, rappelons-le.

Une première version de questionnaire a alors été réalisée puis testée auprès de 4 infirmier(e)s et 2 médecins extérieurs à l'institution, sur base volontaire et sans rétribution financière. Il s'agissait de 3 hommes et de 3 femmes, âgés de 25 ans à 55 ans et plus. Cette première phase s'est passée début janvier 2018. Chaque participant a été rencontré personnellement avec les explications et recommandations utiles pour compléter au mieux le questionnaire. Ils ont été accompagnés pendant leur travail de lecture et de réponse, leurs remarques ont été systématiquement et directement retranscrites.

À la suite de ce premier essai, des améliorations ont été apportées concernant des difficultés de vocabulaire utilisé dans certaines questions ainsi que dans leurs différentes catégorisations. De même, un questionnement récurrent a été de savoir si la réponse attendue était issue du point de vue personnel, propre au répondant ou issue de ce que le répondant pensait savoir du point de vue des autres, de ses collègues. De même, grâce à cette première évaluation des synonymes ou des exemples ont été ajoutés entre parenthèses aux questions pour faciliter la compréhension. Par ailleurs, certains mots ont été mis en avant, par l'emploi du gras ou du soulignement, pour expliquer la thématique afin d'éclairer au mieux le répondant sur ce qui est attendu de lui.

Une 2ème phase de test du questionnaire a été mise en place afin de vérifier si les modifications réalisées corrigeaient les premiers problèmes rencontrés. Celle-ci s'est déroulée à la mi-janvier avec la collaboration de 2 médecins et d'une infirmière, différents de ceux de la phase 1, extérieurs au centre hospitalier. Il s'agissait de 3 femmes, 2 médecins et une infirmière, âgées entre 25 et 54 ans. Les conditions de participation et l'accompagnement ont été semblables aux volontaires de la phase 1. Cette deuxième évaluation a apporté de nouvelles remarques mais qui relevaient plus du détail que de mauvaises compréhensions globales. Les changements faits à la suite de la phase 1 se sont montrés concluant. De minimales modifications ont été faites et ont permis de valider un questionnaire revu et corrigé.

C'est alors une version définitive qui a été soumise au personnel soignant de l'hôpital (Annexe 9). Le questionnaire se développe, après un mot d'explications explicite, avec les premières

caractéristiques suivantes : le sexe, la tranche d'âge, le service, la fonction. Ensuite, dans les pages suivantes nous poursuivons avec 48 questions interrogeant différentes thématiques telles que la grippe, le vaccin, l'organisation, la communication, les agissements, les facteurs influençant le personnel de santé. Chaque thématique est investiguée par différentes propositions (échelle de likert) offrant la possibilité au répondant de dire s'il pense que la phrase est 'très favorable', 'favorable', 'ni favorable, ni défavorable', 'défavorable' ou 'très défavorable' à la vaccination. Enfin, une ultime question permet d'identifier dans quel groupe le répondant se trouve : vacciné ou non vacciné. Cette question a été volontairement mise en fin de questionnaire afin d'éviter au répondant d'être influencé au moment de donner son avis. Au total, 53 points de réponse seront attendus.

L'étape suivante a été d'obtenir l'accord sur le contenu et la diffusion du questionnaire. Pour cela, un courriel a été envoyé aux différentes instances du C.H.M., y incluant le Conseiller en Prévention et les Syndicats (CNE, Setca), puisque le questionnaire était destiné aux employés. Cette étape se passa sans problème. Que du contraire, certains concernés ont même réagi très positivement et m'ont encouragé à dépasser le cadre de rédaction du mémoire en venant présenter les résultats au CPPT, ainsi qu'à l'équipe et au comité d'hygiène, afin de pouvoir mettre en place, rapidement, des pistes de travail pour la saison vaccinale à venir.

Faisant suite à l'accord obtenu, un email personnel a été envoyé à chaque soignant dans sa boîte mails professionnelle pour l'avertir de ma démarche et des modalités pratiques.

Les questionnaires ont été distribués par mes soins dans les différents services durant la matinée du lundi 05 février 2018. Chaque infirmier en chef a été impliqué, avec un bref rappel oral des modalités de récupération des documents. Le nombre exact de questionnaires a été mis à disposition, par unité, pour les infirmier(e)s, les accoucheuses et les aides-soignant(e)s. Une distribution individuelle dans le casier de chaque médecin au local central de courriers a été préférée, avec enveloppe réponse pré-remplie.

L'enquête a été réalisée du 05 février au 16 février 2018. Il a été convenu de ne pas laisser un temps de réponse trop long par crainte que le questionnaire soit délaissé ou oublié. Un total de 622 questionnaires a été remis pour l'entièreté du personnel soignant du C.H.M., avec la possibilité offerte de pouvoir me contacter personnellement via mon email student.uclouvain.be.

La récolte des questionnaires a eu lieu le 16 février 2018 en fin de journée. La mise à disposition de grandes enveloppes brunes par unité pour rassembler les questionnaires complétés a bien fonctionné. De même, le choix d'enveloppe individuelle pour les médecins semble avoir été judicieux, tous les médecins n'étant pas actifs au sein des unités de soins.

Ce sont 336 questionnaires qui ont été collectés sur les 622 distribués, mais parmi eux 9 n'étaient pas exploitables. Soit les pages de questions étaient laissées blanches à l'exception de la première, soit elles étaient biffées sur des pages entières, avec parfois des commentaires joints « questionnaire trop compliqué pour un néerlandophone », « inutile de remplir si c'est pour devoir rendre des comptes à la clinique ». Enfin parfois la variable permettant d'identifier dans quel groupe se situait le répondant n'était pas cochée. Ces 9 questionnaires ne se révélaient pas représentatifs et ont été exclus de l'étude.

Soit, après exclusion, un total de 327 questionnaires ont été validés et ont été exploités. Le résultat est donc particulièrement satisfaisant, le taux de répondants a été de 52,57% (Tableau 4). Ce taux devrait permettre de généraliser les résultats et de pouvoir faire des recommandations fondées.

Tableau 4. Questionnaires. (N = 622)

	Fréquence	Pourcentage
Questionnaires récupérés	336	54,02
Questionnaires exploités	327	52,57

Malgré tout, j'attire d'ores et déjà votre attention sur le fait que, parmi tous ces questionnaires et dans ce chiffre annoncé, il y a eu des observations manquantes. Même si celles-ci l'ont été de façon aléatoire, il n'en reste pas moins que tous les questionnaires n'étaient pas complets à 100%. L'échantillon considéré pour certaines analyses n'était donc pas tout à fait le même que l'échantillon de départ, nous verrons l'intérêt de cette remarque plus tard.

Les questionnaires sélectionnés ont été encodés dans le logiciel d'analyse statistique et prédictive IBM SPSS®. Les cours de statistiques (WESP1010 et WFSP 2104) suivis dans le cadre de ce master m'ont permis de me familiariser avec ce logiciel. De même, les connaissances théoriques acquises par l'intermédiaire des professeurs N. Speybroeck et W. D'Hoore, m'ont permis de préparer ma base de données.

A cette fin, une première phase reposait sur la définition opérationnelle de chaque variable et la création d'un codebook précis. Ensuite, la deuxième phase consistait à vérifier l'absence d'erreur dans le fichier. Effectivement, il est primordial d'identifier une valeur aberrante ou impossible et de la corriger. De la même manière, il est possible de compléter le fichier au besoin.

Chaque questionnaire comprenait 54 variables, on y retrouvait les 53 variables citées précédemment dans ce travail auxquelles une variable 'numéro d'identification'(ID) a été ajoutée pour chaque, à l'encodage dans *SPSS*. L'ajout d'un ID est important puisqu'il permet de faire le lien avec les datas initiales en cas de souci.

Une fois les 54 variables créées, il a fallu attribuer selon chaque réponse une cote de 1 à 5, de très défavorable à très favorable. Cette phase a été capitale car ce fut à partir de cet encodage que reposaient toutes les analyses statistiques à venir. C'est une étape qui a demandé énormément de temps, de concentration et qui exigeait une rigueur absolue. La méthode d'encodage achevée, nous avons pu entrer dans le vif du sujet et nous lancer dans la véritable analyse statistique des données.

Dans un premier temps et afin d'y voir plus clair, le choix de la première analyse, faite à partir de notre logiciel, a été d'utiliser la comparaison par la moyenne et l'écart-type pour chaque énoncé. En effet, une analyse par fréquence pour chaque catégorie (de très défavorable à très favorable) de chaque question devenait trop ingérable en quantité de tableaux d'observations et d'histogrammes nécessaires à la comparaison des données, en regard du nombre important de variables. L'analyse devenait alors moins pertinente par la perte de visibilité et de synthèse. L'avantage indéniable de la présentation par moyenne et écart-type a été sans nul doute le fait que cela a permis de résumer en une vue les différentes questions d'une même thématique, ce qui se révéla être un net avantage à la compréhension. Nous sommes ainsi parvenu à obtenir une synthèse claire, simple et concise par thématique. Pour rappel, les 6 thèmes abordés ont été la grippe, le vaccin, l'organisation, la communication, les agissements, les facteurs influençant le personnel de santé. Nous avons utilisé dans le questionnaire une échelle de likert ou d'attitude (de très défavorable à très favorable), dont les variables pouvaient être considérées comme continues.

A la deuxième étape, il a fallu définir la statistique de test la plus pertinente, en l'occurrence un test T de Student non pairé. Pour effectuer ce test nous avons eu besoin de variables numériques

à partir desquelles nous avons souhaité observer s'il existait une différence de moyennes entre deux groupes indépendants dont l'effectif est supérieur à 30 et suivait donc la loi normale. Le test T de Student nous a permis ainsi d'identifier les différences statistiques significatives de chaque question en comparaison des deux groupes. Cette étape autorisait la mise en évidence de variables utiles à analyser dans une troisième étape, à savoir lors d'une régression logistique. Nous sommes sur un modèle de régression logistique et non linéaire, car notre variable dépendante est dichotomique (vacciné – non vacciné).

A noter que dans notre régression logistique, nous avons inclus deux variables de plus qui nous paraissaient pertinentes à considérer, à savoir l'âge et le sexe. Mais comme vous le verrez dans la partie 'Résultats' la régression logistique simple a dû être remplacée par une régression pas à pas ascendante. A ce moment-là, c'est en toute humilité que je reconnais m'être trouvé devant un obstacle de taille. C'est grâce à la collaboration et l'aide précieuse de mes promoteurs que les étapes suivantes ont pu être réalisées. Sans leur intervention, je n'aurais pas pu réduire le nombre de variables explicatives. En effet, cette régression permet, grâce à une approche itérative, de distinguer quelles variables contribuaient le plus au modèle. Le logiciel *SPSS* a alors introduit les variables une par une, dans le but de définir la ou les variables les plus significatives.

4. Résultats

Avant de débiter l'analyse par les tests statistiques et d'en dévoiler les résultats, il est intéressant de faire l'examen des statistiques descriptives, et ce, de manière globale puis selon le groupe du personnel « vacciné » et « non vacciné ».

4.1. Analyse globale des répondants.

Il me paraît particulièrement approprié de débiter cette analyse par la variable la plus intéressante qui réfère évidemment à la réponse de la dernière question du questionnaire :

« Vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe saisonnière cette saison ? »

Les répondants déclarant être vaccinés représentaient 47,7% contre 52,3% de non vaccinés. Or, selon les données obtenues par Monsieur Fromont E. de la médecine du travail, le taux de vaccination du personnel dans sa globalité, au C.H.M. pour l'année 2017, était de 37,4%.

Pour poursuivre l'analyse « générale » des répondants nous avons considéré les 4 premières variables (caractéristiques personnelles). Et, ces dernières nous ont renseigné tout d'abord qu'environ 74% des répondants étaient des femmes. Cela n'apporte pas de surprise, la profession de soignant est connue pour être représentée par une forte majorité féminine. Le taux de répondant suit cette logique, cela nous indique en tout cas que le choix de répondre à ce questionnaire ne semble pas être affecté par le sexe. La vaccination contre la grippe saisonnière ne semble donc pas (dés)intéresser un sexe plutôt que l'autre.

Concernant la catégorie modale d'âge nous retrouvions les 25-39 ans qui représentaient 40,6% des répondants, suivi de près par les 40-54 ans avec 35,1%. A nouveau, cela semble évident puisque les extrêmes ont soit moins de 25 ans, soit plus de 54 ans. Il n'y a rien d'anormal non plus dans le fait que les personnes actives les plus représentées sur le marché du travail soient âgées de 25 à 54 ans.

Ensuite, la répartition globale des répondants par service ou unité de soins n'apportait pas d'intérêt particulier, mis à part pour vérifier la participation et la motivation des différents services à compléter mon questionnaire. Mais ce n'est pas l'objectif de ce mémoire. Il sera néanmoins intéressant de faire l'analyse par groupe, afin de déterminer si la médecine est plus

ou moins vaccinée que la chirurgie ou que le médicotextechnique par exemple. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Enfin, le taux de réponse total selon la fonction n'apportait pas non plus de richesse spécifique, personne n'ignore que le métier le plus représenté parmi le monde du soin est le praticien de l'art infirmier. Il représentait ici 74 % des répondants (infirmiers et infirmiers « hiérarchiques »).

La participation regroupant la fonction paramédicale, c'est-à-dire aides-soignant(e)s, accoucheuses et infirmier(e)s, était de 288 questionnaires reçus pour 522 donnés, soit 55,2 %. Le taux de participation médical (médecins et médecins « hiérarchiques ») était lui de 39 questionnaires reçus sur 100 distribués, soit 39%. Encore une fois, ces chiffres sont donnés à titre indicatif. Il sera à nouveau plus pertinent de les confronter séparément selon leur statut vacciné versus non vacciné.

4.2. Analyse des répondants selon le groupe du personnel « vacciné ».

Au regard des données statistiques concernant le personnel de santé ayant répondu être vacciné, nous pouvons établir le même constat que dans le point précédent. En effet, les femmes représentaient presque 73% des répondants. Cela correspond, à peu de choses près, au rapport hommes / femmes des données d'analyse « globale ». Ceci nous rassure quant au fait que le groupe 'vacciné' ne présente pas de discordance par rapport à la population totale considérée dans ce mémoire.

Encore une fois, si nous faisons plus attention au taux de vaccination selon le genre, les femmes représentaient 112 individus vaccinés sur 239 femmes participantes au questionnaire, soit un taux de 46,86%. De même les hommes représentaient ici 42 individus vaccinés sur 84 hommes participants, soit un taux de 50%. On peut à nouveau conclure que ce taux calculé ne correspond pas au taux actuel global au sein de l'hôpital, qui était, rappelons-le, de 37,4 %.

En ce qui concerne la tranche d'âge, nous avons constaté que les plus âgés étaient significativement plus vaccinés que les plus jeunes (Tableau 5, page suivante). Ce constat est intéressant car il nous indique le public cible pour les actions futures.

Tableau 5. Tranche d'âge. (N = 156)

		Nombre de vaccinés	Total des répondants selon l'âge	Pourcentage
Valide	< 25	7	27	25,9
	entre 25 et 39	44	132	33,3
	entre 40 et 54	72	114	63,2
	55 ou plus	33	52	65,5
	Total	156	325*	47,7**

*2 observations manquantes.

** Pourcentage total sur 327 questionnaires

Dans la poursuite de nos analyses, nous avons constaté que le profilage par unité de soins apportait lui aussi son lot d'informations dont il faudra tenir compte. Le choix de mon analyse a été de placer le focus sur les opposés. Ainsi dans le « top 3 » des services les plus vaccinés, nous retrouvions les soins intensifs, la chirurgie et la médecine, tandis que dans le « flop 3 » des unités les moins vaccinées, nous avons le médicotechnique, la maternité et la pédiatrie. Comme on le voit dans ce tableau (Tableau 6), la différence est marquée et il était interpellant d'observer le pourcentage de vaccination en USI et à la maternité par exemple.

Il faut tout de même préciser que, dans le questionnaire, certaines unités étaient identifiées à titre individuel (comme la pédiatrie ou la maternité) alors que d'autres étaient regroupées sous un intitulé (comme la médecine, la chirurgie, le médicotechnique).

Tableau 6. Unité de soins / service.

		Nombre de vaccinés	Total des répondants selon le service	Pourcentage
Valide	USI	14	23	60,9
	Chirurgie	25	44	56,8
	Médecine	57	104	54,8
	Médicotechnique	26	74	35,1
	Pédiatrie	1	8	16,7
	Maternité	2	12	12,5

Enfin, si l'on considère le taux de vaccination en fonction de la profession (tableau 7), nous avons observé que les individus (médecins ou infirmier(e)s) ayant un poste hiérarchique étaient statistiquement plus vaccinés que leurs subordonnés.

Ensuite, nous avons remarqué que les médecins étaient nettement plus vaccinés que les infirmier(e)s ou aides-soignantes. Ces deux professions étaient assez proches en terme de pourcentage alors que les accoucheuses étaient loin derrière les autres soignants.

Tableau 7. Profession / fonction. (N = 156)

		Nombre de vaccinés	Total des répondants selon la fonction	Pourcentage
Valide	Accoucheuse	1	8	12,5
	Aide-Soignant(e)	16	38	42,1
	Infirmier(e)	91	219	41,6
	Infirmier(e) Hiérarchie	22	23	95,7
	Médecin	19	32	59,4
	Médecin Hiérarchie	7	7	100
	Total	156	327	47,7

4.3. Analyse des répondants selon le groupe du personnel « non-vacciné ».

Cette analyse a déjà été réalisée en grande partie dans le point précédent avec l'exposé des résultats concernant le groupe des « vaccinés ». En résumé, nous pouvons donc dire au sujet du groupe des « non vaccinés » que le genre ne jouait pas d'influence sur le choix de ne pas se faire vacciner et qu'ils étaient majoritairement jeunes, c'est-à-dire âgés de moins de 39 ans.

Les services les moins vaccinés étaient le médicotechnique, la pédiatrie et la maternité. La fonction ayant eu le moins recours à la vaccination était accoucheuse.

4.4. Tests statistiques : moyenne et écart-type, test T de Student, Régression Logistique

La première étape a donc consisté à lancer, dans *SPSS*, l'analyse par la moyenne et l'écart-type. Pour mémoire, la moyenne de chaque question a été établie selon le nombre de réponses allant du très défavorable au très favorable, soit allant de 1 à 5.

Vous trouverez une synthèse, sous forme de tableaux, de chaque thématique abordée dans le questionnaire (Voir Annexe 9). A chacune des questions il est possible d'observer, selon nos deux groupes, l'effectif (N) ou le nombre de répondants, ainsi que la moyenne et l'écart-type. En outre, une dernière colonne permet de savoir directement si la variable s'est montrée statistiquement significative ou pas, grâce au test T Student ; 'Oui' exprime une significativité $< 0,05$ et 'Oui*' indique une forte significativité $\leq 0,01$. Enfin, 'Non' si la valeur est $> 0,05$. Je me permets de vous remémorer le fait que plus le score de la moyenne présentée est élevé, plus l'opinion des personnes ayant répondu à la question est favorable à la vaccination.

Étant donné le nombre conséquent de variables évaluées à travers chaque thématique de ce questionnaire, une analyse détaillée des résultats ne pourra pas être réalisée pour chacune d'entre elles.

Enfin, pour rappel, l'énoncé complet de chaque item se trouve en annexe (Annexe 9).

4.4.1. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur la grippe saisonnière

Tableau 8. Grippe saisonnière.

GRIPPE	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
La banalisation de la maladie	156	2,22	,95	167	2,38	,79	Non
La période de contagion	154	3,53	,92	168	3,45	,80	Non
Le mode de transmission viral	154	4,08	,84	169	3,73	,85	Oui*
L'évolution virale dans le temps	149	3,40	1,03	166	3,08	,96	Oui*
Les complications liées à la grippe	155	4,35	,88	170	3,88	,99	Oui*

Tout d'abord, comme nous le voyons dans le tableau 8 qui concerne la grippe saisonnière, les deux premières questions ne montraient pas de différence statistiquement significative entre les répondants. Il s'agissait en l'occurrence de la question concernant la banalisation de la maladie ainsi que celle sur la période de contagion. Il s'agissait de deux variables pour lesquelles les deux groupes s'accordaient dans leur taux de réponse. La seconde semblait les indifférer, en revanche, banaliser la maladie plaidait défavorablement pour la vaccination. Par contre, pour les trois questions suivantes, on observait bien une différence statistiquement significative.

La variable qui traitait de l'évolution virale dans le temps comportait 7 observations manquantes dans la groupe des vaccinés auxquelles s'ajoutaient 5 observations manquantes dans l'autre groupe. Cela pouvait indiquer qu'un peu plus de 3 personnes sur 100 n'ont pas su quoi répondre, supposément car l'intitulé n'était pas assez compréhensible pour elles.

Nous avons observé pour la variable des complications liées à la grippe, que le personnel vacciné a répondu être très favorable à la vaccination à cet égard, autrement dit, ils estimaient que les complications liées à la grippe justifiaient favorablement la vaccination. Une seconde analyse *SPSS* en scindant mon fichier par profession et en filtrant les vaccinés me révéla que la moyenne la plus faible a été donnée par les aides-soignant(e)s (moyenne de 3,88) et la moyenne la plus forte par le corps médical (moyenne de 4,59) . J'ai réitéré l'analyse mais en scindant mon fichier par service, j'ai constaté cette fois que la moyenne inférieure se situait en pédiatrie où les répondants se situaient dans le critère 'ni favorable, ni défavorable' à la vaccination, alors que la moyenne la plus forte se situait en psychiatrie et en revalidation, où ils trouvaient que les complications liées à la grippe étaient un critère très favorable à la vaccination. Il sera intéressant de vérifier dans le point suivant si les effets secondaires du vaccin sont corrélés aux complications liées à la grippe dans les réponses de ces populations.

Par ailleurs, si l'on examine une autre variable, nous pouvons constater que le personnel vacciné a jugé le mode de transmission viral comme étant un critère favorable à la vaccination.

Le personnel non vacciné a confirmé mais s'est montré moins tranché dans ses réponses, aussi bien pour les complications liées à la grippe que pour le mode de transmission viral. En observant davantage, nous avons constaté qu'en fait le personnel non vacciné a jugé que la grippe en elle-même, dans la thématique entière, était plutôt ni favorable, ni défavorable à la vaccination.

4.4.2. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur le vaccin de la grippe saisonnière

Tableau 9. Vaccination.

VACCINATION	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
L'efficacité vaccinale actuelle	155	3,85	,85	171	2,87	,92	Oui*
Le rapport bénéfices/risques	155	3,97	,80	169	2,87	,92	Oui*
Les effets secondaires connus	155	3,14	,99	171	2,44	,95	Oui*
L'utilité pour la collectivité	156	4,54	,58	171	3,76	,75	Oui*
L'utilité pour le patient (effet protecteur)	156	4,58	,54	171	3,91	,72	Oui*
L'utilité pour l'entourage direct	156	4,54	,56	171	3,80	,67	Oui*
L'utilité pour soi-même	155	4,32	,63	171	3,22	,96	Oui*
Le rôle dans la prévention d'infections nosocomiales	155	4,14	,76	171	3,62	,77	Oui*

Dans ce tableau 9, traitant du vaccin contre la grippe saisonnière, nous avons observé qu'il existait une différence significative pour l'ensemble des questions abordées. Cela ajoutait donc 8 variables, dont la différence a été statistiquement significative, aux 3 précédentes. Nous avons pu constater, tout comme dans le tableau précédent, un écart-type qui n'a certes pas été égal à zéro, mais qui n'a en tout cas pas dépassé la moitié de sa moyenne. Cela signifie que même s'il existait des variations entre les répondants, elles n'ont pas été trop fortes et l'on a pu considérer que la dispersion ne s'éloignait pas tant que ça de la moyenne. En d'autres mots, les individus d'un même groupe ont formulé des réponses relativement similaires. Il a été une nouvelle fois frappant de voir que toutes les moyennes ont été à nouveau plus hautes pour le personnel vacciné.

A priori, les individus vaccinés ont eu une tendance à être plus favorable aux quatre derniers critères et ont donc reconnu clairement l'effet bénéfique de la vaccination dans son utilité protectrice, que ce soit pour soi, pour son entourage, pour le patient ou encore pour limiter les infections nosocomiales. Face à eux, nous avons constaté un avis moins franc des personnes non vaccinées, puisque la moyenne se situait entre 3 et 4. Néanmoins, leurs moyennes ont été

tout de même assez proches des 4, indiquant qu'ils ont été plutôt favorables au rôle protecteur du vaccin, sauf dans une moindre mesure pour eux-mêmes.

Nous allons nous attarder maintenant sur l'efficacité vaccinale actuelle, le rapport bénéfices/risques et les effets secondaires connus. Nous avons observé que les répondants non vaccinés ont eu une opinion plutôt défavorable voire neutre (moyenne entre 2 et 3). En lançant une seconde analyse pour différencier les professions, j'ai remarqué que la moyenne la plus basse (2,0) concernait le seul infirmier hiérarchique non vacciné, suivi de près par les accoucheuses (moyenne à 2,14). La même comparaison effectuée cette fois selon le service nous a indiqué que les moyennes les moins élevées, et donc les services accordant le plus de doutes concernant nos trois variables, étaient la maternité et à peine mieux en pédiatrie.

Enfin, lors de la thématique précédente nous avons vu que le personnel vacciné du service de pédiatrie était sans avis concernant les complications liées à la grippe et il se trouve qu'il a été, de la même manière, ni favorable, ni défavorable aux effets secondaires connus du vaccin.

4.4.3. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur l'organisation de la vaccination contre la grippe saisonnière au sein de l'hôpital

Tableau 10. Organisation de la vaccination.

ORGANISATION	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
L'organisation pratique	154	3,71	,98	171	3,49	,89	Oui
Les relances / rappels	153	4,02	,62	171	3,74	,78	Oui*
Le libre choix / liberté individuelle	154	3,01	1,02	171	3,34	,88	Oui*
L'obligation institutionnelle / coercition interne de vaccination du personnel de santé	152	3,74	1,03	171	2,94	1,21	Oui*
L'obligation Ministérielle de vaccination du personnel de santé	152	3,88	1,05	169	3,04	1,21	Oui*
Se faire vacciner dans son service	153	4,26	,73	170	3,64	,79	Oui*
L'inscription préalable (coupon-réponse, liste)	154	3,18	,93	171	3,22	,81	Non

La synthèse du tableau 10 aborde les questions relatives à l'organisation de la vaccination. Nous avons dénombré encore une fois un grand nombre de variables statistiquement significatives. Seule la question abordant l'inscription préalable (coupon-réponse, liste) ne révélait pas de différence significative et a donc pu être exclue, finalement la préinscription ne paraissait pas comme un critère déterminant, et ce, aux yeux de tous. Un constat apparaît déjà, en effet, aux 11 variables (statistiquement significatives) précédentes, nous avons dû encore y adjoindre nos 6 nouvelles variables de cette synthèse. Cela représentait un nombre déjà conséquent de variables qu'il faudra envisager d'interpréter pour tenter d'apporter des pistes pour la prochaine campagne et nous n'en étions qu'à la moitié des données de notre test T Student. Nous avons pu constater que l'écart-type pour l'une ou l'autre variable a été plus élevé, à 1,214 pour une moyenne à 3,04 voire même 1,213 pour une moyenne à 2,94. Néanmoins, malgré le fait que cela nous indiquait plus de dispersion dans les répondants, cela restait inférieur à la moitié de la moyenne et n'a donc pas été considéré comme étant trop dispersé.

J'en profite pour attirer l'attention du lecteur sur le fait d'être attentif à l'écart-type en comparaison à la valeur de sa moyenne, et non pas à la valeur plus ou moins élevée d'un écart-type dans le tableau.

Nous avons pu apercevoir qu'il y avait 4 observations manquantes pour le personnel vacciné à la fois pour la question portant sur l'obligation institutionnelle et l'obligation ministérielle, les deux variables ont été liées par l'absence de réponse aux 4 mêmes individus, après vérification dans la base de données. Par contre nous avons remarqué, à propos de ces variables, que les répondants vaccinés ont eu une position plutôt orientée favorablement. Ils estimaient donc que contraindre et limiter le choix de la vaccination était assez favorable. La moyenne n'a pas été nettement marquée puisque l'on flirtait avec une moyenne à 3,74 et 3,88 mais en tout cas il n'y a pas eu de franche opposition.

Le constat a été d'autant plus frappant pour les répondants non vaccinés. En effet, nous n'avons pas non plus trouvé d'objection claire, puisque la moyenne tournait autour de 3 et signifiait donc qu'ils étaient neutres face à la suggestion faite. Cela semblait laisser une porte ouverte... Mais même si ils ont tous répondu (aucune donnée manquante), c'était en regard de ces variables que la dispersion a été la plus élevée.

En décidant d'analyser le pendant inverse, c'est-à-dire le libre choix et la liberté individuelle, nous avons fait la même constatation. Finalement le groupe des non vaccinés ne paraissait pas prôner la liberté individuelle à tout prix. Avec une moyenne de 3,34 nous avons retrouvé une

nouvelle fois un avis mitigé, alors que l'on aurait pu s'attendre à une opinion plus catégorique où le libre choix apparaissait comme un critère très favorable.

Enfin, une observation plus large nous a fait dire que l'organisation de la vaccination ne semblait pas manifester d'avis positif ou négatif de la part des non vaccinés, puisque toutes les moyennes approximaient le 3. Même si un système de relance ou de rappel ainsi que le fait de se faire vacciner dans son service montraient un léger intérêt. Mais si l'on ne veut pas faire quelque chose, en général on ne montre que peu d'intérêt envers son organisation ou ses aspects pratiques. Cela paraissait donc cohérent.

4.4.4. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur la communication envers la vaccination contre la grippe saisonnière

Tableau 11. Communication envers la vaccination.

COMMUNICATION	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
La communication de la médecine du travail liée à l'hôpital	151	3,70	,75	170	3,45	,76	Oui*
La communication du comité d'hygiène de l'hôpital	154	3,91	,66	171	3,58	,70	Oui*
La communication du responsable hiérarchique	154	3,92	,66	171	3,46	,72	Oui*
Les données scientifiques / probantes	154	4,07	,67	171	3,49	,73	Oui*
Une campagne active multi-supports	154	4,14	,63	170	3,58	,61	Oui*

Nous continuons l'analyse par le tableau 11 qui résume cette fois la communication à l'égard de la vaccination. Et une nouvelle fois, toutes les variables s'avéraient être statistiquement significatives. Nos 5 variables se joignent aux 17 autres rendant la perspective d'identifier les variables les plus pertinentes encore plus difficile pour la suite.

Pour cette thématique nous avons vu que les moyennes étaient systématiquement plus élevées dans le groupe des individus vaccinés. Et parmi ces derniers, nous avons identifié 2 observations manquantes pour les 5 items qui ont été reliées entre elles puisqu'il s'agissait des deux mêmes personnes. Une analyse plus précise dans mes questionnaires en version 'papier' m'a permis de dire qu'il s'agissait en fait de répondant qui ont oublié de répondre à l'un des

versos de mon questionnaire. Nous avons pu confirmer cela car dans la thématique précédente, il manquait toujours minimum deux observations et il s'agissait des deux thématiques qui étaient présentes sur la même face de feuille.

A part cela, il y avait évidemment d'autres constats à faire. Par exemple, une variable intéressante si l'on se réfère à la partie théorique, a été la communication du responsable hiérarchique. Nous avons constaté que les répondants vaccinés y ont été relativement favorables, pour ne pas dire favorables, avec une moyenne à 3,92. En lançant une seconde analyse, j'ai constaté sans surprise aucune que les plus favorables étaient les infirmier(e)s et médecins à fonction hiérarchique. Derrière eux on retrouvait dans l'ordre les médecins, la seule accoucheuse vaccinée et les infirmier(e)s à égalité avec les aides-soignant(e)s. Et, en répétant l'analyse par service, nous avons eu la revalidation, la médecine et la chirurgie avec une moyenne affirmée comme favorable alors que nous trouvions la psychiatrie, la gériatrie et la maternité plutôt à mi-chemin entre l'avis partagé et l'avis favorable. Pour la maternité cela s'expliquait par le fait que le seul gynécologue vacciné était sans avis alors que sa seule infirmière, elle, était favorable. C'était donc une interprétation faite avec un effectif de deux personnes seulement.

En gros, l'avis des répondants vaccinés vis-à-vis de la communication a été considéré favorablement.

De manière globale, nous avons pu également dire que le groupe des non vaccinés a émis un avis relativement indifférent. Effectivement, nous avons vu que les moyennes restaient relativement stables à 3,5 et ce peu importe la question. Ils ne voulaient vraisemblablement pas prendre parti et se prononcer dans cette thématique-ci.

Nous finirons pas dire que la moyenne la plus favorable concernait le groupe des vaccinés et la campagne active multi supports avec une moyenne à 4,14. Et même si le groupe des non vaccinés n'a pas eu une moyenne aussi haute, ils ont eu un avis à tendance favorable également avec 3,58 de moyenne. Dans tous les cas, l'emploi de différents supports lors d'une campagne de vaccination ne semblait pas néfaste.

4.4.5. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur ses propres agissements envers la vaccination contre la grippe saisonnière

Tableau 12. Agissements envers la vaccination.

AGISSEMENTS	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
Les recommandations internationales	155	3,99	,69	171	3,47	,71	Oui*
Les recommandations nationales	156	4,01	,70	171	3,51	,71	Oui*
Les recommandations du supérieur hiérarchique	155	3,87	,61	170	3,27	,63	Oui*
Les croyances personnelles à l'égard de la vaccination	154	3,51	1,13	170	2,81	,97	Oui*
Le contact privilégié avec une population malade, vulnérable	156	4,43	,63	170	3,81	,76	Oui*
La confiance en sa santé / son immunité	154	3,18	1,13	170	2,79	,92	Oui*
Les craintes vaccinales	156	2,39	,98	170	2,24	,83	Non
Les connaissances médicales	155	3,99	,77	171	3,25	,83	Oui*
Être un professionnel de la santé	156	4,19	,71	171	3,36	,76	Oui*
Obtenir un rapport hebdomadaire de suivi	154	3,90	,75	170	3,53	,67	Oui*

Nous abordons ici l'avant dernier tableau 12 de résultats, celui-ci traite des agissements propres au répondant vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière. Sur les 10 variables présentes dans ce tableau-ci, 9 apparaissaient une fois de plus avec une différence statistique significative. Seule la question considérant les craintes vaccinales a pu être ôtée de notre analyse, mais elle nous a permis de savoir que unanimement, tous considéraient qu'avoir peur du vaccin était défavorable. Lutter contre les craintes est un message convaincant.

Nous avons également constaté qu'un écart-type s'élève à 1,129 pour une moyenne de 3,18 et un autre écart-type est à 1,133 pour une moyenne de 3,51 par exemple. Même s'ils se dénotaient des autres par la grandeur des chiffres, ils restaient dans la moitié inférieure de leur moyenne réciproque.

Une nouvelle fois toutes les moyennes aux questions des personnes vaccinées étaient supérieures aux personnes non vaccinées. Entre autres, nous avons pu identifier l'une ou l'autre variable dont la moyenne apparaissait comme assez défavorable au sein du groupe non vacciné, en l'occurrence pour les croyances personnelles à l'égard de la vaccination, la confiance en sa santé / son immunité et les craintes vaccinales. Nous nous sommes attardés aux deux premières puisque la variable des craintes vaccinales n'a pas montré de différence statistique significative.

Les croyances personnelles à l'égard de la vaccination atteignaient une moyenne de 2,81. Cela nous a invité à penser que les individus non vaccinés considéraient que leurs propres croyances personnelles n'étaient pas favorables à la vaccination, ce qui paraissait assez logique. Et en vis-à-vis de cela, nous avons eu une moyenne de 3,51 pour les individus vaccinés. Là, il a été surprenant de constater que pour eux le fait d'avoir des croyances à l'égard de la vaccination les laissait presque sans avis ou sans opinion marquée à ce sujet en tout cas.

L'autre question sur laquelle nous allons consacrer quelques lignes parle de la confiance en sa santé / son immunité. Le chiffre de 2,79 comme moyenne pour les personnes n'ayant pas eu recours au vaccin nous a permis de croire que, là aussi, le résultat semblait cohérent. Quand on se croit fort, on n'a pas besoin d'aide. C'est en quelque sorte le constat que l'on a pu faire, les non vaccinés ont confiance en leurs capacités physiques pour affronter la grippe et cela a joué négativement sur la vaccination. Rien d'anormal. Par contre, nous avons remarqué qu'une fois encore, les personnes ayant demandé la vaccination ont eu plus de difficultés à se prononcer franchement. C'est ce que leur moyenne de 3,18 semble vouloir dire, à moins qu'ils sous-estimaient cette réalité, puisque eux ont fait appel au vaccin pour les aider à lutter contre le virus.

Deux autres variables séduisantes à traiter sont les recommandations nationales et internationales. Leurs moyennes semblaient se corrélérer parfaitement et ce peu importe le groupe dans laquelle se trouvait les répondants. En un coup d'œil, il a été aisé de constater que 3,99 et 4,01 d'un côté et que 3,47 et 3,51 de l'autre montraient un lien réciproque. Cela voulait simplement dire qu'aux yeux du personnel de santé, il n'y avait pas de distinction apparente entre des recommandations Belges ou mondiales. Il n'y avait pas plus de crédit accordé à l'un ou à l'autre. Par ailleurs nous avons pu observer que les personnes vaccinées ont eu tendance à mieux suivre ces recommandations que les personnes non vaccinées puisqu'elles les estimaient plus favorables à la vaccination. Dans la foulée, nous avons pu considérer qu'il en était pareil

pour les recommandations du supérieur hiérarchique, il n'y avait pas d'énormes différences dans la comparaison des moyennes avec les deux premières variables citées juste avant.

Enfin, il a été rassurant de constater que, malgré tout, le groupe des non vaccinés estimaient que le contact privilégié avec une population malade, vulnérable restait quelque chose qui favorisait la vaccination.

4.4.6. Thématique demandant l'avis personnel du répondant sur les facteurs influençant le personnel de santé vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière

Tableau 13. Facteurs influençant le personnel de santé.

FACTEURS INFLUENCANT	Vaccinés			Non vaccinés			Différence significative
	N	Moyenne	Écart type	N	Moyenne	Écart type	
La personne proposant la vaccination	156	3,69	,66	170	3,31	,57	Oui*
L'exemplarité	156	3,93	,70	171	3,36	,66	Oui*
Les incitants / récompenses	156	3,51	,77	169	3,32	,85	Oui
Les normes sociales/morales	154	3,49	,79	171	3,15	,66	Oui*
L'accréditation hospitalière par un organisme international (ACI)	155	3,54	,73	170	3,28	,67	Oui*
L'inertie / faire comme d'habitude	156	2,72	,88	171	2,73	,69	Non
L'ignorance	156	1,87	,80	170	2,32	,77	Oui*
L'engagement pour la cause	155	3,86	,65	169	3,51	,67	Oui*
L'ego / l'image positive de soi	156	3,38	,75	170	2,95	,58	Oui*
L'influence de la hiérarchie	155	3,47	,84	169	3,15	,73	Oui*
L'émulation collective	148	3,81	,80	169	3,31	,67	Oui*
L'absentéisme au travail dû à la grippe	156	3,82	,93	171	3,51	,78	Oui*
La campagne de la grippe H1N1 (2009)	156	3,51	,99	170	3,26	,90	Oui

Enfin, ce dernier tableau 13 récapitulatif nous renseigne sur les facteurs influençant le personnel de santé vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière. Nous avons achevé l'analyse sur la même constatation que ci-avant, puisqu'ici encore, une variable unique n'a pas montré de différence statistiquement significative. Cette variable abordait l'inertie ou le fait de faire les choses par habitude. Nous avons vu que la moyenne était identique de part et d'autre, mais

celle-ci nous a montré tout de même que le personnel était en accord pour dire que faire par habitude n'était pas quelque chose de favorable à la vaccination. Ce fut bon à savoir malgré tout !

Dans cette thématique aussi, nous avons observé que toutes les moyennes étaient plus hautes pour le personnel de santé vacciné.

Une autre remarque a pu être émise en ce qui concernait le nombre d'observations manquantes au sujet de l'émulation collective. En effet, nous avons eu d'un côté 148 répondants (et non 156) et de l'autre 169 (et non 171), soit 10 données manquantes. Néanmoins, il y a eu lieu de relativiser, car comparé aux 317 personnes qui y ont répondu, ce n'était en fait pas grand-chose. Mais nous avons rarement eu, sauf une fois comme signalé antérieurement, autant d'absence de réponse. Le terme 'émulation' était peut-être déroutant ou méconnu par certain(e)s.

Nous allons nous intéresser à la question de l'exemplarité. Est-ce que le personnel de santé considérait qu'avoir un modèle influence positivement ou pas la vaccination ? Au premier regard, le groupe vacciné est apparu favorable, avec une moyenne à 3,93. Pour le groupe non vacciné, la réponse a été plus partagée et s'orientait davantage vers un ni favorable, ni défavorable (moyenne de 3,36). Il a alors été pertinent d'observer que le personnel paraissait plus sensible à l'exemplarité qu'à l'influence de la hiérarchie, nous avons respectivement 3,93 pour 3,47 dans le camp des vaccinés. Et cela se confirmait aussi pour les individus non vaccinés puisque la moyenne passe de 3,36 à 3,15.

Nous avons pu faire le lien avec l'autre variable dont nous venions de parler, l'émulation collective. Nous avons remarqué que les moyennes étaient pratiquement semblables par rapport à l'exemplarité. Les mêmes conclusions ont pu être tirées, les personnes vaccinées ont été plus sensibles au phénomène de groupe que les personnes non vaccinées.

Une autre variable qui montrait un intérêt a bien sûr été celle traitant de l'accréditation hospitalière par un organisme international. Le centre hospitalier a été accrédité fin 2106. Or, le constat montrait que dans les deux groupes l'avis à ce sujet n'était pas franc. En tout cas, ni les uns, ni les autres ne pensaient que la démarche d'amélioration continue était particulièrement favorable à la vaccination.

Globalement, nous avons vu que la moyenne aux différentes questions de cette thématique et ce peu importe le statut vaccinal, tournait autour des 3. Tous semblaient donc assez indifférents face à la campagne H1N1 de 2009, la personne proposant la vaccination, les normes sociales et même aux incitants ou récompenses par exemple. Nous avons constaté une légère tendance plus favorable pour l'absentéisme au travail dû à la grippe, en tout cas pour les vaccinés, mais a priori, ce n'était pas dans cette optique qu'ils optaient franchement pour la vaccination.

En revanche, nous avons dû considérer 12 variables de plus dans la prochaine étape. Au final, nous avons donc eu 43 variables à considérer, puisque statistiquement significatives au test T Student. Ce résultat inattendu nous a amené à reconsidérer la possibilité de faire une analyse par simple régression logistique, nous avons plutôt réalisé une régression pas à pas ascendante. Comme expliqué dans le chapitre 'Méthode', les résultats suivants vous sont présentés avec l'aide de mes promoteurs, sans quoi tout cela aurait été compromis.

4.4.7. Résultats de la régression logistique pas à pas

Comme annoncé, nous avons 43 variables significatives en univarié sur 48. A celles-ci nous avons trouvé pertinent d'y ajouter l'âge et le sexe. Grâce à la régression, il s'est avéré qu'il n'en restait plus que 8 en multivarié : âge ; balance risques-bénéfices ; utilité pour soi et pour autrui ; autorité ; ego ; ignorance. Elles sont visibles de façon détaillée dans le tableau 15 (p47).

Mais avant d'en dire plus sur les résultats, je tiens à exposer un premier tableau de SPSS (Tableau 14). En effet, l'intérêt de ce récapitulatif de traitement des observations est de mettre en évidence le fait qu'il y avait 51 observations manquantes et par conséquent 276 observations incluses aux analyses. Nous avons retrouvé 146 répondants non vaccinés et 130 répondants vaccinés. Cet élément avait déjà été abordé précédemment (Point 3.2. des Méthodes), mais il se révélait important de le signaler une nouvelle fois puisque notre échantillon s'avérait différent de celui de départ.

Tableau 14. Récapitulatif de traitement des observations.

		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	276	84,4
	Observations manquantes	51	15,6
	Total	327	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		327	100,0

Le tableau présenté ci-dessous (Tableau 15) synthétise le modèle final avec les 8 variables statistiquement significatives issues de la régression logistique pas à pas.

Nous avons dans l'ordre et par colonne l'item de la variable, le paramètre de régression, l'erreur standard, le Chi² de Wald, la signification et l'exponentielle du paramètre (odds ratio², OR).

Tableau 15. Régression logistique, variables de l'équation.

		B	E.S	Wald	Sig.	Exp(B)
Pas 8 ^h	Tranche d'âge en années	,510	,22	5,189	,023	1,665
	L'efficacité vaccinale actuelle	,436	,22	3,873	,049	1,546
	Les effets secondaires connus	,453	,20	4,989	,026	1,573
	L'utilité pour la collectivité	,872	,33	6,778	,009	2,392
	L'utilité pour soi-même	,984	,29	11,653	,001	2,675
	Les recommandations du supérieur hiérarchique	1,220	,35	11,909	,001	3,386
	L'ignorance	-,944	,26	13,111	,000	,389
	L'ego/l'image positive de soi	,957	,29	10,656	,001	2,604
	Constante	-17,002	2,45	48,189	,000	,000

En observant le paramètre de régression (B), nous constatons que la relation était positive pour toutes les variables (hors constante), entendez que toutes les variables décrites prédisaient la vaccination, sauf pour l'ignorance qui était négative. Il y a lieu d'interpréter correctement cette corrélation négative. Mes promoteurs et moi-même, sommes revenus sur l'énoncé originel du questionnaire et le codage fait, dans SPSS, de notre échelle de likert (1 étant très défavorable et 5 très favorable). Nous avons pu dès lors conclure que les répondants estimaient que 'en ce qui concerne les facteurs influençant le personnel de santé, vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière', l'ignorance était un facteur défavorable à la vaccination.

C'est la même constatation que l'on a pu faire pour l'exponentielle du paramètre (Exp(B)), puisqu'ils suivaient la même direction. L'OR de 7 variables sur 8 (hors constante) était bien supérieur à 1, ce qui induisait que plus la valeur de chacune de ces variables augmentait, plus la probabilité d'être vacciné augmentait. L'exception a été à nouveau représentée par

² A noter que l'odds ratio a été laissé même s'il est potentiellement moins intéressant dans notre cas.

Mesure d'association statistique courante surtout en épidémiologie, elle y est communément utilisée dans l'interprétation des résultats, nombreux lecteurs y sont donc habitués.

l'ignorance, où l'OR était entre 0 et 1. En d'autres mots, l'ignorance était un facteur qui réduisait le risque d'être vacciné.

L'erreur standard nous a renseigné sur la variabilité des différents coefficients dans cet échantillon, cela ne montrait pas de grande variabilité et la statistique de Wald nous informait que chaque paramètre de régression contribuait significativement à l'amélioration du modèle, effectivement sa valeur était différente de zéro pour les 8 variables. La colonne de signification montrait une p valeur $< 0,05$ pour toutes variables, elles étaient donc toutes significatives.

A noter que la régression logistique témoignait que ces choix ont été faits « toutes choses égales par ailleurs », autrement dit, d'une manière indépendante. En effet, prenons l'âge par exemple, il a eu un effet « net » bien présent même lorsque l'on a pris d'autres variables en compte, son effet était indépendant des attitudes et connaissances mesurées par le questionnaire.

Nous avons observé que la variable la plus fortement associée à la vaccination était « les recommandations du supérieur hiérarchique ». Les deux variables concernant l'utilité étaient tout aussi attrayantes car nous y avons retrouvé l'ambivalence de l'altruisme et de l'égoïsme. D'autre part, nous avons vu que l'opinion des répondants sur le rôle du vaccin, dans son efficacité et ses effets secondaires, influençait positivement la vaccination. Mais cette balance risques-bénéfices représentait les variables les moins associées à la vaccination. Enfin selon leurs réponses, l'ignorance représentait un facteur défavorable à la vaccination. Il a donc été intéressant de remarquer que le modèle extrait par le logiciel statistique mettait en avant certaines variables tout à fait interprétables et cohérentes.

En démarrant une seconde analyse sur *SPSS*, j'ai observé que l'utilité pour la collectivité avait plus d'importance pour les médecins et les infirmier(e)s, avec un avis encore plus marqué pour la hiérarchie des deux côtés. Les aides-soignantes ont eu un avis favorable moins appuyé mais les accoucheuses elles trouvaient que l'utilité pour la collectivité n'était ni favorable, ni défavorable à la vaccination. De ce fait, j'ai lancé la même analyse mais pour la variable de l'utilité pour soi-même et nous avons retrouvé exactement le même classement. Les accoucheuses tirant même la moyenne vers les 2,8 ce qui semblait dire qu'elles trouvaient que l'utilité pour soi était à la limite un facteur défavorable à la vaccination.

5. Discussion

Bien que la vaccination ait permis d'éviter des millions de décès à travers les âges et le monde, le vaccin contre la grippe saisonnière rencontre des difficultés à convaincre, y compris dans un milieu où la santé est une priorité, l'hôpital.

Comme nous avons pu le voir, le taux de vaccination du personnel employé au sein de notre centre hospitalier est bas et relativement constant depuis de longues années. Même si un sursaut est visible pour l'année 2017, l'intérêt et le bénéfice du vaccin contre la grippe ne semblent motiver qu'une minorité d'individus. Et, à ma connaissance, la problématique de cette faible couverture vaccinale n'a fait l'objet d'aucune analyse détaillée au sein du C.H.M., en tout cas pas depuis que j'y travaille (2001). Il y a bien eu la tenue de statistiques de vaccination par âge, profession et service par la médecine du travail jusqu'en 2016, mais cela s'arrête à faire un état de la situation actuelle pour les réunions du CPPT, de l'équipe hygiène, du comité d'hygiène.

Notre recherche par questionnaire a sollicité l'opinion des professionnels du paramédical (infirmier(e)s, accoucheuses, aide-soignante(e)s) et du médical selon 6 grandes catégories, lesquelles ciblaient la grippe, le vaccin, l'organisation, la communication, les agissements et les facteurs influençant le personnel de santé.

L'objectif était de pouvoir caractériser les facteurs de non adhérence au vaccin, mais aussi d'identifier et d'évaluer les connaissances, perceptions et attitudes associées à la vaccination contre la grippe saisonnière. La finalité visée est de déterminer certaines cibles qui seront consolidées et argumentées grâce à notre analyse, afin de pouvoir développer un plan d'actions et d'améliorations pour notre nouvelle campagne de vaccination.

A ce propos, que nous ont appris les résultats ? Quelles sont les grandes tendances apparues et quels constats marquant pouvons-nous en faire ? Voici un bref résumé reprenant les éléments principaux liés à l'étude des résultats, nous en discuterons plus en détail par la suite.

Tout d'abord, indubitablement, le premier constat flagrant est le fait que le personnel de santé vacciné ait plus répondu que celui non vacciné. Nous modérons cette affirmation par le fait de la désirabilité sociale, nous espérons que les personnes ayant répondu être vaccinées ont toutes été sincères dans leur réponse. Ensuite, le nombre total de questionnaires exploités a été encourageant. Le bon taux de répondants (52,5%) nous a autorisé à émettre des conclusions cohérentes et même si nous n'avons pas eu l'avis de la majorité, ce chiffre dépasse les moyennes

habituellement obtenues lors des sondages par questionnaire. Nos résultats sont donc bel et bien représentatifs.

Un autre fait remarquable est la distinction (statistique) des deux groupes sur pratiquement tous les items du questionnaire. Ce constat inattendu nous a d'ailleurs quelque peu compliqué la tâche lors des analyses.

Les autres constats principaux sont que les individus les plus âgés étaient significativement plus vaccinés que les plus jeunes, que certains services tels que le pôle medicotechnique, la maternité, la pédiatrie représentaient des services moins vaccinés, que le personnel ayant une fonction hiérarchique était mieux vacciné que leurs subordonnés et enfin que la fonction médicale obtenait le meilleur taux de vaccination, opposé à la fonction accoucheuse.

Notre régression logistique a mis en évidence 8 variables dans le modèle final. La variable la plus fortement associée à la vaccination était les recommandations du supérieur hiérarchique. Par ailleurs, le rôle protecteur individuel et collectif, le rapport risques-bénéfices et l'image positive de soi étaient des facteurs favorisant la vaccination. Par contre, l'ignorance s'était révélée être un facteur défavorable.

Enfin, un constat global concerne le groupe de personnel non vacciné qui a répondu de manière assez peu investie, dans le sens où ils n'ont pas donné un avis catégorique et assuré vis-à-vis de leur choix de ne pas se faire vacciner. Cette constatation a priori négative pourrait en fait être un atout.

5.1. Limites de notre étude

L'étude a été menée avec un échantillon de personnes représentant certains secteurs de l'hôpital, nous pouvons dès lors dire que nos résultats reflètent fidèlement la situation pour le corps paramédical et médical de notre établissement. Néanmoins, nous ne pouvons pas généraliser ces résultats pour l'institution dans son entièreté puisque certains secteurs sont non représentés (administratif, technique, ouvrier, etc.).

De même, le comportement du personnel de santé dans notre établissement peut différer de celui des autres établissements.

A remarquer que les questions ont été soumises au personnel de santé en février, soit à distance de la vaccination qui a eu lieu en octobre. Cela veut dire que l'on demande une réponse a posteriori et peut être considérée comme une forme de biais. De plus, le temps laissé pour

répondre a été relativement court (12 jours), ce qui a pu pénaliser d'éventuels membres du personnel qui étaient en congé, en maladie ou absents et qui n'ont pas eu l'occasion d'y répondre.

Par ailleurs, même si ma demande de participation au questionnaire entre dans un contexte universitaire bien distinct, le fait que je sois moi-même l'un des employés de cette institution peut avoir influencé d'une certaine manière les répondants. Influence que j'espère principalement positive, en effet, avoir un taux global de participation de 54% est probablement lié au fait d'être un visage connu et de bénéficier d'une certaine reconnaissance par les autres professionnels au sein du CHM. Et, notre taux de questionnaires exploitables nous permet d'envisager des recommandations fiables, généralisables pour le personnel de santé. Il faut rester honnête et conscient que, malgré tout, nos 52 % ne représentent l'opinion que d'une personne sur deux environ.

Un autre point important à exposer est le fait que nous attendions une réponse « déclarée », c'est-à-dire, qu'elle se base sur l'unique bonne foi des répondants. Or l'un des biais fréquemment rencontré dans ce type de recherche est la désirabilité sociale, qui est la tendance des individus à donner des réponses socialement désirables. Ce biais a, peut-être, été présent parmi les répondants mais n'est pas évaluable. En effet, même s'il existe des échelles pour l'identifier, la plus connue étant sans doute celle de Marlowe-Crowne, aucune évaluation de ce type n'a été inclus dans le questionnaire. Dans le cadre de ce travail, il faut avoir conscience de l'existence de ce biais mais nous ne pourrons pas faire grand-chose de plus. Nous considérerons donc simplement que chacun a répondu sincèrement.

Les répondants déclarant être vaccinés représentent 47,7%. Or, selon les données obtenues par Monsieur Fromont E. de la médecine du travail, le taux de vaccination de tout le personnel du C.H.M. pour l'année 2017 est de 37,4%. Nous constatons dès lors une différence entre la proportion de répondants vaccinés et celle de la population vaccinée pour le C.H.M.. Cela montre l'une des limites de cette étude. Il faut également considérer que le pourcentage extrait par le questionnaire révèle la couverture vaccinale du personnel de santé et non du personnel dans sa globalité. Or, cette saison, suite au changement de politique vaccinale, la médecine du travail n'a pas eu d'inscription préalable et n'a donc pas pu connaître la fonction de la personne se faisant vacciner. Nous comparons alors deux taux qui ne sont pas directement représentatifs.

Au final, nous estimons donc que le personnel vacciné s'est montré plus motivé à répondre au questionnaire.

Comme nous l'avons déjà signalé précédemment, certains questionnaires n'ont pas été complétés dans leur intégralité. L'une ou l'autre question étant laissée sans réponse, il y a eu des observations manquantes. Dès lors, l'échantillon considéré pour certaines analyses n'était pas tout à fait identique à l'échantillon de départ.

De même, le choix d'avoir utilisé une échelle de likert dans le questionnaire, plutôt que la dichotomie oui - non, est complètement assumé. En effet, il a permis d'obtenir une réponse nuancée de la part du répondant. Pour moi ceci représente un avantage indéniable car cela autorise la personne à exprimer adéquatement sa réponse. Au final, la moyenne obtenue ne donne pas une valeur noire ou blanche, mais apporte une tendance par un nuancier de 5 couleurs plus représentative de la réalité. Le répondant peut ne pas être en (dés)accord, or, le oui – non l'oblige à faire un choix qui n'est peut-être pas le sien mais qui ne laisse pas d'autre possibilité. Voilà pourquoi une échelle de likert s'avérait être à mes yeux l'option idéale.

Nous pouvons également voir que les personnes ayant répondu ne sont pas réparties de manière équilibrée, nous avons par exemple nettement plus d'infirmier(e)s, de femmes, de répondants en unité de médecine et âgés entre 25 et 39 ans.

D'autre part, afin de rendre le questionnaire un peu plus anonyme, j'ai pris le parti de proposer des tranches d'âge. Hélas, ce choix pénalise quelque peu l'interprétation des résultats. Il aurait été préférable de demander l'âge, par un champ libre, et au besoin dans un second temps rassembler par tranche d'âge, si cela se justifiait. Ces constatations mettent en avant une erreur de ma part dans l'élaboration du questionnaire, le travail par tranche d'âge.

A propos de la question s'interrogeant sur le service ou l'unité dans laquelle le membre du personnel de santé travaille, nous pouvons émettre une nuance. De fait, pour ne pas se retrouver avec près d'une trentaine de propositions, un choix a été fait de rassembler sous un même groupe les unités médicales, les unités chirurgicales ainsi que les unités du médicotechnique. L'intérêt principal étant de pouvoir constater si la médecine est mieux vaccinée ou non que la chirurgie, la chirurgie que le médicotechnique ou autre. Cependant, dans certaines analyses, cela a pu poser quelques dissemblances. L'opinion représentée par 57 infirmières vaccinées de

médecine est différente de celle donnée par la seule infirmière vaccinée de pédiatrie par exemple. L'avis de cette dernière n'étant pas représentatif de son service.

5.2. Axes ou pistes pour la prochaine campagne

Tout d'abord, nous constatons que les plus âgés sont significativement plus vaccinés. C'est le genre d'information dont on doit tenir compte pour nos actions futures. En effet, il faudra cibler nos arguments sur le public jeune, en l'occurrence ici, âgés de moins de 39 ans.

Dans la comparaison par service, nous avons été interpellé par un constat étonnant. Les 2 unités comptant le moins de personnels vaccinés sont la pédiatrie et la maternité. Alors que la croyance populaire aurait tendance à dire que la protection des enfants, des bébés, des nouveau-nés prévaudrait, en tant que population particulièrement fragile et vulnérable, le personnel travaillant dans notre centre hospitalier ne semble pas prendre les précautions nécessaires pour assurer leur protection à l'égard de la grippe. Nous pouvons tout de même nuancer ces propos pour la maternité, puisque les professionnels y travaillant sont soit des infirmières, soit des accoucheuses, soit des gynécologues. Notre observation par profession nous a permis de constater que les personnes de cette unité ayant répondu étaient 8 accoucheuses, 2 infirmières et 2 gynécologues. Le raccourci est sans doute vite fait de parler du service maternité.

Nous allons dès lors modérer nos paroles en disant que ce sont les accoucheuses de maternité qui semblent les plus réticentes à la vaccination, puisque majoritairement non vaccinées (7 sur 8 accoucheuses). De plus, parmi elles, 4 accoucheuses ont entre 25 et 39 ans, une entre 40 et 54 ans et deux ont 55 ans et plus. La seule personne vaccinée ayant entre 40 et 54 ans. L'âge ne semble donc pas être un critère aussi catégorique qu'annoncé pour l'échantillon, concernant la non vaccination des accoucheuses. On aurait pu s'attendre à avoir 7 jeunes professionnelles, ce n'est pas le cas. Il sera alors probablement intéressant d'investiguer davantage et de considérer cette profession comme public cible des actions à mettre en place afin de comprendre pourquoi elle n'adhère pas à la vaccination (philosophie spécifique ? Déformation d'apprentissage, d'enseignement ? ...). Par ailleurs, nous avons pu constater dans la partie contextualisation de ce travail que les chiffres de la vaccination contre la grippe saisonnière en 2017 de notre hôpital, confirment ce faible taux de vaccination de 21% en pédiatrie et 9% en maternité. Le fait n'est donc pas récent.

Une question s'impose à nous, sont-elles conscientes que la grippe est dangereuse pour un bébé ? Il sera donc important de comprendre ce phénomène dans la continuité de ce mémoire. Sinon, nous n'excluons pas non plus la possibilité qu'un service particulier, de chirurgie ou de médecine entre autres, fasse éventuellement moins bien que ceux annoncés dans le tableau. Le document de notre infirmière hygiéniste, Mme Foulon, révélait notamment qu'une unité de chirurgie atteint un taux de vaccination de 7%. Ce qui n'a pas été visible dans les données récoltées par le questionnaire par l'appellation globale « chirurgie ». Ce chiffre ne fait pas partie de nos analyses mais il montre bien qu'il existe certains « foyers » où le nombre de professionnels vaccinés pose question.

Cela rappelle un élément considéré dans le cadre théorique (au point 2.3.1.) où les auteurs Vandermeulen C. et Hoppenbrouwers K. mettaient en évidence « l'importance du rôle d'exemplarité des directions, chefs de service et des médecins pour l'amélioration de la couverture vaccinale parmi les collaborateurs de leurs institutions. »

Je me suis interrogé sur cette constatation et l'ai mise en relation avec cette unité spécifique de chirurgie qui obtient 7% de taux de vaccination contre la grippe. Puisqu'en parallèle, les résultats révèlent que 22 infirmiers à fonction hiérarchique sur 23 déclarent être vaccinés. Une question peut se poser : Est-ce que le chef non vacciné fait fonction dans l'unité où le taux de personnel vacciné de chirurgie a été le plus faible parmi tous les services de la clinique ? Après observation minutieuse, il s'avère que mon intuition s'avère exacte, coïncidence ou non, les 2 faits correspondent. Il n'y a lieu de ne tirer aucune conclusion hâtive, mais il serait sans doute à propos de pouvoir s'intéresser à cette unité et à son infirmier en chef afin de comprendre si le comportement ou/et la communication de ce dernier influence(nt) la vaccination de son personnel. Il y a là, peut-être, un angle intéressant à considérer dans la perspective d'amélioration également. D'autant plus que nous avons pu remarquer que le personnel de santé à fonction hiérarchique se montrait statistiquement plus vacciné que leurs subalternes.

De même, l'analyse montre que ce sont les médecins qui sont les plus favorables à la vaccination. Il faut noter que les médecins ont accès gratuitement au vaccin au même titre que n'importe quel employé du C.H.M., même s'ils travaillent sous le statut d'indépendant. Leur activité professionnelle rendant parfois difficile la possibilité de pouvoir se libérer les jours et les heures de vaccination prévus, une vaccination groupée a été mise en place depuis quelques années. En effet, les différents médecins se rassemblent les lundis pour un staff médical, ils se retrouvent entre confrères dans un créneau horaire bloqué pour la réunion. Un chariot équipé

avec tout le matériel nécessaire à la vaccination est amené en début de réunion, cela leur permet de se faire vacciner facilement. Cela participe certainement à majorer le taux de médecins vaccinés contre la grippe saisonnière, mais je n'ai pas obtenu de données chiffrées pour en prouver l'exactitude.

Nous avons pu voir que, dans la thématique du questionnaire qui traite de la grippe, les individus non vaccinés ont une opinion plutôt neutre à son égard. A priori, l'avis de ce groupe tend à dire que la grippe ne représente pas une menace suffisante pour justifier le vaccin, mais que malgré tout, elle n'est pas à sous-estimer, en lien aux complications et à la transmission virale, et ils s'accordent d'ailleurs avec les vaccinés, pour dire que banaliser la grippe est défavorable.

Il est également étonnant de voir que pour les 2 groupes, l'évolution virale ne soit pas un critère plus caractérisé positivement ou négativement. Pourtant, c'est bien à cause de cela que la vaccination annuelle est recommandée (Voir 2.2.2. 'virus'). C'est ce phénomène de glissement ou de cassure antigénique qui cause tant de soucis.

Pour le thème de la vaccination, nous avons pu voir dans la comparaison par moyenne et écart-type que le personnel de santé vacciné était particulièrement favorable à l'utilité vaccinale que ce soit pour soi, son entourage, la collectivité, le patient ou encore pour la prévention des infections nosocomiales. Il en était, d'ailleurs, plus ou moins de même pour les non vaccinés, à part pour l'utilité pour soi-même. Les individus non vaccinés semblent avoir une propension plus altruiste et moins égocentriste. Ce rôle protecteur a été confirmé par la régression logistique puisque la variable « utilité » pour la collectivité et pour soi-même a montré un paramètre de régression positif. Au plus l'utilité est favorable, au plus la vaccination est prédite et augmente.

En ce qui concerne la balance risques-bénéfices, un constat positif a été fait par la moyenne et l'écart-type et corroboré par la régression. Sans nul doute et selon l'opinion de nos répondants vaccinés, elle impacte favorablement la vaccination. Comme pour l'effet protecteur, plus la balance risques-bénéfices est favorable, plus la vaccination s'accroît.

Le bémol est donc émis par l'avis exprimé par le groupe des non vaccinés puisque pour eux, que ce soit l'efficacité actuelle, les effets secondaires ou le rapport bénéfices/risques, ils sont jugés plutôt défavorablement. Nous pourrions essayer dans notre future campagne de rappeler les effets secondaires, qui comme nous l'avons vu, sont particulièrement réduits en comparaison à d'autres traitements, médicamenteux par exemple. L'efficacité vaccinale reste

le point faible du vaccin contre la grippe, nous l'avons abordé également dans notre revue de littérature. Mais son manque d'efficacité ne veut pas dire qu'il n'est pas efficace. Nous l'avons dit cette efficacité, même partielle, permet d'éviter des milliers de décès, de complications, d'hospitalisations.

Pourtant une fois encore, le personnel apportant une opinion défavorable à l'égard de notre balance risques-bénéfices se trouve être les accoucheuses et leur service de maternité, suivi par la pédiatrie.

Je reviens sur les propos de Leroy R. (2008) qui cite Elder A. et al., au sujet du pourcentage d'autodiagnostic erroné important. Pour rappel, les auteurs énoncent que 30% des sujets affirment avoir eu la grippe alors qu'ils sont séronégatifs et 59% des sujets ne pensent pas avoir eu la grippe alors qu'ils sont séropositifs. De plus, Lehmann B.A., et al. (2016) nous avaient aussi interpellé en disant que l'« on estime que 20% des travailleurs de la santé sont infectés chaque année par la grippe. Beaucoup d'entre eux continuent à travailler et favorisent ainsi la propagation de la grippe. » Ne pas se faire vacciner est une chose, mais se présenter au travail en étant infecté en est une autre. Il sera indispensable de sensibiliser le personnel qui souhaite faire le choix de ne pas recourir au vaccin, de ne pas, qui plus est, venir contaminer ses patients, ses collègues, les visiteurs ou autres.

Nous pouvons dire que l'analyse de la thématique sur l'organisation de la vaccination nous apprend qu'étonnamment, l'obligation institutionnelle et ministérielle n'amènent pas d'opinions défavorables. Y compris chez les non vaccinés. Cela soulève une interrogation de taille, pourquoi lorsqu'ils ont le libre choix, ils décident de ne pas se faire vacciner alors qu'ils se disent indifférents au fait d'être obligé à le faire ? La non vaccination est-ce alors de la simple négligence ? Je rebondis alors sur les conclusions de Leroy R. (2008) citée plus haut, qui préconisait la demande de signature de refus de vaccination pour rendre à Influenza sa place de maladie grave pour certains patients et renverra aux soignants leurs obligations morales.

L'opinion globale des personnes vaccinées nous montre que la communication contribue favorablement à la vaccination. Pour celles qui ne le sont pas, cela les laisse relativement indifférent.

Par contre en ce qui concerne la confiance en sa santé / son immunité, là, les non vaccinés répondent de façon plus affirmée et cohérente pour eux que cela joue défavorablement sur la vaccination.

Et, en effet, nous avons pu observer que la plupart des non vaccinés se trouvaient parmi la population jeune. A cet âge, la plupart n'ont sans doute pas encore été confrontés à des problèmes personnels de santé. Ils sont en forme, dynamiques et ont une confiance aveugle en leurs capacités physiques. Il faudra alors sans doute plus insister sur l'utilité collective de la vaccination.

De même, toutes les recommandations sont bonnes à prendre. Il n'y a pas de distinction faite entre des directives internationales ou nationales. Par ailleurs, les recommandations du supérieur hiérarchique prédisent favorablement la vaccination. Cette question est en effet la variable la plus fortement associée à la vaccination. Il est par contre surprenant d'observer que la comparaison par moyenne obtenait un meilleur score pour la communication du supérieur hiérarchique. Dans le même ordre d'idée, l'influence du supérieur hiérarchique et l'exemplarité sont décrites comme des critères favorables à la vaccination. Cela rejoint Vandermeulen C. et Hoppenbrouwers K. qui soulignent l'importance du rôle d'exemplarité des directions, chefs de service et des médecins pour l'amélioration de la couverture vaccinale. Le rôle d'entraînement joué par des « visages célèbres » ou des personnes ayant un poste de responsabilité au sein de l'établissement de soins est important : effet d'exemplarité de leur vaccination et soutien oral.

Dans la dernière thématique, qui aborde les facteurs influençant le personnel de santé, une constatation nous a étonné car l'avis donné à l'égard de l'accréditation internationale n'a pas amené de réaction particulière, cela jouant ni favorablement, ni défavorablement. Surprenant donc que la vaccination contre influenza ne semble pas faire sens dans la démarche actuelle de l'amélioration de la qualité et de la sécurité, pour une institution fraîchement accréditée.

Enfin, la question abordant l'ignorance a récolté un score défavorable affirmé dans les deux groupes, avec la moyenne la plus défavorable enregistrée pour les vaccinés depuis le début.

L'ignorance est apparue comme le seul paramètre de régression au score négatif. Le fait de ne pas savoir joue donc péjorativement vis-à-vis de la vaccination. Améliorer les connaissances et la culture est quelque chose d'assez simple à mettre en place, mais demande d'être actualisée fréquemment.

De ce constat en émerge un autre, je pense que la plupart des gens, qui ne se vaccinent pas, utilisent de fausses excuses ou fausses croyances pour y échapper. Peut-être, n'y ont-ils, en fait, jamais vraiment réfléchi ? Une question est alors de savoir si l'individu sait motiver la raison de sa non vaccination et ce, à l'aide d'arguments pertinents ? Il est alors probable qu'apporter les bonnes justifications et explications à ces personnes les aidera à accepter le vaccin. Il faut convaincre ! Et de fait, nous pouvons observer que l'opinion générale du groupe des non vaccinés est relativement ni favorable, ni défavorable à la vaccination. On aurait pu s'attendre à une tendance plus affichée défavorablement envers le vaccin contre la grippe. Cela confirme que la majorité de ces personnes n'est pas anti-vaccin mais plutôt indécise ! Autrement dit, à nous de les faire changer d'avis.

Les améliorations dans le taux de vaccination du personnel de santé sont possibles, d'autres centres proches du nôtre y sont parvenus, alors pourquoi pas nous ? Lors du symposium de la BICS, j'ai pu entendre l'expérience de centres hospitaliers situés en Flandres, ils m'ont prouvé que l'espoir était permis et qu'il ne faut pas attendre une obligation ministérielle pour cela. L'emploi d'incitants positifs (récompenses) ou négatifs (port du masque pour le non vacciné), l'enrôlement de tous dans un projet institutionnel, le contrôle social et l'exemplarité, l'effet de groupe, etc., sans négliger le soutien de la communauté flamande, plus impliquée que son homologue française, participent clairement à accroître leur taux de vaccination.

A partir de ces modèles, est-il possible de penser ou de créer une méthode propre au C.H.M. ? La réponse est oui ! Et pourquoi pas la baser sur la stratégie multimodale de l'OMS qui a déjà fait ses armes et ses preuves avec l'hygiène des mains ?

5.3. Perspective d'amélioration : la stratégie multimodale de l'OMS

En effet, l'objectif de la stratégie multimodale est d'associer plusieurs éléments pour changer le processus actuel et l'optimiser. (Simon A., 2018)

Dès lors, envisageons-la pour améliorer et promouvoir la vaccination contre la grippe saisonnière dans notre hôpital. Nous allons donc, ci-après, élaborer et adapter notre propre démarche stratégique à partir du « Guide de mise en œuvre de la stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'hygiène des mains ». (OMS, 2010)

Nous y incluons par la même occasion quelques propositions de nudging, ce concept a pu notamment faire ses preuves pour le don d'organe en Belgique (option par défaut) ou via la célèbre mouche des urinoirs de Schiphol (Amsterdam) par exemple.

Les principaux éléments de la stratégie multimodale sont les suivants :

1. Changement de système :

« Il garantit par sa mise en œuvre que les professionnels soignants disposent des infrastructures nécessaires à la pratique de la vaccination sur leur lieu de travail. »

Il faut favoriser le comportement de vaccination et pour cela :

- Faciliter l'accès, ôter les entraves entre le vaccin et le soignant : effectuer la vaccination en service, utiliser un chariot et une équipe mobiles, proposer des horaires adaptés... ;
 - Proposer différents supports d'informations : affiches, page web, courriels, brochures, films... Alternier l'emploi de ces outils pour toucher un maximum de gens ;
 - Mettre en place des incitants positifs : des récompenses (panier de fruits, bons de réductions, certificat et médaille...) et de la reconnaissance (remercier de participer à la protection collective, donner sens). Voire même le recours à un incitant négatif : imposer le port du masque pour le non vacciné par exemple;
 - Suggérer le recours au nudging (voir Annexe 10) : les leviers mobilisés dans le nudge sont le choix par défaut, l'incitation forte à suivre la norme (sociale, morale), l'accentuation de la perte, la mise en collectif d'engagements pour favoriser l'émulation et le recours aux jeux. (Cambon L., 2016) Les options par défaut agissent sur l'inertie des individus : par exemple, l'envoi d'un rendez-vous prédéfini à tous par courriel pour la vaccination annuelle utilise cet effet par défaut. (Lehmann B.A. et al., 2016)
- Suggérer à chacun de venir à un rendez-vous donné, augmente la probabilité d'être vacciné. De même, considérer que chacun se fait vacciner 'par défaut' et demander alors au personnel de signer un document de refus de vaccination (comme préconisé par Leroy R., 2008), amène la conscientisation et l'écart par rapport à la norme.

2. Formation et éducation :

« La formation et l'éducation sont les clés de la réussite et constituent l'une des pierres angulaires de l'amélioration des pratiques de vaccination. »

« Le personnel d'un établissement de soins change fréquemment, et il se doit d'assimiler et d'appliquer un grand nombre de normes dans sa pratique quotidienne. En conséquence, pour donner suite à une première vague de formation de l'ensemble des professionnels soignants, les sessions de formations seront répétées périodiquement afin d'inclure le personnel

récemment recruté et d'actualiser les connaissances des personnels ayant plus d'ancienneté dans l'établissement. »

Pour y parvenir, il faudra :

- Proposer un programme de formation sur l'importance de la vaccination destiné à tous les professionnels soignants et à plus large échelle, pour tout le personnel du C.H.M.;
- Apporter des connaissances et savoir pour convaincre de l'intérêt du vaccin. Rappeler les plus-values et bénéfices certes mais également lutter contre les fausses rumeurs ;
- Évaluer les connaissances du personnel (Quiz, test en ligne, activité récréative,...) ;
- Utiliser l'expertise de l'équipe et du comité hygiène, de la médecine du travail,... et suggérer à un groupe de travail d'œuvrer sur un 'plan grippe' ;
- Renouveler les séances régulièrement pour rafraîchir les acquis du personnel déjà en place et permettre aux nouveaux engagés d'être formés, et non juste informés.

3. Évaluation et restitution des résultats :

« L'évaluation régulière d'une série d'indicateurs reflétant les pratiques de vaccination et les infrastructures nécessaires, ainsi que les connaissances et les perceptions de la grippe et de l'importance du vaccin est un élément fondamental de la stratégie de promotion de la vaccination. »

Pour cela, il conviendra de :

- S'assurer de la disponibilité effective du matériel et de l'information ;
- Effectuer un suivi et une évaluation des connaissances du personnel ;
- Assurer un suivi du nombre de doses de vaccin administrées ;
- Suivre l'évolution de la perception relative à la vaccination ;
- Fournir des feedbacks épidémiologiques et des résultats : annoncer clairement le taux de vaccination global ou/et par service, l'avancée de l'épidémie, le pic vaccinal,...

4. Rappels et incitatifs sur le lieu de travail :

« Les rappels et incitatifs sur le lieu de travail font partie des outils essentiels de sensibilisation du personnel soignant à l'importance de la vaccination, aux indications et aux techniques recommandées pour sa pratique. Ce sont aussi des moyens d'information des patients et des visiteurs sur les normes et comportements qu'ils sont en droit d'attendre de la part du personnel soignant en matière de vaccination. »

Nous faisons alors référence au(x) :

- Différents canaux de communication : équipe hygiène, médecine du travail, réunions de chef, newsletters, médias,...
- Rappels réguliers auprès du personnel concernant l'importance de la vaccination ;
- Changement périodique des affiches de rappel et de leurs messages : arguments pertinents et parlants, messages et images personnalisés.

5. Culture institutionnelle de la sécurité :

« Par culture institutionnelle de la sécurité, on entend la création d'un environnement perceptif, favorisant la sensibilisation aux questions relatives à la sécurité des patients et incitant à la réflexion sur la promotion de la vaccination en tant que priorité institutionnelle. Cela implique: la participation active aux niveaux institutionnel et individuel ; la sensibilisation à la capacité au changement (à l'efficacité) aux niveaux institutionnel et individuel ; et le partenariat avec les patients et les organisations de patients. »

Cet environnement sécuritaire passe par :

- Sensibiliser le personnel à la problématique de la sécurité des patients en considérant l'amélioration de la couverture vaccinale comme priorité à tous les niveaux ;
- Trouver des arguments 'positifs', en lien à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité du patient, capables d'inciter un changement dans le comportement ;
- Apporter les ressources nécessaires à la vaccination et à sa campagne par la Direction ;
- Pérenniser les actions par le management, la vaccination doit rester une priorité ;
- Recourir au nudging (voir Annexe 10) : la vaccination contre la grippe est un comportement social fortement influencé par les normes sociales. Cette approche peut permettre de corriger les perceptions erronées sur les taux de vaccination en exposant les normes actuelles, augmentant ainsi la pression sociale pour participer aux campagnes de vaccination. Baron et al., cités par Dubov A. et Phung C., ont démontré que la pression des pairs peut avoir un effet sur la décision d'accepter une vaccination contre la grippe. (Dubov A., Phung C., 2015) ;
- Adopter un style de leadership démocratique qui, selon Lewin, Lippit et White (1939), fait place à des rôles et objectifs négociés qui permet d'atteindre performance, satisfaction et cohésion. (Meurens P., 2018).

6. Conclusion et perspectives

Une question refait surface, la vaccination est-elle victime de son succès, comme le laisse entendre Lévy-Bruhl D. (2016) dans le modèle d'évolution d'un programme de vaccination au fil du temps ?

Nous pourrions nous en convaincre. Mais cela voudrait dire que le personnel de santé en oublie le sens même de son existence, qui est d'améliorer la santé. Par ailleurs, dans notre secteur, qui n'a jamais entendu ces mots « primum non nocere », simplement traduit par « d'abord, ne pas nuire » ? Je pense que la problématique de la vaccination des professionnels de la santé contre influenza doit faire rappeler ses deux concepts de base. A travers le vaccin, l'individu participe à améliorer la santé, à titre individuel et collectif mais en plus, ce geste protecteur contribue à limiter les nuisances évitables envers ceux qui lui accorde l'un des biens les plus précieux, leur santé voire leur vie.

Nous l'avons vu, la grippe et ses mutations posent soucis et parviennent à remettre constamment l'efficacité vaccinale en question. Mais cela suffit-il à justifier ce taux d'adhérence à la vaccination ? Nous avons émis plus tôt dans ce travail que notre objectif était de découvrir quels facteurs peuvent affecter ou non la vaccination du personnel de santé au sein de notre hôpital régional Wallon ? Après ces heures de travail, d'analyse et de réflexion, il est temps de conclure et de voir ce que notre recherche a permis de faire émerger comme pistes d'améliorations pour la nouvelle campagne à venir.

Notre recherche n'est certes pas parfaite mais elle a le mérite d'avoir été réalisée dans des conditions et un contexte réels, avec tout ce que cela implique. Nous avons été heureusement surpris par le taux de participation, qui nous autorise à faire des recommandations fiables aujourd'hui.

Les principaux résultats de notre analyse nous permettent de dire que, selon l'opinion des répondants, l'âge, le rôle protecteur individuel et collectif, les recommandations du supérieur hiérarchique, le rapport risques-bénéfices et l'image positive de soi sont des facteurs qui favorisent la vaccination. De même, l'ignorance représente un facteur défavorable.

Le personnel paramédical et médical, à l'exception des accoucheuses, ne révèle pas une tendance affirmée contre la vaccination. Le corps médical monte sur la 1ère place du podium, le processus actuel de leur vaccination paraît fonctionner assez bien. En revanche, la maternité et en particulier la profession sage-femme nous questionne. Nous avons pu observer à plusieurs reprises une opinion défavorable et des chiffres interpellant. Alors que la jeunesse a démontré une tendance défavorable à l'égard du vaccin, elle n'explique pas la situation actuelle qui nous préoccupe. Une étude plus précise sur ce public cible sera sans doute nécessaire pour mieux comprendre ce qui se passe. L'unité voisine de pédiatrie montre également une situation tracassante et là, aucune piste spécifique n'a pu être avancée. Enfin, une unité de chirurgie pose également question, mais une approche managériale peut être envisagée.

Nous avons pu observer que le soignant n'a pas toujours un comportement réfléchi lorsqu'il présente des symptômes et vient travailler malade, au risque de contaminer de nombreuses personnes dont ses patients. Les erreurs d'autodiagnostic montrent à quel point il est parfois difficile d'évaluer sa santé. De nombreux virus circulent en période hivernale mais la grippe est la plus populaire et nous lui attribuons bien des maux.

On le sait, l'efficacité vaccinale n'est pas encore parvenue à son apogée mais il n'empêche que cela ne signifie pas que le vaccin est inefficace. De nombreuses études continuent de conclure en ce sens. La vaccination est un moyen fondamental dans la prévention de la grippe et de ses complications, dans le contrôle de sa propagation, dans le nombre de consultations médicales ou d'hospitalisations. Les recommandations sanitaires existantes maintiennent que le personnel de santé doit se faire vacciner au même titre que les populations vulnérables (personnes-âgées, enfants, ...).

Pour notre prochaine campagne, il sera pertinent de cibler nos actions sur le public jeune et certains services. Il faudra profiter du rôle de l'exemplarité, d'influence et d'entraînement des leaders. Nous pourrions améliorer les connaissances de chacun et permettre à tous de faire un choix délibéré. Le constat fait du manque d'opinion de la part du personnel non vacciné tend à dire que la porte est ouverte ! La tâche principale est de convaincre, convaincre du bien-fondé de la vaccination, de ses bénéfices pour tous mais surtout pour le patient. Il doit rester une priorité absolue tant d'un point de vue moral, éthique, que sécuritaire.

L'expérience d'autres institutions a prouvé qu'il est possible d'inverser la tendance, à condition de se donner les moyens et les ressources nécessaires.

Une approche qui a déjà fait ses preuves dans le cadre de l'hygiène des mains peut nous permettre d'avancer des pistes pertinentes pour les perspectives futures de vaccination, la stratégie multimodale de l'OMS, y incluant quelques apports de nudging. Il sera sans doute intéressant de s'en inspirer pour remettre ces concepts en phase avec notre réalité propre.

Enfin, nous retiendrons que peu importe le résultat tant que la dynamique est en place. Il faut conscientiser, responsabiliser, informer, encourager et convaincre le personnel. Sans oublier qu'il faudra recommencer l'année prochaine, puis l'année suivante etc. Le but recherché est non seulement d'amener le changement mais également de pérenniser le comportement !

Dans tous les cas nous nous devons d'agir, la vaccination contre la grippe saisonnière doit être intégrée dans un plan stratégique de santé qu'il soit institutionnel, Régional, Communautaire, National et International. Nous sommes tous concernés, il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique qui doit rester l'une des priorités de la promotion de la santé.

Je terminerai ce mémoire comme il a commencé, par une phrase qui, pour moi, donne sens à toute démarche, aussi humble soit-elle, de promotion vaccinale : *« à l'exception de l'eau potable, il n'y a rien d'autre, même pas les antibiotiques, qui ait eu un effet si important sur la réduction de la mortalité... »* (OMS, 2010).

7. Bibliographie

ACCREDITATION CANADA. *Programme d'accréditation Qmentum international*. En ligne : <https://accreditation.ca/intl-fr/accreditation/qmentum/>, consulté le 12/11/2017.

BALINSKA, M.A., et LEON, C. (2007). *Opinions et réticences face à la vaccination*. La Revue de Médecine Interne, 28(1), 28-32. doi:<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2006.10.327>

BLOMME, V., VERPLANCKE, C., (2018) Give it a shot. Griepcampagne ikv fusie AZ Sint- Rembert AZ Delta 2017-2018. Présentation PowerPoint, Symposium de la Belgian Infection Control Society, 08/03/2018. Bruxelles.

BRAGARD, C., GOUBAU, P., MAHILLON, J., MICHIELS, Th., (s.d.). *Initiation à la virologie*. Document non publié. UCLouvain. En ligne : <https://www.virologie-uclouvain.be/fr/chapitres/exemples-choisis/virus-de-la-grippe>, consulté le 20/10/17.

CAMBON, L., (2016). *Le nudge en prévention... troisième voie ou sortie de route ?* Santé Publique, vol. 28, (1), 43-48. doi:10.3917/spub.161.0043.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2011). Morbidity and mortality weekly report. *Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. Recommendations and Reports. November 25, 2011 / 60(RR07);1-45. En ligne : <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6007a1.htm>, consulté le 21/10/2017

CHAPMAN, G. B., Li, M., COLBY, H., et YOON, H. (2010). *Opting in vs opting out of influenza vaccination*. JAMA, 304(1), 43-44. doi:10.1001/jama.2010.892

CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE. (2017). Avis du Conseil National de la Santé N° 9418. *Vaccination contre la grippe saisonnière*. Saison hivernale 2017-2018. En ligne : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/css_9418_grippe_saisonniere_2017-2018.pdf, consulté le 21/10/2017.

DE SERRES, G., SKOWRONSKI, D. M., WARD, B. J., GARDAM, M., LEMIEUX, C., YASSI, A., CARRAT, F. (2017). *Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement*. PLoS One, 12(1), e0163586. doi:10.1371/journal.pone.0163586

DOUMONT, D., LIBION, F., (2007). *Vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé : tour d'horizon des pays développés, quelles recommandations pour quelle efficacité ?* Réf.: 07-44. Série de dossiers techniques. 26p. UCL - RESO.

DUBOV, A., PHUNG, C., (2015). *Nudges or mandates? The ethics of mandatory flu vaccination*. Vaccine, 33(22), 2530-2535. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.03.048>

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. (2017) *Influenza surveillance for the 2017-2018 season is starting*. En ligne: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/influenza-surveillance-2017-2018-season-starting>, consulté le 20/10/2017.

EUROPEAN SCIENTIFIC WORKING GROUP ON INFLUENZA. (s.d.) *Influenza knowledge center - Should health care workers be vaccinated?* En ligne : <http://eswi.org/knowledge-center/should-health-care-workers-be-vaccinated/>, consulté le 23/10/2107.

FIORE, AE. et al., (2010). *Prevention and control of influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR Morbidity and mortality weekly report, 2010, 59(RR 08):1–62.)

FLU NEWS EUROPE. (2018). *Severity*. En ligne : <https://flunewseurope.org/Severity>, consulté le 15/04/2018.

GIANINO, M. M., POLITANO, G., SCARMOZZINO, A., CHARRIER, L., TESTA, M., GIACOMELLI, S., BENSO, A., ZOTTI, C. M., (2017). *Estimation of sickness absenteeism among Italian healthcare workers during seasonal influenza epidemics*. Plos One, 12, 8.)

GREEN, L.W., and KREUTER, M.W. (1991). *Health Promotion Planning: an educational and environmental approach*. Mayfield edition. 2d edition.

HANSLIK, T., et LAUNAY, O. (2013). *Vaccination contre la grippe saisonnière : pour quelle efficacité chez l'adulte ?* La Revue de Médecine Interne, 34(12), 727-729. doi:<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2013.10.335>

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. (Mars 2014). *Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé - Rapport*. Collection avis et rapports. En ligne, <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=424>, consulté le 20/10/2107.

HEALTH STANDARDS ORGANIZATION (HSO). (s.d.). *Normes*. En ligne : <https://healthstandards.org/fr/norme/>, consulté le 12/11/2017.

INPES et DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, Comité technique des vaccinations. (2012). *Guide des vaccinations*. Saint-Denis: coll. Varia, 488 pp.

INTERNATIONAL FEDERATION OF PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS and ASSOCIATIONS. (2013). *Les bénéfices économiques de l'immunisation*. Séries sur la vaccination contre la grippe saisonnière : Document 3.

INSTITUT DE SANTE PUBLIQUE. (s.d.). *Surveillance de la santé et des maladies. Influenza. Chiffres*. En ligne : <https://www.wiv-isp.be/fr/sujets-sante/influenza/chiffres#la-grippe-en-Belgique>, consulté le 20/10/2017.

INSTITUT DE SANTE PUBLIQUE. (s.d.). *Surveillance de la santé et des maladies – Influenza – Risques et dangers*. En ligne : <https://www.wiv-isp.be/fr/sujets-sante/influenza/populations-a-risque>, consulté le 22/10/17.

LANG, P.O., (2011). *Les effets indésirables de l'immunité de « groupe » ou quand la vaccination infantile devient délétère pour l'épidémiologie infectieuse de l'adulte*. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.;9(1):11-19. doi:10.1684/pnv.2011.0260

LAROUSSE. (s.d.). Dictionnaires de français. En ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 16/04/18.

LARSON, H. J., JARRETT, C., SCHULTZ, W. S., CHAUDHURI, M., ZHOU, Y., DUBE, E., WILSON, R. (2015). *Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool*. Vaccine, 33(34), 4165-4175. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.037>

LEHMANN, B. A., CHAPMAN, G. B., FRANSSEN, F. M. E., KOK, G., et RUITER, R. A. C. (2016). *Changing the default to promote influenza vaccination among health care workers*. Vaccine, 34(11), 1389-1392. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.01.046>

LEROY, R., (2008). *Influence d'une campagne de sensibilisation sur la motivation à accepter ou refuser la vaccination contre la grippe en milieu hospitalier*. Mémoire. Université Catholique de Louvain.

LEVY-BRUHL, D., (2016). *Traité de santé publique*. Politique vaccinale, P 311-322. Paris: Lavoisier médecine-sciences.

LOCHT, C., (2016). Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Dossiers d'information. *Coqueluche*. En ligne : <https://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/coqueluche>, consulté le 20/11/2017.

LOCOGE, TH., VAN GEET, CH., (2016). Avis n° 64 du 14 décembre 2015 relatif aux *aspects éthiques de l'obligation de vacciner* émis par le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Présentation Assemblée Générale du Conseil Supérieur de la Santé 18/05/2016.

LOUART, C., CNRS Le journal. (2016). (Mis à jour le 09/10/2017) *Quand l'économie s'intéresse à nos comportements*. En ligne : <https://lejournale.cnrs.fr>, consulté le 12/11/17.

MARTIN, CH., (2018). *Vaccins antigrippe : qu'est-ce que le futur nous réserve ?* Présentation PowerPoint, Symposium de la Belgian Infection Control Society, 08/03/2018. Bruxelles.

MAURETTE, M., PINZELLI, P., YORDANOV SANDEV, A., et NOCK, F. (2017). *Attitudes et pratiques des personnels hospitaliers face à la vaccination contre la grippe saisonnière*. [Attitudes and Practices towards Seasonal Influenza Vaccination amongst French Hospital Staff]. Santé Publique, 29(2), 191-199. doi:10.3917/spub.172.0191

Mc CLURE, C. C., CATALDI, J. R., et O'LEARY, S. T. (2017). *Vaccine Hesitancy: Where We Are and Where We Are Going*. Clinical Therapeutics, 39(8), 1550-1562. doi:10.1016/j.clinthera.2017.07.003

MEURENS, P., (2018). WFSP2260, Management humain & comportement organisationnel. 2^e partie. *Le pouvoir, l'autorité et le leadership*. Université Catholique de Louvain. Bruxelles.

MIERMANS, M-C., (2013). *Un regard sur le vaccination, outil de prévention des maladies infectieuses*. Santé pour tous. Prévention et surveillance des maladies infectieuses. Provac-ULg. 10, 8-10.

MURGUE, B., (2012). En collaboration avec l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Information en santé. Dossiers d'information. *Grippe*. En ligne : <https://www.inserm.fr/thematiques/immunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie/dossiers-d-information/grippe>, consulté le 20/10/17.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (s.d.). Thèmes de santé - *Vaccins*. En ligne : <http://www.who.int/topics/vaccines/fr/>, consulté le 22/10/2017.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2006). Rapport sur la santé dans le monde. Thèmes de santé. *Personnels de santé*. En ligne : http://www.who.int/topics/health_workforce/fr/, consulté le 17/11/17.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2010). *Guide de Mise en Œuvre de la Stratégie multimodale de l'OMS pour la Promotion de l'Hygiène des Mains*. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70478/WHO_IER_PSP_2009.02_fre.pdf?sequence=1, consulté le 23/04/18.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2012). *Vaccines against influenza*. Who position paper. Weekly Epidemiological Record; No. 47, 2012, 87, 461–476.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2013). Sécurité des vaccins dans les programmes de vaccination. En ligne : <http://fr.vaccine-safety-training.org/securite-des-vaccins-dans-les-programmes-de-vaccination.html>, consulté le 15/04/2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2015). *Résumé des conclusions et recommandations du SAGE de l'OMS sur la réticence à la vaccination*. Février 2015. En ligne : http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager_French.pdf?ua=1, consulté le 16/11/17.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2016). Centre des médias. *Grippe (saisonnière)*. Aide-mémoire n° 211. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/>, consulté le 20/10/2017.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2017). Thèmes de santé – *grippe*. En ligne : <http://www.who.int/topics/influenza/fr/>, consulté le 20/10/2017.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2018). *Centre des médias. Couverture vaccinale*. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/fr/>, consulté le 15/04/2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, UNICEF, Banque mondiale. (2010). *Vaccins et vaccination : la situation dans le monde*, 3ème édition, Genève. En ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44209/1/9789242563863_fre.pdf, consulté le 18/11/2017.

POLAND, GA., and JACOBSON, RM., (2001). *Understanding those who do not understand: a brief review of the anti-vaccine movement*. Vaccine 2001;19:2440–5.

PORTER, C. M., (2015). *Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion*. Health Education Journal, 75(6), 753-764. doi:10.1177/0017896915619645

RENAUD, L., et GOMEZ ZAMUDIO, M., (1999). *Planifier pour mieux agir*, REFIPS, Québec, 2^e édition.

RONCIER, M., (2014). *Situation de la vaccination en France et rôle du pharmacien d'officine dans l'amélioration de la couverture vaccinale*. Sciences pharmaceutiques. En ligne : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01142494/document>, consulté le 20/10/2017.

SIMON, A., (2018). WFSP2254 - *Gestion des processus* : séance du 13/03/2018 [Présentation PowerPoint]. Bruxelles : Université Catholique de Louvain

SYDNOR, E., and PERL, T. M., (2014). *Healthcare providers as sources of vaccine-preventable diseases*. Vaccine, 32(38), 4814-4822. doi:<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.03.097>

THALER, R.H., and SUNSTEIN, C.R., (2008). *Nudge: Improving decision about health, wealth and happiness*. New haven : Yale University Press. 293 p.

THALER, R.H., (2009). The New York Times. Economy View. *Opting in vs opting out*. En ligne : <http://www.nytimes.com/2009/09/27/business/economy/27view.html>, consulté le 12/11/17.

THOMAS, I., (2018). *Influenza Surveillance in Belgium*. Présentation PowerPoint, Symposium de la Belgian Infection Control Society, 08/03/2018. Bruxelles.

THOMAS, R. E., JEFFERSON, T., & LASSERSON, T. J., (2016). *Influenza vaccination for healthcare workers who care for people aged 60 or older living in long-term care institutions*. Cochrane Database of Systematic Reviews(6). doi:10.1002/14651858.CD005187.pub5

VANDERMEULEN, C., HOPPENBROUWERS, K., (2016). *Grippe. Une étude auprès des professionnels de la santé*. Vax info. En ligne : <http://www.vaxinfo.be/spip.php?article2002&lang=fr&retour=1>, consulté le 17/11/17.

VLAYEN, A., W., S., and J., H., (2016). *Rapport du benchmarking troisième étude nationale sur la culture de sécurité dans les hôpitaux belges*. Groupe de recherche Sécurité des Patients de l'UHasselt.

8. Annexes : Les différentes annexes ont été importées séparément sur DIAL.mem

Voici un listing des annexes disponibles :

<u>ANNEXE 1: DISTRIBUTION DU (SOUS)TYPE DE VIRUS PAR GROUPE D'ÂGE PARMI LES CAS HOSPITALISÉS, WHO ET ECDC (2018)</u>	70
<u>ANNEXE 2: RECOMMANDATIONS POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ</u>	70
<u>ANNEXE 3: MODÈLE PRECEDE</u>	71
<u>ANNEXE 4: IMMUNITÉ DE GROUPE ('HERD IMMUNITY')</u>	73
<u>ANNEXE 5 : RÉTICENCE À LA VACCINATION ('VACCINE HESITANCY')</u>	73
<u>ANNEXE 6 : RÉFLEXION, ENTRE PATERNALISME ET LIBÉRALISME</u>	74
<u>ANNEXE 7 : POURCENTAGE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE DE L'AZ DELTA</u>	75
<u>ANNEXE 8 : POURCENTAGE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE DE L'AZ REMBERT</u>	76
<u>ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE INTERROGEANT LE PERSONNEL DE SANTÉ SUR LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE AU C.H.M.</u>	76
<u>ANNEXE 10 : LE NUDGING</u>	81

Pierre Fourmanoir - Connaissances, perceptions et attitudes du personnel de santé du Centre Hospitalier de Mouscron vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière. - Pr. William D'Hoore et Pr. Anne Simon. - Mai 2018.

9. Résumé

Contexte : Il y a 100 ans, la pandémie de grippe espagnole se répandait à travers le monde. Depuis cette catastrophe, la volonté de lutter contre ce fléau est planétaire, mais à ce jour, nous ne sommes pas encore parvenus à trouver d'autre(s) moyen(s) efficace(s) de lutter contre le virus influenza que le vaccin. Et pourtant, il peine encore et toujours à convaincre le personnel de santé, y compris dans l'hôpital régional Wallon où je travaille. Mais pour quelles raisons ?

Méthodes : Une étude quantitative par questionnaire se révélait être l'outil d'investigation le plus approprié pour obtenir l'avis de 600 membres du personnel environ. La recherche effectuée essaie donc de déterminer si les connaissances, les perceptions et les attitudes des aides-soignant(e)s, des accoucheuses, des infirmier(e)s et des médecins les influencent favorablement ou pas vis-à-vis de la vaccination contre la grippe saisonnière. Pour ce faire, je les ai interrogés à travers 48 items, répartis sous 6 thématiques principales, à savoir : la grippe, le vaccin, l'organisation, la communication, les agissements, les facteurs influençant le personnel de santé. Ces données ont pu être exploitées grâce au logiciel d'analyse statistique et prédictive IBM SPSS ®.

Résultats : Le taux de questionnaires récupérés et exploités a été de 52,57%. Cet excellent taux de réponse nous a permis d'émettre des hypothèses valables. Les principaux résultats sont que, selon l'opinion des répondants, l'âge, le rôle protecteur individuel et collectif, les recommandations du supérieur hiérarchique, le rapport risques-bénéfices et l'image positive de soi sont des facteurs qui favorisent la vaccination. Alors que l'ignorance représente un facteur défavorable. Pour la campagne vaccinale à venir, il faudra cibler nos actions sur le public jeune et certains services, profiter du rôle de l'exemplarité, d'influence et d'entraînement des leaders. Les connaissances de chacun devront être majorées. La tâche principale sera de convaincre, convaincre du bien-fondé de la vaccination, de ses bénéfices pour tous mais surtout pour le patient. Un outil intéressant de perspective d'amélioration est la stratégie multimodale pour la promotion de l'hygiène des mains de l'OMS qui semble être tout à fait adaptée à notre problématique, à condition d'être transposée à notre situation.

Mots-clés : grippe, grippe saisonnière, influenza, vaccin, vaccination, personnel de santé, professionnels de la santé, connaissances, perceptions, attitudes, facteurs influençant.

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique www.uclouvain.be/fsp

