

Année 2017

2017 TOU3 1135
2017 TOU3 1136

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Bastien NANCÉ et Pierrick LUNARDI

Le 17 Octobre 2017

**Comprendre le refus de la vaccination antigrippale chez les infirmiers travaillant en
EHPAD dans le département du Gers.**

Etude qualitative menée dans le département du Gers du mois d'octobre 2016 à décembre
2016

Directeur de thèse : Dr Stéphane SMAIL

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH

Monsieur le Docteur Stéphane SMAIL

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.		P.U. - P.H.	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

Dédicaces aux membres du jury

Monsieur le Professeur MESTHÉ,

Nous vous remercions pour le soutien, l'écoute et la confiance indéfectibles dans notre travail que vous nous avez accordés. Vous savoir présider notre jury de thèse aujourd'hui est donc un véritable honneur. Vous pouvez être assuré de toute notre gratitude pour votre participation avisée et bienveillante tout au long de ce projet.

Monsieur le Professeur POUTRAIN,

Merci de nous faire l'honneur d'assister à notre soutenance de thèse. Vous ne cessez de nous inspirer par votre pédagogie et votre investissement dans la formation des internes. Vous avoir dans notre jury nous offre un avis précieux sur notre travail et nous vous en sommes reconnaissants.

Monsieur le Dr BISMUTH,

Merci de siéger dans notre jury de thèse. Soyez assuré de toute notre gratitude pour la disponibilité et la bienveillance dont vous avez fait preuve envers notre travail.

Monsieur le Dr SMAIL,

Merci de nous faire l'honneur d'assister à notre soutenance de thèse. Un remerciement tout particulier pour avoir dirigé cette thèse, et permis à celle-ci d'être soutenue.

Aux participants de cette étude,

Merci d'avoir pris tant de votre temps pour nous permettre de réaliser ce projet. Votre implication et votre intérêt pour notre travail n'ont cessé de nous motiver tout au long de sa rédaction. Rencontrer et écouter des personnes aussi sympathiques ont été des expériences inoubliables.

Remerciement personnel.

Bastien NANCÉ

Merci à tous mes maîtres de stages ambulatoires, Dr Rakotonarivo pour son savoir et sa gentillesse, Dr Gaudebout, Dr Chazoule, Dr Dufor, Dr Ferreira, Dr Lafargue, et Dr Guijarro futur collaborateur.

Merci au Dr Smail pour sa disponibilité, sa gentillesse et son aide précieuse devant chaque problème que j'ai pu rencontrer au cours de mon cursus. Je ne serais pas le médecin que je suis actuellement sans son aide et son soutien dans les moments difficiles que j'ai pu traverser.

Merci à ma famille,

Mes parents pour m'avoir accompagné et soutenu depuis toujours, mon père par son aide précieuse, son expérience, son savoir, ma mère, pour son écoute, sa patience envers moi. A ma sœur et Ben, toujours disponibles pour un bon repas, boire un bon vin et rire. A mon grand-père, personnage indispensable de mon éducation et avec qui je prends toujours plaisir à discuter de tout. A ma grand-mère, tantes, oncles, et cousins pour tous ces moments de partages et de complicités depuis l'enfance.

A mes amis, la team du Foot du lundi avec Jeremy, Romuald, Tom. A Thomas pour tes petits repas du soir préparés avec amour. A mes amis de toujours, Corentin pour supporter mon caractère dans les mauvais moments, Sam co-externe du début avec qui on a usé les chaises de la BU.

A ma compagne Marjorie, qui ne cesse de m'impressionner par son courage devant les épreuves que l'on a pu rencontrer.

A mon fils Alexis, né durant la rédaction de cette thèse et qui j'espère sera fier de son père.

Enfin merci à Pierrick, ami fidèle et présent depuis notre rencontre au premier jour de l'internat sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. 3 ans d'amitié, qui je l'espère ne sont qu'un début dans notre vie future.

Pierrick LUNARDI

Merci à ma famille.

Mes parents pour m'avoir permis d'être médecin en m'accompagnant et en m'encourageant tout au long de mes études, pour votre éducation, vos attentions, et votre amour. Merci à ma grande sœur Charlène, à sa détermination et son engagement au travail que j'ai toujours pris en exemple. Merci à mon petit frère Gauthier dans lequel je me retrouve quelques années en arrière. Fais toi confiance, les valeurs que tu portes font déjà de toi un homme exceptionnel. Je vous aime.

Merci à Mamie, la meilleure des grands-mères, j'espère pouvoir être aussi présent et attentionné pour mes patients que tu l'es avec ta famille.

Merci à Marraine, Lucien, Martine, Gérard, Béatrice, Audrey, Manon, Émilie, Claire et Thibault pour tous ces moments de joie et de partage.

Je vous aime.

Merci aux copains de la Motte, en particulier Let et Alexis, pour leur amitié aussi durable qu'inconditionnelle. Merci pour ces campings, le hip-hop, les soirées d'anniversaire et Amsterdam. Merci à Toto et Amélie pour les weekends entre Grenoble, Lyon ou Toulouse qui m'ont permis de bien décompresser durant l'externat.

Merci aux Clermontois de la première heure. Célia, Mylène, Pierre, Josselin, Thomas M, JB, Loctin et toutes vos +1 que vous avez si bien choisi. De Fourchambault au dernier réveillon clermontois, vous m'avez accompagné dans les meilleurs (et les moins meilleurs) moments. Je n'oublierai jamais les soirées raclettes et BBox, les week-ends bien organisés ou encore les vacances en Espagn. Système solaire.

Merci à tous ceux connus par la suite, Julia et tout le groupe 7, Paul, Elo, Rémi, Morgan, ... A Laure, commencer une si belle amitié à ce moment de ma vie était quasi providentielle. Merci pour ton énergie inépuisable, ta bonne humeur communicative et ton twerk presque parfait.

Merci à toutes les belles rencontres toulousaines : Clémence la meilleure des colloqs, les gens de Saint-Go pour les week-ends merveilleux à leurs côtés, la Tribu, les colloqs des Chalets, La Darkcall, ...

Merci à Audrey, Marine, Juliette et aux autres colocataires du Gîte.

Merci à Thomas V pour ton soutien, ta sensibilité et ton humour (...). Merci pour tous les moments partagés ensemble, et encore tous ceux à venir.

Enfin, merci à Bastien sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Depuis 3 ans, tu m'accompagnes dans tous mes projets en étant toujours disponible et bienveillant. Je t'en remercie du fond du cœur et j'espère que cela aura été réciproque. Alexis est entre de bonnes mains.

ABREVIATIONS

IDE : Infirmier(e)s diplômé(e) d'Etat

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

VAG : Vaccin antigrippal

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I.	PHYSIOPATHOLOGIE DE LA GRIPPE	1
II.	LES COMPLICATIONS CHEZ LES PERSONNES FRAGILES	2
III.	VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION	3
IV.	LA VACCINATION	3
	1. Recommandation vaccinale	3
	2. Vaccins disponibles	4
	3. La vaccination chez les sujets âgés	6
	4. La vaccination chez les professionnels de santé	7
V.	MOTIVATIONS DE L'ETUDE	8

MATERIEL ET METHODE

I.	POPULATION	10
II.	ECHANTILLONNAGE	10
	1. Choix de la population	10
	2. Lieu de l'étude	11
	3. Recrutement	11
	4. Critères d'inclusion/d'exclusion	11
III.	ROLE DES CHERCHEURS	12
IV.	METHODE CHOISIE	12
V.	ETHIQUE	12
VI.	RECUEIL DES DONNEES	13
VII.	LE GUIDE D'ENTRETIEN	14
	1. Elaboration du guide	14
	2. Le guide d'entretien	14

VIII.	ANALYSE DES DONNEES	15
1.	Contexte d'énonciation	15
2.	Analyse thématique des données	16

RESULTATS

I.	POPULATION ETUDIEE	17
II.	LE MANQUE D'EFFICACITE DU VACCIN	18
III.	L'EXISTENCE D'ALTERNATIVES EFFICACES	18
1.	Les règles d'hygiène	19
2.	L'homéopathie	19
3.	Autres	19
IV.	LES CRAINTES LIEES AU VACCIN	20
1.	craintes vis-à-vis des constituants du vaccin	20
2.	craintes des effets secondaires	20
3.	craintes d'un dysfonctionnement immunitaire	21
4.	craintes liées aux thérapeutiques médicamenteuses	22
V.	LE SENTIMENT DE NE PAS SE SENTIR CONCERNE PAR LE VACCIN	22
1.	vaccin réservé aux sujets fragiles	22
2.	vaccin réservé aux personnels travaillant sur des lieux à risques	23
3.	l'invulnérabilité	23
VI.	MANQUE D'INFORMATION OU D'INCITATION	24
VII.	LE FORMAT DU VACCIN	25

DISCUSSION

I.	FORCES ET LIMITES	
1.	Forces de l'étude	26
2.	Limites de l'étude	26

II.	DISCUSSION DES RESULTATS	27
1.	Freins à la vaccination	27
	a) Connaissances	28
	b) Croyances	30
	c) Attitude	31
2.	Pistes pour améliorer la couverture vaccinale	32
	a. Promouvoir la vaccination par un programme d'éducation sanitaire.	32
	b. Faut-il rendre la vaccination contre la grippe saisonnière obligatoire pour le professionnel de santé ?	33
	i. <i>L'impact des mouvements anti-vaccination</i>	33
	ii. <i>L'actualité vaccinale</i>	34
	CONCLUSION	36
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	38
	ANNEXES	43

INTRODUCTION

I. PHYSIOPATHOLOGIE DE LA GRIPPE

La grippe saisonnière est une maladie virale évoluant sur un mode épidémique et pandémique, responsable d'une morbidité très importante dans nos régions. Le virus, *Myxovirus influenzae* appartient à la famille des *Orthomyxoviridae*. On en connaît 3 grands types : A (majoritaire), B et C, en fonction des glycoprotéines de l'enveloppe. Cette enveloppe est composée essentiellement d'hémagglutinine et de neuraminidase. Il n'y a pas de possibilité d'immunité croisée entre ces 3 types de virus.

La transmission de ce virus est interhumaine, surtout directe par voie aérienne (transmission gouttelettes) et accessoirement indirecte par manu portage. Le taux d'attaque est élevé en cas de contagion et augmente si le contact est proche et répété. Il s'agit le plus souvent de transmission intrafamiliale ou en collectivités. (1-2) La maladie se déploie ainsi selon 2 modes :

- endémo-épidémique saisonnière
- pandémique

Au cours d'une saison épidémique, environ 10 % de la population mondiale (5% des adultes et 20 % des enfants) est infectée par le virus de la grippe. Chaque année environ 3 à 5 millions de cas de maladies graves et 250 000 à 350 000 décès dans le monde sont imputables à la grippe. (3)

La physiopathologie du virus consiste en une contamination du sujet hôte par les voies ORL, suivie d'une fixation, grâce à l'hémagglutinine, au niveau des cellules épithéliales respiratoires. Il y pénètre et s'y réplique. La neuraminidase permet la libération, et donc la dissémination, des nouveaux virions. Les lésions sont dues en partie à la nécrose cellulaire (cellules ciliées et productrices de mucus surtout), mais également à une intense réaction inflammatoire sous-muqueuse avec exposition de la matrice extracellulaire. Ce qui rend alors possible, parfois, la fixation et la multiplication sur la matrice extracellulaire de bactéries commensales des voies aériennes supérieures ou d'entérobactéries (*Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*).

Après une phase d'incubation de 1 à 3 jours, des signes cliniques tels que fièvre, asthénie ou myalgies apparaissent. Si les signes généraux et fonctionnels peuvent être intenses, les signes physiques sont fréquemment discrets et une guérison complète s'observe le plus souvent à partir de 48-72 heures de phase symptomatique, et ce, sans traitement spécifique. Quant à la contagiosité elle couvre une période allant de 24 heures avant l'apparition des symptômes, et jusqu'à 6 jours après. (4)

II. LES COMPLICATIONS CHEZ LES PERSONNES FRAGILES

Chez certains sujets fragiles, notamment la personne âgée et/ou polypathologique, des complications peuvent s'observer et conduire à une prise en charge hospitalière, pouvant nécessiter une prise en charge en réanimation. Il peut alors s'agir de grippe maligne, grippe avec pneumonie secondaire post-influenza, ou de complications extra-respiratoires significatives telles que myocardite/péricardite, méningo-encéphalite ou encore, de complications liées à la décompensation d'une maladie sous-jacente (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale). Dans cette perspective et pour notre propos, il est important de rappeler que les infections respiratoires aiguës sont la première cause de mortalité infectieuse en EHPAD. (5)

L'épidémie de grippe saisonnière 2014-2015 a été marquée par de nombreux décès liés à la souche A(H3N2). La proportion d'hospitalisations parmi les passages aux urgences pour grippe pendant l'épidémie a été de 11%, alors qu'elle variait, selon les saisons, entre 6% et 9% depuis la pandémie 2009.

Cette proportion est montée à 47% pour les personnes de 65 ans et plus. Le fort impact de l'épidémie sur les personnes âgées s'est également retrouvé parmi les cas admis en réanimation ou dans les collectivités de sujets âgés. En effet, le nombre de cas graves de grippe admis en réanimation a été très élevé (n=1558) et 48% d'entre eux étaient âgés de 65 ans et plus. (6)

Depuis, ces complications chez les personnes âgées sont de plus en plus médiatisées, considérées comme des drames sanitaires annuels.

Notons que dans les pays industrialisés, jusqu'à 90% des décès associés à la grippe concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

III. VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

En 2050 en France, 22,3 millions de personnes seront âgées de 60 ans ou plus (soit 1 français sur 3) contre 12,6 millions en 2005, ce qui représentera une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement sera le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975.

Le vieillissement, dans la mesure où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, est inéluctable. Les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accroître son ampleur. En effet, le dernier bilan démographique de l'INSEE montre qu'en 2016, l'espérance de vie à la naissance progresse de nouveau, après avoir diminué en 2015. (7)

Avec ce vieillissement certain de la population, la protection de ces sujets fragiles représente donc un véritable enjeu de santé publique pour ces prochaines années.

IV. LA VACCINATION

1. Recommandation vaccinale

En France, le Vaccin Antigrippal (VAG) est recommandé de façon annuelle pour toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus. Elle s'adresse aussi de façon plus spécifique aux personnes fragiles souffrant d'une insuffisance d'organe, de troubles métaboliques ou encore une immunodéficience. Enfin, les personnels de santé sont, pour la plupart d'entre eux, visés dans la recommandation.

Le détail des recommandations vaccinales françaises et de l'OMS du VAG sont rappelés dans les annexes. (**Annexe I et II**)

2. Vaccins disponibles

- Vaccin grippal trivalent inactivé administré par voie intramusculaire

Les vaccins classiques sans adjuvant, ayant tous la même composition et disponibles en France, sont les suivants : Agrippal®, Fluarix®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Prévigrip® (non commercialisé en France en 2011), Vaxigrip®. Le vaccin se présente dans une seringue préremplie de 0,5 ml de vaccin et s'administre par voie intramusculaire aux doses suivantes :

- enfants de 6 à 35 mois : une dose de 0,25 ml;
- adultes et enfants âgés de 36 mois et plus : une dose de 0,5 ml. Pour les enfants de moins de 9 ans n'ayant pas été infectés ou vaccinés auparavant, une seconde dose devra être injectée au moins quatre semaines plus tard (8)

La composition du vaccin antigrippal est définie comme suit (pour la saison 2017-2018) (9) :

- 15 microgrammes de souches
 - o A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09 - souche analogue (A/Michigan/45/2015, NYMC X-275) ;
 - o A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2) - souche analogue (A/Hong Kong/4801/2014, NYMC X-263B) ;
 - o B/Brisbane/60/2008 - souche analogue (B/Brisbane/60/2008, type sauvage).
- Solution tampon (chlorure de sodium, phosphate disodique dihydraté, phosphate monopotassique, chlorure de potassium, eau ppi).
- Possibilité de traces d'œuf, comme l'ovalbumine, de traces de néomycine, de formaldéhyde et d'octoxinol-9, utilisés lors du procédé de fabrication (incubation dans des œufs de poule)
- Vaccin grippal trivalent inactivé administré par voie intradermique Intanza®

Le vaccin se présente en seringue préremplie avec un système de micro-injection et une microaiguille. Il existe deux présentations :

– Intanza® 9 µg d'hémagglutinine (HA) par souche par dose de 0,1 ml indiqué pour les adultes âgés de 18 à 59 ans ;

– Intanza® 15 µg d'HA par souche par dose de 0,1 ml indiqué pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

- Vaccin grippal trivalent atténué administré par voie intranasale

Le seul vaccin grippal vivant atténué disposant d'une AMM à ce jour est le vaccin Fluenz®. L'atténuation du virus est liée à l'utilisation de souches qui ne peuvent pas se répliquer au-delà de 39 °C pour les souches A, et 37 °C pour la souche B. Le virus atténué peut ainsi se multiplier au niveau du nasopharynx et initier une réponse immunitaire muqueuse et sérique. Par contre, le virus est incapable de se disséminer au niveau des voies respiratoires inférieures et des poumons, empêchant ainsi l'apparition des signes cliniques et de la maladie.

Ce vaccin est indiqué chez les enfants et adolescents de 24 mois à 17 ans. Le vaccin se présente dans une seringue pré remplie avec un embout dédié permettant de pulvériser le vaccin par voie intranasale. La dose à administrer est de 0,2 ml (0,1 ml par narine). Chaque dose contient 107 unités infectieuses de chacune des souches du vaccin.

L'efficacité sérologique du vaccin grippal trivalent inactivé administré par voie intramusculaire est difficile à établir avec précision; elle serait de l'ordre de 60 à 90 % selon les vaccins et les catégories de personnes (âge, pathologies chroniques). L'Intanza® est au moins aussi immunogène chez les sujets de plus de 60 ans.

Enfin l'efficacité du vaccin par voie intranasale est, d'après certaines études, comparable au vaccin injectable chez les enfants de 6 mois à 17 ans, mais pas encore démontrée chez l'adulte.

(10)

- Contre-indications et tolérance

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. Le vaccin Fluenz®, comme tout vaccin vivant, ne doit pas être utilisé chez les enfants immunodéprimés ni chez les personnes de leur entourage. Il peut cependant être

utilisé chez les enfants infectés par le VIH sans immunodépression sévère (c'est-à-dire lymphocytes CD4 > 15 % chez les enfants âgés de moins de 5 ans ou CD4 > 200/mm³ chez les enfants âgés de plus de 5 ans). (11)

Effets indésirables communs à tous les vaccins injectables :

- Réaction au site d'injection telle que douleur, rougeur, gonflement : très fréquent (>10 cas sur 100 vaccinés).
- Des effets généraux comme de la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires : fréquent (1 à 10 cas sur 100 vaccinés).
- Réaction allergique : très rare (1 cas sur 450 000 vaccinés), dont choc anaphylactique.

La suspicion d'un lien entre les vaccins contre la grippe et la survenue de syndrome de Guillain-Barré date de 1976, aux Etats-Unis, lors d'une campagne de vaccination de 45 millions de personnes contre la grippe porcine. Il est montré que ce risque rare est d'environ 1 cas supplémentaire par million de personnes vaccinées par rapport à la fréquence attendue du syndrome de Guillain-Barré dans la population adulte, qui est de l'ordre de 2,8 cas par an pour 100 000 habitants, en l'absence de toute vaccination antigrippale.

En revanche, la grippe elle-même est considérée comme un des facteurs de risque possible du syndrome de Guillain-Barré avec une incidence de l'ordre de 4 à 7 pour 100 000 sujets grippés. (12)

3. La vaccination chez les sujets âgés

Face au vieillissement de la population et une augmentation des sujets les plus à risque, la vaccination antigrippale représente un enjeu majeur. Elle permet de limiter leur hospitalisation, consécutive aux complications de cette maladie, auxquelles ils sont le plus assujettis. (13-14)

On estime en France, de 2000 à 2009, que la vaccination a permis d'éviter environ 2500 décès sur les 9025 attribués à la grippe pour les plus de 65 ans. (15)

Alors que le taux de vaccination chez les sujets à risque de moins de 65 ans reste stable depuis 10 ans, ce taux ne cesse de diminuer chez les plus de 65 ans depuis 2010. En 2017, ils étaient moins de 50% à se faire vacciner, d'après les chiffres de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés (CNAMTS). (16)

4. La vaccination chez les professionnels de santé

Promouvoir la vaccination des personnes en contact avec des sujets âgés, y compris les soignants, constituerait un moyen complémentaire de lutter contre leur contamination et les risques de complication qui en découle.

Les recommandations françaises incluent les professionnels de santé dans les personnes à vacciner de façon prioritaire. (17)

Alors que la couverture vaccinale semble satisfaisante chez les médecins (75 %), les autres professionnels de santé semblent plus difficiles à convaincre. Selon une enquête révélée par le cabinet de conseil FSNB Health & Care, les taux de VAG restent insuffisants chez les pharmaciens (59 %), les infirmiers (39 %) et les kinésithérapeutes (23 %). (18)

Il est démontré que la vaccination annuelle des professionnels de santé est associée à une diminution de la morbidité et de la mortalité chez les patients. (19) Vacciner les soignants, qui sont par définition exposés à la maladie, permet aussi de limiter leur contamination et l'impact économique qui en découle. (20)

La vaccination des soignants apparaît alors comme un véritable enjeu de santé publique.

V. MOTIVATIONS DE L'ETUDE

Représentant un lieu où les personnes les plus vulnérables et à risque de complication sont en lien très étroit avec les professionnels eux-mêmes à risque de transmettre la grippe, les EHPAD ont naturellement constitué le centre d'intérêt de notre problématique.

Dans ces établissements, le constat est alarmant. En France en 2006, moins d'un médecin sur deux travaillant dans un service de gériatrie (gériatrie aigüe, soins de suite et réadaptation et EHPAD) était vacciné. Pire, pour les infirmières, qui sont en première ligne des soins attribués à ces patients, le taux de vaccination descendait à 30%. (21)

La dernière étude de grande échelle, dans les EHPAD, mesurait un taux de vaccination de seulement 38% chez les infirmières. (22)

Pourtant, le virus de la grippe peut se propager très rapidement dans ces structures, avec un taux d'attaque de 20 à 40 %, pouvant toucher jusqu'à 60 % des résidents. (23)

Dans le but de comprendre les motivations et les freins conduisant à ce faible taux de vaccination chez les soignants, de nombreuses études ont déjà été conduites à travers le monde (24 – 28). Elles ont permis de déterminer plusieurs facteurs, agissant comme des freins à la vaccination parmi lesquels : des préoccupations concernant les éventuels effets indésirables, un désintérêt par rapport à leur condition physique et un manque d'efficacité du vaccin.

Pour aborder objectivement l'impact des facteurs socio-économiques et des vécus personnels qui semblent motiver un refus de vaccination, une enquête qualitative nous a semblé plus pertinente. Nous avons donc privilégié une telle approche dans le but d'enrichir les résultats déjà mis en évidence. (29)

La situation des IDE nous a semblé paradoxale : alors que leur formation est censée les sensibiliser à la vaccination, et que leur proximité avec les patients fragiles ou à risque devrait en faire des sujets réceptifs à la vaccination, les IDE sont les soignants les moins bien vaccinés. Ce paradoxe nous a encouragés à les désigner comme la population cible de notre étude.

Cette recherche a donc pour objectif d'explorer le vécu et les représentations que les IDE ont de la vaccination antigrippale, afin de mieux comprendre leur refus et les contradictions qu'il comporte au regard des recommandations scientifiquement établies.

Enfin, au vu des informations collectées, des lignes de conduites seront suggérées pour encourager la vaccination antigrippale auprès de cette catégorie de soignant.

MATERIEL ET METHODE

I. POPULATION

Nous avons choisi d'enquêter sur les IDE travaillant en EHPAD, car ce sont les professionnels de santé les plus susceptibles d'être vecteurs de la maladie, par leur proximité avec les patients et les soins qu'ils leur procurent et pourtant les moins vaccinés. En outre, le paradoxe apparent que ces professionnels ayant une formation médicale et scientifique spécifique soient si réfractaires à réaliser ce vaccin, alors que son importance en termes de santé publique et son innocuité ont été largement démontrés, a renforcé notre motivation.

Réaliser cette étude au sein des EHPAD nous a semblé pertinent car il s'agit de lieux où les soignants côtoient des personnes fragiles à grand risque de complication et où des désastres sanitaires liés à des épidémies nosocomiales ont été très médiatisés.

II. ECHANTILLONNAGE

1. Choix de la population

Les EHPAD regroupent des bassins de population fragile où le médecin généraliste est souvent amené à intervenir. De ce fait, le médecin côtoie facilement le personnel y travaillant ainsi que ses patients. Les infirmiers ont un lien plus naturel avec le médecin généraliste lors de ses visites périodiques et représentent un vecteur potentiel important de la contagion grippale auprès des patients.

2. Lieu de l'étude

Pour des contraintes géographiques au cours de notre formation, le département du Gers a été retenu.

Ainsi nous avons décidé de nous intéresser aux IDE non vaccinés contre la grippe et travaillant dans un EHPAD du Gers.

3. Recrutement

Le recrutement des participants a été construit sur la base du volontariat via le cadre de santé de l'établissement concerné. Nous avons d'abord établi la liste de l'ensemble des EHPAD du Gers, et les avons répartis par secteur. M. Lunardi a été affecté à la zone sud du Gers et M. Nance à la zone nord. Chaque EHPAD a été contacté par téléphone pour joindre la personne responsable (cadre ou directeur de l'établissement) afin d'expliquer notre démarche scientifique. Un courrier d'information (**Annexe III**) a été envoyé à la suite de l'appel téléphonique puis nous recontactons l'EHPAD pour programmer un passage auprès du personnel présent non vacciné volontaire.

4. Critères d'inclusion/d'exclusion

Etaient inclus dans l'étude les IDE travaillant en EHPAD dans le Gers et n'ayant pas réalisé la vaccination antigrippale saisonnière à la période 2015-2016 ou 2016-2017 selon leur propre déclaration.

Etaient exclus les infirmiers non disponibles pendant la période de recueil ou refusant la participation à l'entretien. De plus, le fait d'avoir déjà été interviewé pour une étude sur la vaccination anti grippale constituait un facteur d'exclusion de notre panel.

III. ROLE DES CHERCHEURS

Chacun des investigateurs s'est déplacé dans chaque EHPAD ayant répondu positivement à sa proposition d'enquête et où un ou des IDE s'étaient portés volontaires pour l'étude. Nous nous sommes présentés comme « étudiant chercheur », sans plus de précisions, auprès de tous nos interlocuteurs (cadre de santé, directeur, IDE) afin de ne pas laisser présager notre niveau d'étude médicale. Cela nous semblait de nature à limiter les éventuels sentiments de jugements de compétences lors des entretiens pour laisser libre cours aux discours des participants. Nous avons cependant pu constater que malgré cette présentation, des suspicions se manifestaient chez les participants, et des réponses limitées étaient parfois données, surtout chez les plus jeunes et lors des questions portant sur leurs connaissances de la grippe.

L'analyse des réponses enregistrées était réalisée séparément par les deux chercheurs puis mise en commun. Ainsi une double analyse était pratiquée pour chaque entretien.

IV. METHODE CHOISIE

Cette étude ayant pour but de comprendre l'essence des connaissances, de l'expérience et des phénomènes aboutissant au refus de la vaccination, la méthode théorique qui nous a paru la plus appropriée a été celle de la phénoménologie.

V. ETHIQUE

Avant de commencer chaque entretien, les participants étaient invités à signer deux formulaires de consentement avec remise d'une note d'information (**Annexe V**).

L'investigateur signait lui aussi le formulaire qui l'obligeait à anonymiser toutes les données recueillies et à répondre à toutes les demandes du participant concernant l'enquête, dans les

limites où ça ne soit pas délétère à la qualité de l'étude. Un formulaire était alors remis respectivement à l'investigateur et au participant.

Nous avons soumis notre projet à la Commission d'Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées qui a émis un avis favorable concernant notre travail de recherche. **(Annexe IV)**

VI. RECUEIL DES DONNEES

Chaque investigateur s'est déplacé dans l'EHPAD qu'il avait contacté et a rencontré les infirmiers non vaccinés, convoqués pour l'occasion. Chaque entretien se déroulait en face à face avec l'interviewé, dans une pièce dédiée aux entretiens ou dans une salle de soin calme. Après s'être présentés comme simple étudiant chercheur, nous leur avons soumis les formulaires de consentement à signer et l'entretien pouvait commencer.

Concernant le recueil des données, nous avons choisi des entretiens individuels semi-dirigés. Ce type d'entretien laisse plus de liberté aux personnes interrogées pour exprimer leur vécu. Ils étaient menés à l'aide d'un guide d'entretien basé sur des questions ouvertes.

Les entretiens ont été réalisés, par l'un ou l'autre des chercheurs, sur le lieu de travail du participant en fonction de ses disponibilités. Une brève présentation du travail de recherche était réalisée avant le début de celui-ci.

Les techniques classiques de la communication verbale ont été utilisées lors de tous les entretiens : la reformulation, la relance, le recentrage.

Les entretiens ont été enregistrés grâce aux téléphones portables des organisateurs. En complément de ce recueil, des notes d'observation ont été retranscrites à la fin de chaque entretien : déroulement de l'entretien, communication non verbale.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement par l'investigateur ayant réalisé l'entrevue sur un fichier Word, pour la plupart le lendemain même, afin d'être fidèle au contexte. Les éléments de communication non verbale ont été notés entre parenthèse en italique **(Annexe VIII)**.

L'arrêt du recueil des données était possible une fois la saturation théorique des données atteinte, quand les deux derniers entretiens n'apportaient pas d'élément nouveau en rapport avec notre question de recherche.

Dès la retranscription informatique, toutes les données recueillies ont été rendues anonymes.

VII. LE GUIDE D'ENTRETIEN

1. Elaboration du guide

Pour construire notre guide d'entretien, une recherche bibliographique a été menée avec les mots clés suivants : « refuse of vaccine, healthcare workers, influenza, flu, influenza vaccine, primary care, long term care, nurses ». Elle s'est portée sur la banque de données Pascal qui recense les travaux de thèse, sur Pubmed, EM Premium, Doc'Cismef, Google et Google Scholar.

Les catalogues SUDOC (Système Universitaire de Documentation) ont été interrogés.

Les algorithmes de recherche suivant, en français et en anglais ont été utilisés : « refus de vaccination AND grippe », « personnel soignant OR infirmier AND grippe », « refus de vaccination AND personnel soignant AND grippe »

Nous avons actualisé les recherches au fur et à mesure des analyses et de l'émergence de nouvelles données. Une dernière actualisation a été réalisée en août 2017 sur les mêmes sites.

2. Le guide d'entretien

Notre guide (**Annexe VI**) débutait par une information sur le caractère de la recherche et son intérêt, ainsi que les conditions encadrant l'entretien (retranscription, anonymat, etc...). Etaient ensuite posées des questions générales portant sur : l'âge, le nombre d'années de travail en EHPAD, l'entourage familial ou le lieu d'habitation. Ces réponses sont répertoriées dans un tableau (**Annexe VII**).

Une première question, dite « brise-glace », interrogeait le participant sur son ressenti vis-à-vis de la grippe. Cette première question était volontairement ouverte, pour assurer la spontanéité du discours.

Notre guide d'entretien contenait ensuite 3 parties :

- Les connaissances sur la grippe
- Le ressenti vis-à-vis de la vaccination
- L'importance du contexte professionnel

Un premier guide d'entretien a été testé auprès de 2 infirmières d'EHPAD. Ce premier retour nous a amené à concevoir de légères modifications, principalement sur la clarté des questions et sur leur caractère ouvert. D'autres questions ont été ajoutées à propos de problématiques que nous n'avions pas envisagées lors de la construction du premier guide. D'autres questions ont été reformulées pour éliminer tout sentiment de jugement sur les connaissances théoriques sur la grippe.

Le guide d'entretien ainsi validé permettait de structurer l'entretien sans diriger le discours tout en aidant le participant à orienter la discussion vers la question de recherche. Les deux entretiens tests n'ont pas été conservés par la suite dans l'analyse car ils ont été réalisés hors du département concerné par l'étude.

VIII. ANALYSE DES DONNEES

1. Contexte d'énonciation

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse du contexte appelée « contexte d'énonciation », réalisée par le chercheur ayant mené cet entretien (**Annexe X**).

Cette analyse consiste à rappeler les caractéristiques du participant, le cadre dans lequel s'est déroulé l'entretien, l'attitude globale du participant et les éléments nouveaux émergents de chaque entretien.

Ce travail de réflexivité permet de replacer les « verbatim » dans leur contexte pour une analyse plus juste.

2. Analyse thématique des données

Le texte de chaque entretien a été retranscrit intégralement, mot à mot, sur fichier Word. Nous avons appliqué une méthode d'analyse thématique dite *a posteriori*.

Le texte a alors été découpé en unités de sens. Les unités de sens correspondent à « un noyau de sens repérable en fonction de la problématique et des hypothèses de la recherche ».

Ces unités de sens ont été codées. Les codes ont été regroupés en catégories, devenant au fur et à mesure des sous-catégories, etc.

Au fil de l'analyse, les catégories de codes ont été regroupées de proche en proche jusqu'à obtenir des thèmes.

Ces différents éléments d'analyse ont été regroupés en tableau Excel. Cette grille a évolué, a été remaniée et enrichie tout au long de l'analyse des entretiens. **(Annexe IX)**

Chaque analyse a été faite par les deux chercheurs, d'abord séparément puis ensuite mise en commun pour une triangulation des données. Ainsi nous avons tenté de limiter le biais d'interprétations ou « subjectivité du chercheur ». En cas de désaccord sur l'analyse du discours entre les deux chercheurs, l'entretien était réécouté et si, à l'issue de cette étape, un consensus n'était pas trouvé, l'arbitrage du directeur de thèse était demandé.

RESULTATS

I. POPULATION ETUDIEE

Au total, entre octobre 2016 et décembre 2016, nous avons interrogé 16 IDE travaillant en EHPAD : 15 femmes et 1 homme (cadre de santé). Les deux entretiens tests ont été réalisés auprès de deux IDE travaillant en EHPAD hors du département concerné et n'ont donc pas été conservés.

L'ensemble des entretiens analysés ont été réalisés dans le Gers, sur les lieux de travail des professionnels interrogés.

A l'issue de l'étude, une comparaison de l'âge et du sexe de la population étudiée a été réalisée et a retrouvé des caractéristiques proches de la population infirmière générale recensée en 2006 (30) :

93% de femmes avec une moyenne d'âge totale de 42 ans versus 88% de femmes avec une moyenne d'âge totale de 40.3 ans pour notre étude.

L'ensemble des caractéristiques de chaque participant est visualisable sous la forme d'un tableau anonyme constituant le talon sociologique.

La durée d'enregistrement des entretiens variait de 7 minutes pour le plus court à 23 minutes pour le plus long soit une durée moyenne de 12 minutes.

La saturation théorique des données a été atteinte au bout du 15^e entretien. Le dernier entretien nous a permis de confirmer l'absence d'émergence de nouvelles données concernant notre question de recherche.

Nous avons décidé d'organiser nos résultats selon six thèmes. Ces thèmes sont souvent associés entre eux, imbriqués, et permettent ainsi de mieux appréhender la perception qu'ont les IDE de la vaccination anti grippale.

Les six thèmes que nous avons identifiés sont :

- Un manque d'efficacité du vaccin
- L'existence d'alternatives efficaces
- La crainte liée à la vaccination
- Le sentiment de ne pas se sentir concerné par le vaccin
- Le manque d'information et de motivation pendant les campagnes de vaccination
- Le format du vaccin

II. LE MANQUE D'EFFICACITE DU VACCIN

Il existe dans la population infirmière une méfiance vis-à-vis de l'efficacité du VAG. Il y a en effet un manque de confiance quant au pouvoir protecteur de l'injection. L'existence de plusieurs souches de grippe et la sélection de ces souches chaque année semblait entraîner un climat de suspicion vis à vis de l'efficacité du vaccin.

« Je ne sais pas si les vaccins sont chaque année bien adaptés au virus (...) je pense qu'elle (la vaccination) ne couvre pas tout » INF 10

« L'année dernière c'était pas le bon vaccin parce que la souche n'était pas la bonne » INF 2

Certains considèrent que le vaccin n'a pas fait preuve d'efficacité, et qu'ils peuvent contracter le virus malgré l'injection.

« On sait très bien qu'on peut l'attraper malgré ce vaccin » INF 5

III. L'EXISTENCE D'ALTERNATIVES EFFICACES

Cette tendance est assez récurrente chez les IDE interrogés. En effet, ceux-ci justifiaient leur refus de vaccination en mettant en avant la possibilité d'avoir recours à des moyens alternatifs au moins aussi efficaces que le vaccin. Etaient ainsi cités les règles d'hygiène, l'homéopathie, ou d'autres moyens alternatifs tels que l'absentéisme.

1. Les règles d'hygiène

Ainsi selon l'une d'entre elle : *« je ne vois pas pourquoi je transmettrais plus ou moins, le lavage des mains et les règles d'hygiènes suffisent je pense »* INF 9

On retrouve un discours similaire chez INF 7 : *« Je ne serre plus les mains (...) j'utilise la solution hydro alcoolique »*.

2. L'homéopathie

Ce moyen alternatif revenait souvent dans les discours, et de nombreux infirmiers employaient le terme de « vaccin homéopathique ».

Ainsi selon INF 10: *« je fais une vaccination homéopathique (...) ça marche très bien »*

La supériorité de l'homéopathie est aussi mise en avant par certaine(e)s :

« Je serais plus encline à prendre l'homéopathie, plus efficace, que de me faire vacciner » INF 5

« Moi je me traite par forme homéopathie, par probiotique exactement sur conseil du pharmacien. Ça booste mon système immunitaire que je prends 1 fois par jour pendant tout l'hiver. Comme je suis assez fragile et que je choppe tout ce qui y a en institution j'ai voulu me booster cette année pour éviter de passer tout l'hiver malade » INF 12

3. autres

Divers autres moyens de prévention ont été évoqués dans les entretiens. Parmi eux, on retrouve :

- L'absentéisme : *« je suis capable de ne pas venir travailler (...) pour protéger les personnes »* INF 11
- Le recours aux huiles essentielles : *« les huiles essentielles fonctionnent pas trop mal »* INF 7
- L'hygiène de vie : *« manger un peu plus de vitamine C ou plus sainement »* INF 7

IV. LES CRAINTES LIEES AU VACCIN

Une des motivations à la non vaccination est le souci de maintenir un corps sain. Le vaccin est alors perçu comme un pourvoyeur de maladie ou de nature à troubler le système immunitaire.

Il nuirait à leur santé en raison des effets secondaires du vaccin ou affaiblirait leur système immunitaire.

On retrouvait également un climat de méfiance vis-à-vis des thérapeutiques médicamenteuses en général, dans lesquels le VAG se voit inclus.

1. craintes vis-à-vis des constituants du vaccin

Vis-à-vis des constituants du vaccin, les craintes énoncées sont multiples et reposent sur des arguments :

- Liés aux adjuvants : « *c'est tous les adjuvants qui sont souvent mis en cause* » INF 1
- Liés à l'inoculation d'un organisme vivant : « *On vous inocule quelque chose de vivant, on ne sait pas les réactions* » INF 10
- Sans réelle précision : « *on ne sait pas ce qu'il y a vraiment dedans (...), toutes les molécules* » INF 3
- Lié à une balance bénéfice/risque négative : « *on sait que c'est important un vaccin ! Mais après si on met un tas de cochonneries dedans, je ne vois pas trop l'intérêt* » INF 7

2. craintes des effets secondaires

La peur des effets secondaires spécifiques au vaccin était un thème commun à de nombreuses entrevues.

Ainsi, certains IDE affirmaient avoir ressenti des effets secondaires handicapants à la suite de l'injection.

« *A chaque fois que je me fais vacciner je ne suis pas bien* » INF 6

Ils pouvaient aussi l'avoir constaté auprès de proche ou des patients dont les IDE s'occupaient.

« J'ai aussi des exemples de gens très proches qui sont restés après le vaccin de la grippe pendant sept ou huit mois avec des douleurs musculaires » INF 10

« Bon ici, voilà je vous le dis on les a tous vaccinés. Quelques temps après ils n'ont pas été forcément bien. Ils ont surtout déclenché des types (...) bronchites, je sais pas si c'est lié à ça, mais plusieurs résidents. Voilà, donc moi je m'interroge » INF 15

Certains enfin craignent des effets secondaires potentiels mais mal définis :

« Le vaccin avait entraîné plus de dommage que la grippe en elle-même » INF 1

3. craintes d'un dysfonctionnement immunitaire

Il existait une réelle crainte que le vaccin affecte, de façon négative, le système immunitaire.

Ainsi, le VAG affaiblirait la personne qui le reçoit.

« S'il est fort (le corps) avant, peut-être qu'il sera moins après (la vaccination) » INF 2

On retrouvait l'idée qu'une fois vaccinés, les infirmiers se retrouvaient alors dans l'obligation de se revacciner sans quoi ils en deviendraient plus fragiles.

« Si on commence à se faire vacciner en étant adulte jeune à 35/40 ans (...), le jour où on arrête on est plus fragile, plus exposé à la contamination. (...) On va être condamné tout le temps à devoir se vacciner tous les ans, c'est ça qui me dérange, me vacciner jusqu'à la fin de mes jours » INF 11

4. craintes liées aux thérapeutiques médicamenteuses

Certains infirmiers entretiennent un climat de défiance vis-à-vis des thérapeutiques médicamenteuses et certains l'étendent à toute l'industrie pharmaceutique.

« Je ne suis pas pro médicament, c'est moins j'en prends mieux je me porte » INF 2

« Les industries pharmaceutiques c'est des requins (...) ils racontent beaucoup de choses pour faire vendre » INF 2

V. LE SENTIMENT DE NE PAS SE SENTIR CONCERNE PAR LE VACCIN

On remarque que les infirmiers ne perçoivent pas la grippe comme une menace pour leur santé et leur bien-être. La vaccination est alors perçue soit comme superflue, soit comme un risque supérieur à celui de contracter la grippe.

On retrouve un sentiment d'invulnérabilité vis-à-vis de la grippe, sa gravité étant alors perçue comme bien inférieur à d'autres maladies bénéficiant d'une vaccination.

Le vaccin se doit alors d'être réservé aux sujets fragiles, à risques ou aux personnes travaillant dans certains lieux spécifiques.

1. vaccin réservé aux sujets fragiles

Sont regroupés dans cette population, les sujets âgés, les patients résidant en EHPAD, et les patients présentant des comorbidités diverses.

« s'il y a une pathologie à coté qui fait qu'il est plus fragilisé comme les diabétiques et tout ça (...) ils peuvent se faire vacciner parce que ça peut avoir de plus graves effets sur eux que sur nous » INF 5

2. vaccin réservé aux personnels travaillant sur des lieux à risques

Une distinction était établie par certains entre le travail en EHPAD et le travail à l'hôpital. Le personnel travaillant à l'hôpital était alors considéré comme plus à risque, car au contact de personnes plus fragiles et avec un turnover de patients et d'employés plus important.

« Là on est sur un lieu de vie, c'est comme des personnes qu'on côtoie tous les jours » INF 9

« Je me sens moins concerné en étant en Ehpad parce qu'il n'y a pas beaucoup de mouvement, de passage, comme dans un établissement de santé type clinique ou hôpital » INF 11

3. l'invulnérabilité

Ce sentiment se traduisait de façons diverses auprès des soignants. On le retrouvait chez ceux témoignant d'une innocuité des symptômes de la grippe :

« Si je l'attrape je sais que je vais être malade (...) un jour ou deux, mais je ne trouve pas en ça un motif pour me faire vacciner » INF 4

D'autres le traduisaient par l'établissement d'une hiérarchie de pathologies en fonction de leur gravité potentielle. Certains vaccins étant alors plus justifiés que celui de la grippe en raison des conséquences plus graves que ces pathologies pouvaient provoquer.

« Le vaccin contre la tuberculose (...) j'ai préféré le refaire pour protéger mon neveu. Voilà c'est une maladie grave » INF 5

Enfin certains estimaient que l'incidence de la grippe était faible et donc qu'ils avaient peu de risque de la contracter.

« Ça fait un moment que je n'ai pas vu de grosse grippe chez les résidents âgés » INF 1

VI. MANQUE D'INFORMATION OU D'INCITATION

Banaliser la vaccination antigrippale en ne délivrant que peu d'information ou en n'incitant pas les équipes soignantes à se vacciner est apparu comme un argument en défaveur de la vaccination.

Ainsi, les infirmiers rapportaient avoir peu d'informations lors des campagnes concernant le vaccin, son contenu ou son mode de fonctionnement.

« Je trouve qu'on manque d'information par rapport au vaccin » INF 3

« Personne n'est venu nous expliquer quoi que ce soit » INF 4

Le manque d'incitation et de mesures mises en place était également perçu par les infirmiers comme un frein :

« On a une feuille qui est passée très tardivement, comme quoi fallait mettre notre nom si on voulait se faire vacciner quoi, c'est tout » INF 2

Enfin, le caractère non obligatoire apparaissait comme un frein à la vaccination car il semblait minimiser l'importance du vaccin ou de la gravité de la maladie par rapport à ceux imposé aux soignants (hépatite B, DTP, tuberculose).

« Par contre je suis vaccinée contre tous les... tous les vaccins obligatoires, ça c'est oui. Je suis aussi vaccinée contre l'hépatite B elle était pas obligatoire avant quand j'ai commencé mais je l'ai fait, parce que tout ça c'est des maladies quand même pour moi relativement graves. » INF 2

« Celui-là je me dis que tant qu'il est pas obligatoire (signe de la main pouvant être interprété par : je laisse couler) » INF 11

VII. LE FORMAT DU VACCIN

La vaccination annuelle était perçue par les infirmiers comme une contrainte.

« Ils trouveraient LE vaccin contre la grippe pour dix ans, peut-être (je le ferais) » INF 5

La forme injectable unique distribuée en France était également perçue comme un frein

« J'ai peur des aiguilles quand elle me concerne. (...) s'il existait sous une autre forme je le ferais probablement » INF 13

DISCUSSION

I. FORCES ET LIMITES

1. Forces de l'étude :

Nous nous sommes intéressés à la pratique des infirmier(e)s travaillant en EHPAD par rapport aux recommandations et à leur motivation, peu étudiée sur le versant qualitatif. Cela nous a permis de clarifier leur ressenti ainsi que leur point de vue.

Les références bibliographiques ont été continuellement mises à jour grâce à la veille documentaire.

La validité de l'étude a été optimisée par le travail en commun des deux chercheurs, et la double analyse.

La saturation des données a pu être obtenue, ce qui garantit une taille suffisante de l'échantillon et une couverture exhaustive de la problématique.

L'approbation de l'étude par le comité d'éthique, enfin, nous a permis de valider notre protocole de recherche sur ce plan.

2. Limites de l'étude :

- Biais internes :

L'échantillon, bien que diversifié, ne concerne que des IDE exerçant dans les villes sélectionnées. De plus, devant la complexité d'organisation des entrevues nous avons été amenés à ne pas réaliser d'échantillonnage de la population étudiée au préalable pour faciliter les inclusions. A posteriori, nous avons constaté que les critères d'âge et de sexe des participants

de l'étude étaient raisonnablement proches de la moyenne des infirmiers travaillant en EHPAD en France. Ce qui augmente la reproductibilité de nos résultats dans cette population.

Il s'agit de notre premier travail de recherche qualitative. Nous avons pu néanmoins participer à différents ateliers méthodologiques à la faculté de médecine de Rangeuil animés par des membres du DUMG, nous permettant de mieux appréhender ce travail de thèse qualitative.

Bien que nous nous présentions en tant qu'étudiant chercheur, nous étions parfois contraints de définir précisément notre statut d'interne en médecine au cadre de santé, au directeur de l'EHPAD ou à l'infirmier(e) interrogée devant l'insistance de ceux-ci ou lorsque cette absence d'information nous semblait limiter leur réponse. Ceci a probablement entraîné une modification des réponses.

- Biais externes

Dans un souci de commodité pour les participants, et afin de faciliter l'inclusion, le lieu de travail était le lieu de l'entretien. Ce choix a eu pour conséquence prévisible des interruptions intempestives (téléphone, entrée d'une collègue dans la salle). Parfois le manque de temps disponible a eu pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens.

II. DISCUSSION DES RESULTATS

1. Freins à la vaccination

Cette étude permet d'identifier de nombreux freins concernant la vaccination anti grippale des infirmiers travaillant en EHPAD. Ces freins sont également retrouvés dans plusieurs études sur le sujet qu'elles soient quantitatives, qualitatives ou dans le cadre de revues bibliographiques. On remarque ici, que l'ensemble de ces freins sont liés à des connaissances erronées sur le sujet, des croyances liées aux représentations que les infirmiers ont de la grippe et son vaccin et enfin, sur l'attitude qu'ils ont vis-à-vis du vaccin et son format.

a) Connaissances

Un argument souvent avancé par les infirmiers concernant la vaccination est son manque d'efficacité. Le vaccin n'empêcherait pas de contracter la grippe et ne serait, ainsi, pas nécessaire. Il se crée un amalgame entre l'efficacité du vaccin chez les sujets âgés et leur propre situation. Une revue de la littérature publiée en 2006 concluait que l'immunogénicité du VAG saisonnier était de 17 à 53% chez les sujets âgés, bien inférieure à l'immunogénicité chez les adultes en bonne santé, évaluée de 70 à 90%. (31)

Ainsi la vaccination du soignant, patient considéré dans la majorité des cas comme jeune et en bonne santé, reste nettement efficace.

L'autre argument évoqué est l'existence d'alternatives efficaces à la vaccination, notamment la « vaccination homéopathique », ou la mise en place de règles d'hygiènes lors de l'apparition de symptômes chez le soignant. Ceci dénote une méconnaissance physiopathologique de la grippe et de sa période d'incubation asymptomatique, entraînant le soignant à être vecteur sans signe clinique. Le procédé vaccinal est également mal connu, l'homéopathie ne pouvant être considérée comme une vaccination. (32)

Il est également intéressant de noter que le vaccin n'est pas perçu comme un atout mais, en revanche, considéré comme un danger potentiel pour la santé. Beaucoup d'infirmiers interrogés, par exemple, avançaient que les patients sont régulièrement malades en raison de la vaccination, contrairement aux éléments de preuve sur cette question (33).

Les craintes concernant les effets secondaires et la composition du vaccin sont aussi des freins importants à la vaccination. Il existe une peur sélective de chaque composant du vaccin réellement présent ou supposé présent (adjuvant, aluminium, mercure, excipient). (34)

Cette crainte est également renforcée par l'impression que le vaccin est « trop récent » et qu'il n'existe pas de recul suffisant sur ses potentiels effets secondaires. Pourtant il existe un recul de plus de 40 ans sur ce vaccin (autorisation de mise sur le marché en 1976 pour le Fluarix et 1977 pour le Vaxigrip) permettant d'établir avec certitude sa bonne tolérance et son efficacité. (35)

Certains participants déclarent même ne pas avoir eu d'informations concernant le VAG, sur leur lieu de travail ou pendant leurs études. Ce manque d'information dont ils se

déclarent victime peut alors expliquer certains de leurs arguments et comportements, retrouvés dans des documents erronés ou exagérés diffusés par des associations anti-vaccins et consultables facilement sur internet par exemple (comme le déclare la cadre de santé qui nous a cité une information retrouvée sur Facebook).

Ce constat est récurrent dans les diverses études où il est révélé le même scepticisme vis-à-vis du vaccin et de son innocuité chez les IDE. (36)

Des études ont mis en évidence un lien direct entre les connaissances sur le vaccin et l'attitude vis-à-vis de la vaccination pour l'ensemble des personnels de santé. Il y a été montré que les IDE ayant les connaissances les plus solides sur le vaccin et le virus, étaient aussi les plus vaccinés. (37)

Ce lien entre les connaissances acquises et la propension à se faire vacciner est aussi noté dans les études comparatives entre les personnels de santé. Elles démontrent en effet que les médecins et les internes en médecine, qui ont disposé d'une formation très exhaustive sur la grippe et sa prévention, ont un taux de vaccination parfois double par rapport aux infirmiers et aux autres professionnels paramédicaux. (38)

Une éducation plus renforcée concernant le vaccin antigrippal est donc une piste privilégiée à envisager afin d'accroître la vaccination chez les infirmiers et est conseillée par plusieurs de ces études.

b) Croyances

Les arguments avancés par les IDE étaient aussi largement représentés par le sentiment de n'être pas concernés par ce vaccin puisqu'il apparaîtrait comme une thérapeutique destinée uniquement aux personnes les plus fragiles. Les participants rejetaient donc le vaccin en exprimant un sentiment d'invulnérabilité lié à leur bonne condition physique, tout en reconnaissant la pénibilité des symptômes associés lorsqu'ils ont pu la contracter. Pourtant en 2009, 20% des cas graves liés à la grippe, hospitalisés en réanimation en France étaient ceux de patients ne présentant aucun facteur de risque. (39-40)

Au total, 49 décès liés à la grippe sont survenus chez des patients sans aucun facteur de risque. (41)

Alors que les IDE recommandaient le vaccin pour les sujets plus fragiles (maladies respiratoires, personnes âgées) dont ils reconnaissaient leur proximité dans l'établissement où ils travaillent, ces IDE ne se percevaient pas comme des contaminants potentiels.

Cela nous amène à penser que chez ces participants, la vaccination n'est pas perçue comme un moyen d'éviter la propagation du virus, mais seulement comme un moyen de s'en protéger. L'intérêt de santé publique disparaît au profit de la seule vision individuelle de cette prévention. Pourtant, le principe de la vaccination est certes de protéger l'individu vacciné, mais également de protéger les autres, fondant le principe de protection de groupe.

Plusieurs études démontrent le bénéfice pour les résidents en EHPAD de la vaccination des professionnels de santé leur prodiguant des soins. (42)

D'autres publications ont mis en évidence que la perception de la vulnérabilité individuelle à la maladie était importante dans la prise de décision de la vaccination.

Néanmoins, une vision négative des conséquences lorsqu'ils déclarent la maladie, y compris des symptômes sévères, ne représentaient pas des facteurs majeurs. (43)

Tous ces travaux suggèrent donc que les futures campagnes d'éducation pourraient être plus efficaces si elles étaient axées sur les conséquences personnelles négatives potentielles et leurs séquelles pour les infirmiers, plus que pour la protection des patients.

c) Attitude

Lors de nos entretiens, nous avons pu noter une attitude de suspicion vis-à-vis du vaccin et des médicaments en général. En effet, les infirmier(e)s interrogé(e)s nous ont fait part de leurs doutes quant à la transparence des industries pharmaceutiques et l'intégrité morale de ces dernières, jusqu'à les qualifier de « requins ».

Cet élément n'étant pas retrouvé dans les études antérieures, nous avons voulu comprendre quels pouvaient en être les raisons.

Il nous est alors paru raisonnable d'établir un lien avec des controverses développées autour des vaccinations qui provoqueraient des pathologies au moins aussi graves que la maladie dont elle protège (vaccin anti hépatite B et sclérose en plaque ou encore le vaccin anti Rougeole-Oreillons-Rubéole et autisme). Ces controverses, bien que rapidement discréditées, restent dans les mémoires et sont largement relayées dans les médias et lobbys anti vaccins.

Un autre élément conduisant à cette attitude de réserve sur le vaccin anti grippal peut aussi être l'échec de la campagne de vaccination contre le virus H1N1 en 2009. Celle-ci a été vécue pour certains participants comme un véritable emballement politique disproportionné et comme une faveur du gouvernement faite aux industries pharmaceutiques. Les chiffres confirment cet échec puisque le taux de vaccination chez les plus de 65 ans baisse de façon continue depuis 2009, passant de 64,8% en 2008 à 56,2% en 2010 et 49,8% en 2016. (44) Ce qui renforce également ce sentiment de vaccin « pro pharmaceutique » est son caractère annuel. Les campagnes de vaccination antigrippale étaient alors perçues comme une volonté politique mise au service de l'industrie pharmaceutique.

Ces éléments alimentent alors un climat de suspicion vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et donc du vaccin qu'elle commercialise. Cet avatar de théorie du complot trouve ainsi écho chez des personnes peu motivées à se faire vacciner et qui trouveraient dans la non vaccination une manière de s'affirmer en tant qu'individu conservant son autonomie décisionnelle face au dictat supposé d'élites mal intentionnées.

2. Pistes pour améliorer la couverture vaccinale

a) Promouvoir la vaccination par un programme d'éducation sanitaire.

A l'issue de notre étude nous pourrions proposer d'envisager la vaccination des soignants comme un projet d'éducation sanitaire, où l'on incite les patients atteints de maladie chronique à participer à des projets d'éducation thérapeutique dont le but est de leur permettre d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit d'un processus continu, centré sur le patient et qui comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information et d'apprentissage concernant leur maladie. Dans le cas de la vaccination anti grippale, on pourrait alors envisager auprès des soignants un projet d'éducation sanitaire en utilisant des outils similaires à ceux utilisés dans l'éducation thérapeutique. L'objectif visé serait l'amélioration des connaissances des soignants vis-à-vis de la grippe et de sa vaccination afin de tendre vers un niveau de couverture vaccinale optimale.

L'utilisation des données obtenues dans ce travail pourrait même permettre de créer un guide permettant au médecin généraliste d'interroger le soignant et de réaliser ce qui s'apparente à un diagnostic éducatif (45). Le rôle du médecin généraliste serait alors, comme dans l'éducation thérapeutique, d'informer le soignant, en utilisant des documents et des outils valides, afin de convaincre du bien-fondé de la vaccination.

Plus généralement, aborder la vaccination comme projet d'éducation sanitaire, permettrait au médecin généraliste de participer activement à la promotion de la vaccination. Au contact quotidien du personnel travaillant en EHPAD, il serait à même d'identifier les attentes et les interrogations du personnel et ainsi jouer un rôle majeur dans l'amélioration de la couverture vaccinale. L'élaboration de documents qui se veulent pédagogiques et adaptés aux soignants et de guides d'évaluations pour appréhender les connaissances et les freins des soignants peuvent ainsi s'intégrer dans ce plan de promotion de la couverture vaccinale.

Par exemple en Allemagne (46), une campagne de vaccination antigrippale a été menée avec le soutien des associations de praticiens, d'infirmiers, d'administrateurs et de directeurs d'hôpitaux. Pour mener à bien cette campagne, des supports d'informations ont été publiés et

distribués via l'utilisation de sites Internet professionnels ou encore l'envoi de lettres mensuelles. Ils en concluaient que pour comprendre les inhibitions des infirmières à la vaccination antigrippale et améliorer leur adhésion, il faudrait favoriser l'utilisation de méthodes innovantes comme le recours à des méthodes qualitatives (focus group) ou encore l'usage de méthodes quantitatives via un questionnaire.

Dans le cadre d'une étude menée à Liverpool, l'utilisation d'un questionnaire semble avoir permis de sensibiliser les personnes non vaccinées. En effet, la moitié des répondants déclaraient que suite aux réponses à ce questionnaire, elles envisageraient de se faire vacciner l'année suivante. (47)

b) Faut-il rendre la vaccination contre la grippe saisonnière obligatoire pour le professionnel de santé ?

i. L'impact des mouvements anti-vaccination

Dès l'introduction de la vaccination il y a eu des opposants à la vaccination. Depuis le XVIIIème siècle, la peur et la méfiance sont présentes à chaque nouvelle introduction d'un vaccin.

Entre 1940 et 1980, la pression des mouvements anti-vaccin était moins forte qu'elle ne l'est aujourd'hui, la population était alors mieux sensibilisée aux méfaits des grandes épidémies (rougeole, rubéole, coqueluche, poliomyélite...) et voulait protéger ses enfants de ces maladies graves et contagieuses. L'acceptation de la vaccination par le grand public a permis une diminution significative des épidémies.

Dès les années 1970, la diffusion par les médias des éventuels dommages causés par les vaccins a entraîné une résurgence des anti-vaccins. Malheureusement, les informations véhiculées par les médias occultent le plus souvent toute forme de preuve scientifique, et se focalisent sur les effets secondaires attribués à tort ou à raison aux vaccins.

De nos jours, les mouvements anti-vaccination utilisent de plus en plus internet pour diffuser leurs idées (48-50). Les lobbys anti-vaccination utilisent divers arguments pour persuader les populations de ne plus se vacciner : méfiance envers le gouvernement et les industries pharmaceutiques, décrédibilisation des données scientifiques, dévalorisation des arguments employés, usage d'exemples d'effets secondaires des vaccins basés sur des cas en appelant à l'émotion du lecteur, voire invocation de théories de conspiration diverses.

ii. L'actualité vaccinale

A l'heure actuelle, la France mène un grand débat politique et médical sur l'obligation vaccinale. Ainsi, l'obligation de la vaccination anti grippale pour les professionnels de santé pourrait se poser.

Fin juin 2017, le conseil scientifique du collège national des généralistes enseignants a produit un communiqué en réponse à l'obligation vaccinale générale, défendant l'idée que l'obligation vaccinale est une réponse simpliste et inadaptée. Les membres du conseil pensent qu'il est à craindre que son caractère autoritaire renforce la défiance et la suspicion d'une partie croissante de la population, et qu'elle risque d'exposer les médecins généralistes et d'autres professionnels à des demandes nombreuses et non fondées d'exemption, voire de soi-disant contre-indications. (51)

En revanche, le conseil scientifique du CNGE pense qu'une large campagne d'incitation portée conjointement par les professionnels de santé et les pouvoirs publics, en impliquant les usagers, aurait un impact plus important et plus durable.

Une étude publiée dans le British Medical Journal en 2013 s'intéressait aux arguments pour et contre la vaccination antigrippale obligatoire pour les professionnels de santé (52) :

- Amy Behrman était chargé d'apporter des arguments en faveur de l'obligation vaccinale : les recommandations des autorités de santé sont en faveur de la vaccination des soignants, les campagnes de vaccination et le volontariat sont insuffisants. Les auteurs pensent qu'en dépit des arguments contre l'obligation vaccinale, l'argument primordial reste la sûreté des patients

et que le meilleur service rendu à la société reste l'obligation vaccinale des soignants. Ils s'appuient également sur l'obligation éthique des institutions de soins, en demandant l'obligation vaccinale au même titre que le respect des règles d'hygiène au travail.

- Will Offley était chargé d'apporter des arguments contre l'obligation vaccinale : la vaccination obligatoire ne pourrait être justifiée au vu de l'absence de preuve concernant l'incrimination des professionnels de santé dans l'augmentation de la propagation de la grippe et du fait d'une balance bénéfice-risque peu évidente. La vaccination obligatoire reste pour l'auteur une atteinte aux principes éthiques de la liberté, de l'autonomie et du choix des soignants.

La vaccination obligatoire contre la grippe saisonnière chez le soignant semble à ce jour difficile à mettre en pratique au vu des aspects éthiques et législatifs. Les programmes d'incitation à la vaccination des soignants doivent être développés pour améliorer la couverture vaccinale, à ce jour, très faible.

CONCLUSION

Constatant le vieillissement croissant de la population en France et dans le monde, on attend une augmentation du nombre de sujets âgés dépendants et donc du nombre de personnes institutionnalisées dans des structures telles que les EHPAD.

L'augmentation de la couverture vaccinale anti grippale des infirmiers et autres personnels travaillant en EHPAD devient un enjeu important de santé publique, dans l'objectif de diminuer la morbi-mortalité liée à la grippe saisonnière.

L'efficacité et la tolérance des vaccins contre la grippe, infections potentiellement mortelles chez les seniors, sont largement prouvées par de nombreuses études. Ces vaccins sont recommandés spécifiquement pour les personnels de santé selon les recommandations vaccinales émises par les autorités de la santé en France.

Les principaux freins identifiés à la vaccination sont souvent poly factoriels, intrinsèquement liés aux connaissances et croyances des infirmiers. Ceci construit une perception souvent négative de la balance bénéfice-risque des soignants vis-à-vis de la vaccination anti grippale les confortant dans leur attitude de refus.

Il s'agit pour l'ensemble des professionnels de santé d'améliorer d'une part, la communication par l'accès à des informations simples et claires sur la grippe, sur le vaccin, et d'autre part de lever le doute voire la conviction, scientifiquement infondée du manque d'efficacité, de tolérance, et d'effets indésirables relatif au vaccin. Il s'agit également de cultiver l'empathie naturelle des infirmiers afin qu'ils puissent prendre pleinement conscience du caractère altruiste de la vaccination.

Cette demande d'information et ce manque de connaissance des personnels de santé à l'égard de la vaccination anti grippale amène le médecin généraliste à assumer un rôle central dans la promotion de la vaccination.

Dans cette optique, la rédaction d'un document d'information pédagogique reprenant les idées verbalisées par les IDE en entretien a été réalisée. Ceci dans le but de servir de support à un programme d'éducation sanitaire. **(Annexe XI)**

Nous gagnerions, très certainement, à envisager la vaccination comme un projet d'éducation sanitaire dans lequel le médecin généraliste participe activement à la promotion de la vaccination. Au contact quotidien du personnel travaillant en EHPAD il peut identifier les attentes et les interrogations du personnel et ainsi jouer un rôle majeur dans l'augmentation de la couverture vaccinale.

Vu

Toulouse le 21/09/2017


Le Président du jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 21.09.2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- OMS. OMS Grippe (saisonnière) [Internet]. 2017. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/>
- 2- Pasteur I. Grippe [Internet]. 2017. Disponible sur <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe>
- 3- Seasonal Human Influenza and Vaccination, 2010. [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/071012_PR_SI_Prof_Fact_Sheet.pdf
- 4- Grippe – ECN Pilly 2016. ECN Pilly [Internet] ALINEA Plus ; 2017. P.173-9 [Internet]. 2017 Disponible sur <http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/ecnpilly/ecnpilly2016-ue6-162-web.pdf>.
- 5- Gaillat J, Chidiac C, Fagnani F et al. Morbidity and mortality associated with influenza exposure in long-term care facilities for dependent elderly people. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2009;28:1077-86
- 6- INVS. Grippe, Bilan de la saison 2014-2015 [Internet]. 2017 Disponible sur invs.santepubliquefrance.fr/content/download/108367/.../Bulletin_grippe_220515.pdf
- 7- INSEE. Bilan démographique 2016 [Internet]. 2017 Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
- 8- Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2012. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2012 : 81-9
- 9- Mes Vaccins.net, Mon carnet de vaccination électronique Vaxigrip [Internet]. 2017 Disponible sur <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/62-vaxigrip>
- 10- Susanna Esposito, Valentina Montinaro, Elena Groppali, Rossana Tenconi, Margherita Semino & Nicola Principi (2012) Live attenuated intranasal influenza vaccine, Human Vaccines & Immunotherapeutics, 8:1, 76-80, DOI:10.4161/hv.8.1.18809 [Internet]. 2017 Disponible sur <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.4161/hv.8.1.18809?src=recsys>
- 11- Vaccination info service.fr. Grippe [Internet]. 2017 Disponible sur [http://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/grippe?gclid=Cj0KCQjwi97NBRD1ARIsAPXVWWBM2LknvNHaqbHTljZ5vRBmX5MdE2Ao0lUdKxOFikJV8jFb0gVsnWgaAiTGEALw_wcB#xtor=SEC-14-GOO-\[Vaccin_Grippe\]--S-\[vaccin%20anti%20grippe\]](http://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/grippe?gclid=Cj0KCQjwi97NBRD1ARIsAPXVWWBM2LknvNHaqbHTljZ5vRBmX5MdE2Ao0lUdKxOFikJV8jFb0gVsnWgaAiTGEALw_wcB#xtor=SEC-14-GOO-[Vaccin_Grippe]--S-[vaccin%20anti%20grippe])

- 12- AFSSAPS, Le syndrome de Guillain-Barré, octobre 2009. [Internet]. 2017 Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/80c13b0df57cbfafa5551a115d8c402f.pdf
- 13- Dominguez A, Soldevila N, Toledo D and al. The effectiveness of influenza vaccination in preventing hospitalisations of elderly individuals in two influenza seasons: a multicentre case-control study, Spain, 2013/14 and 2014/15, Aug 24;22(34). DOI: 10.2807/1560-7917 [Internet]. 2017 Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28857047>
- 14- INSERM, Grippe [Internet]. 2017 Disponible sur <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiapduxqIzWAhUJIsAKHUt1D74QFggsMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.inserm.fr%2Fthematiques%2Fimmunologie-inflammation-infectiologie-et-microbiologie%2Fdossiers-d-information%2Fgrippe&usg=AFQjCNGrkVPXV1VNWZJDW7O-3GMwhdgtuA>
- 15- Bonmarin I, Belchior E, Lévy-Bruhl D. Impact de la vaccination contre la grippe saisonnière sur la mortalité des personnes âgées en France, de novembre 2000 à avril 2009. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(32-33):612-6. [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.invs.sante.fr/beh/2015/32-33/2015_32-33_4.html
- 16- OCDE Données, Taux de vaccination contre la grippe. [Internet]. Aout 2017. Disponible sur <https://data.oecd.org/fr/healthcare/taux-de-vaccination-contre-la-grippe.htm>
- 17- Ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes. Vaccination contre la grippe saisonnière. [Internet]. 2017 Disponible sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/qr_professionnels_de_sante_grippe_2015-2016-3.pdf) et internationales (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/fr/>)
- 18- Demorand Stéphane, Vaccination contre la grippe : le mauvais exemple des professionnels. Le Point 01.03.2017 [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.lepoint.fr/sante/kine/vaccination-contre-la-grippe-le-mauvais-exemple-des-professionnels-01-03-2017-2108482_2467.php
- 19- Andrew C Hayward, Richard Harling, Sally Wetten and al. Effectiveness of an influenza vaccine programme for care home staff to prevent death, morbidity, and health service use among residents : cluster randomised controlled trial. BMJ, DOI :10.1136/bmj.39010.581354.55
- 20- Caroline Brown, Seasonal influenza vaccination Recommendations and Reality, World health organization. [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/175825/Seasonal-influenza-vaccination-Recommendations-and-Reality.pdf?ua=1

- 21- Rothan-Tondeur, M., de Wazieres, B., Lejeune, B. et al. Aging Clin Exp Res (2006) 18: 512.
<https://doi.org/10.1007/BF03324852> [Internet]. 2017 Disponible sur
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03324852>
- 22- Jean-Paul Guthmann, Laure Fonteneau, Céline Ciotti, Elisabeth Bouvet, Gérard Pellissier, Daniel Lévy-Bruhl, Dominique Abiteboul. Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. [Internet]. 2017 Disponible sur http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7374
- 23- Vaux S. Surveillance épidémiologique et virologique de la grippe en France métropolitaine: saison2006–2007. Bull epidemiol hebd 2007;39–40:334-6
- 24- Zhang J, While AE, Norman IJ. Seasonal influenza vaccination knowledge, risk perception, health beliefs and vaccination behaviours of nurses. Epidemiol Infect. 2012;140(9):1569–77. 5
- 25- Hollmeyer HG, Hayden F, Poland G, Buchholz U. Influenza vaccination of health care workers in hospitals—a review of studies on attitudes and predictors. Vaccine. 2009;27(30):3935–44. 12.
- 26- Prematunge C, Corace K, McCarthy A, Nair RC, Roth V, Suh KN, et al. Qualitative motivators and barriers to pandemic vs. seasonal influenza vaccination among healthcare workers: a content analysis. Vaccine. 2014;32(52):7128–34. 14
- 27- Zhang J, While AE, Norman IJ. Nurses' knowledge and risk perception towards seasonal influenza and vaccination and their vaccination behaviours: a cross-sectional survey. Int J Nurs Stud. 2011;48(10):1281–9. 15.
- 28- Lehmann BA, Ruiter RA, van Dam D, Wicker S, Kok G. Sociocognitive predictors of the intention of healthcare workers to receive the influenza vaccine in Belgian, Dutch and German hospital settings. J Hosp Infect. 2015;89(3):202–9. 16.
- 29- Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart. Introduction à la recherche qualitative. Exercer 2008 ;84 :142-5 [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
- 30- Ministère des solidarités et de la santé : la profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. [Internet]. 2017 Disponible sur
<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires-professionnelles-30378340/>
- 31- Lang PO, Govind S, Michel JP et al. Immunosenescence: implications for vaccination programmes in adults. Maturitas 2011 Apr;68(4):322-30.
DOI:10.1016/j.maturitas.2011.01.011.[Internet]. 2017 Disponible sur
https://www.researchgate.net/publication/49832018_Immunosenescence_Implications_for_vaccination_programmes_in_adults

- 32- Mathie RT, Frye J, Fisher P Homeopathic Oscillocochinum for preventing and treating influenza and influenza-like illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jan
- 33- Rue-Cover A, Iskander J, Lyn S, Burwen DR, Gargiullo P, Shadomy S, et al. Death and serious illness following influenza vaccination: a multidisciplinary investigation. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2009;18(6):504–11. doi: 10.1002/pds.1743.
- 34- Sarsenbayeva G, Volgin Y, Kassenov M, and al. Safety and immunogenicity of the novel seasonal preservative- and adjuvant-free influenza vaccine: blind, randomized and placebo-controlled trial. *J.Med Virol*. 2017 Aug 26. DOI: 10.1002/jmv.24922
- 35- Garre M, Le Berre R, Belmin J, Carrat F, Chidiac C, Cohen JM, et al. Prise en charge de la grippe en dehors d'une situation de pandémie en 2005. Texte long. *Med Mat Infect* 2005 ;35(Suppl. 4) :S245-73 [Internet]. 2017 Disponible sur http://www.grog.org/documents/grippe_long_2005.pdf
- 36- Rhudy LM, Tucker SJ, Ofstead CL, Poland GA. Personal choice or evidence based nursing intervention: nurses' decision-making about influenza vaccination. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010;7(2):111–20. 11
- 37- Shahrabani S, Benzion U, Yom Din G. Factors affecting nurses' decision to get the flu vaccine. *Eur J Health Econ*. 2009;10(2):227–31. 13
- 38- Christini AB, Shutt KA, Byers KE. Influenza vaccination rates and motivators among healthcare worker groups. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007;28(2):171–7.
- 39- Réanimation (2011) 20(Suppl 1): 24. [Internet]. 2017 Disponible sur <https://doi.org/10.1007/s13546-010-0145-7>
- 40- Wiramus, C. Martin. Réanimation et grippe grave : pandémie grippale A (H1N1). *EMC - Anesthésie-Réanimation* 2013;10(1):1-9 [Article 36-983-L-10].
- 41- A.Mercat in *Reanimation*, Vol. 20 N°3 (mai 2011). Formes graves de la grippe H1N1 2009 chez l'adulte : l'expérience française. p, 162-168
- 42- De Serres G, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam M, Lemieux C, Yassi A, et al. (2017) Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. *PLoS ONE* 12(1): e0163586. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163586> [Internet]. 2017
- 43- Gilat Livni, Gabriel Chodik, Arnon Yaari, Naama Tirosh, Shai Ashkenazi. Attitudes, knowledge and factors related to acceptance of influenza vaccine by pediatric healthcare workers. *Journal of Pediatric Infectious Diseases*, vol. 3, no. 2, pp. 111-117, 2008
- 44- INVS, couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge. [Internet]. 2017 Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Grippe>

- 45- HAS. Education thérapeutique du patient : Comment la proposer et la réaliser ? Juin 2007. [Internet]. 2017 Disponible sur. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_comment_la_proposer_et_la_realiser_-_recommandations_juin_2007.pdf
- 46- Leitmeyer K., Buchholz U., Kramer M., Schenkel K., Stahlhut H., Köllstadt M., Haas W., Meyer C., (2006), Influenza vaccination in German health care workers : effects and findings after two rounds of a nationwide awareness campaign., *Vaccine*, 24, pp 7003-7008.
- 47- Canning H.S., Phillips J., Allsup S., (2005), Health care worker beliefs about influenza vaccine and reasons for non-vaccination – a cross-sectional survey, *Journal of Clinical Nursing*, 14, pp 922-925.
- 48- Poland GA, Jacobson RM. The Age-Old Struggle against the Antivaccinationists. *N Engl J Med*. 2011 Jan;364(2):97–9.
- 49- Blume S. Anti-vaccination movements and their interpretations. *Soc Sci Med*. 2006 Feb;62(3):628–42.
- 50- Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012 May;30(25):3778–89.
- 51- CNGE. Comment améliorer la couverture vaccinale : concertation ou obligation ? [Internet]. 2017 Disponible sur https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/170627_-_Communique_CS_CNGE_vaccins.pdf
- 52- Behrman Amy and Offley Will. Should flu vaccination be mandatory for healthcare workers ? *BMJ* 2013;347:f6705

ANNEXES

Annexe I : Recommandations vaccinales de l'OMS

Le moyen le plus efficace de se prémunir de la maladie ou d'une issue grave est la vaccination. Des vaccins sûrs et efficaces existent et sont utilisés depuis plus de 60 ans. Chez les adultes en bonne santé, le vaccin antigrippal peut induire une protection satisfaisante. Parmi les personnes âgées, en revanche, le vaccin antigrippal peut être moins efficace pour prévenir la maladie, mais peut réduire sa gravité et l'incidence des complications et des décès.

La vaccination est particulièrement importante pour les personnes à risque plus élevé de complications graves de la grippe, et pour les personnes qui vivent avec des personnes à haut risque ou s'en occupent.

L'OMS recommande la vaccination annuelle pour (par ordre de priorité):

- les femmes enceintes à n'importe quel stade de leur grossesse;
- les enfants de 6 mois à 5 ans;
- les personnes âgées (≥ 65 ans);
- les personnes souffrant d'affections chroniques;
- les agents de santé.

Annexe II : Recommandations vaccinales en France

Recommandations générales

- **Personnes âgées de 65 ans et plus**

Recommandations particulières

- **Femmes enceintes**, quel que soit le trimestre de la grossesse
- **Personnes**, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes des **pathologies suivantes** :
 - Affections broncho pulmonaires chroniques répondant aux critères de l'ALD 14 (asthme et BPCO)
 - Insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives quelle que soit la cause, y compris les maladies neuromusculaires à risque de décompensation respiratoire, les malformations des voies aériennes supérieures ou inférieures, les malformations pulmonaires ou de la cage thoracique
 - Maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique
 - Dysplasie broncho-pulmonaire traitée au cours des six mois précédents par ventilation mécanique et/ou oxygénothérapie prolongée et/ou traitement médicamenteux continu (corticoïdes, bronchodilatateurs, diurétiques)
 - Mucoviscidose
 - Cardiopathies congénitales cyanogènes ou avec une HTAP et/ou une insuffisance cardiaque
 - Insuffisances cardiaques graves
 - Valvulopathies graves
 - Troubles du rythme graves justifiant un traitement au long cours
 - Maladies des coronaires
 - Antécédents d'accident vasculaire cérébral
 - Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie, poliomyélite, myasthénie, maladie de Charcot)
 - Paraplégies et tétraplégies avec atteinte diaphragmatique
 - Néphropathies chroniques graves
 - Syndromes néphrotiques
 - Drépanocytoses, homozygotes et doubles hétérozygotes S/C, thalassodrépanocytose
 - Diabète de type 1 et de type 2
 - Déficits immunitaires primitifs ou acquis (pathologies oncologiques et hématologiques, transplantations d'organe et de cellules souches hématopoïétiques, déficits immunitaires héréditaires, maladies inflammatoires et/ou auto immunes recevant un traitement immunosuppresseur), exceptées les personnes qui reçoivent un traitement régulier par immunoglobulines ; personnes infectées par le VIH quel que soit leur âge et leur statut immunovirologique
 - Hépatopathies chroniques avec ou sans cirrhose
- Personnes **obèses avec un IMC égal ou supérieur à 40 kg/m²**, sans pathologie associée ou atteintes d'une pathologie autre que celles citées ci-dessus
- Personnes **séjournant dans un établissement de soins** de suite ainsi que dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge
- **Entourage familial des nourrissons de moins de 6 mois** (résidant sous le même toit, la nourrice et les contacts réguliers du nourrisson) présentant des **facteurs de risque de grippe grave** ainsi définis : prématurés, notamment ceux porteurs de séquelles à type de broncho-dysplasie, et enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire congénital, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection longue durée (cf. supra)

En milieu professionnel

- **Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère**
- **Personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides)**

Annexe III : Demande d'accord adressée aux médecins coordinateurs et cadre de santé des EHPAD du Gers

LUNARDI Pierrick
0671025220
NANCE Bastien
0622488276
Internes Médecine Générale MP
bastien.nance@wanadoo.fr
pierrick.lunardi@gmail.com

Lettre d'information à l'attention des médecins coordonnateurs et infirmières coordonnatrices

Bonjour,

Dans le cadre de la préparation du doctorat de médecine générale, nous engageons un travail de thèse sur la non-vaccination antigrippale des personnels de santé travaillant dans les EHPAD du Gers dirigé par le Docteur SMAIL Stéphane.

Ce travail fait suite à une réflexion sur la couverture vaccinale par les professionnels de santé dans le Gers. De la même manière, nous réalisons une recherche qualitative par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. C'est pourquoi nous souhaiterions interviewer une partie du personnel de votre EHPAD: des soignants (IDE/ASH/AS) n'ayant pas effectué leur vaccination anti grippale pour la période 2015-2016. Il nous paraît pertinent d'interroger des personnes qui n'ont pas déjà été interviewés pour limiter les biais.

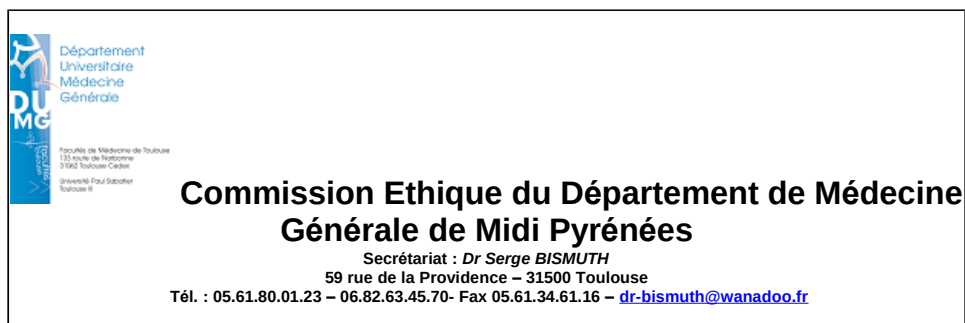
Les entretiens dureront entre vingt minutes et une heure, au jour et à l'heure de leur convenance. Ces entretiens seront retranscrits et analysés. L'anonymat des soignants sera respecté.

Afin d'éviter les biais, il est important de nous présenter comme des chercheurs et non comme des médecins.

En attente d'une réponse de votre part, nous vous adressons nos respectueuses salutations.

LUNARDI Pierrick et NANCE Bastien.

Annexe IV : Avis favorable de la commission d'éthique



Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE

Renseignements concernant le demandeur : (these à 2 candidats)

Nom : NANCE Bastien

LUNARDI Pierrick

Qualité : Interne en médecine générale 3ème semestre

Adresse : 11 rue d'Antipoul Batiment D 31300 TOULOUSE

81 avenue de Lombez 31300 TOULOUSE

Courriel : bastien.nance@wanadoo.fr

pierrick.lunardi@gmail.com

Numéro de téléphone 0622488276 - 0671025220

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : Dr FONVIELLE ALAIN

Qualité : Praticien niveau 1 et SASPAS

Adresse : 7 rue des Arrats 32170 Miélan

Courriel scalpel32@wanadoo.fr

Numéro de téléphone 0629651980

Titre complet de la recherche : Refus de la vaccination contre la grippe saisonnière par le personnel soignant en EPHAD sur le département du Gers (campagne de vaccination hiver 2015/2016)

AVIS DE LA COMMISSION : Avis favorable

Le 31/ 05/ 16

Le secrétaire Dr Serge BISMUTH

Serge Bismuth

Annexe V : Formulaire de consentement du participant

Formulaire de consentement

Je, soussigné _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Sous la direction du Dr SMAIL Stéphane:

Promoteur : DUMG TOULOUSE 133 Route de Narbonne, 31400 Toulouse

Investigateur principal : NANCE Bastien / LUNARDI Pierrick

But de l'étude : Analyser les causes de refus de vaccination par le personnel soignant en EHPAD sur le département du Gers

Engagement du participant : l'étude va consister à analyser des entretiens semi dirigé enregistrés permettant d'en dégager les principaux motifs de refus de vaccination contre la grippe saisonnière par le personnel soignant en EHPAD sur le département du Gers afin de réfléchir à des solutions permettant de promouvoir celle-ci.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche. Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet. Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme. Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe VI : Guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN 1:

Connaissance de la grippe : <i>Qu'est-ce que la grippe évoque pour vous ?</i> - Avez eu des informations dessus ? - Symptômes, mode de transmission - L'avez-vous eu ? - Est-ce grave ?	Réponse attendue : - Symptômes - Gravité - ATCD - Chez les jeunes/vieux - Pour vous/pour les résidents
Ressenti vis-à-vis de la vaccination : Pourquoi n'avez-vous pas effectué la vaccination antigrippale (VAG)? - Pensez-vous que c'est efficace ? - Vous avez peur de vous faire vacciner ? - Pensez-vous qu'il existe des alternatives efficaces ? - Qu'est-ce qui est dangereux dans le vaccin ?	Réponse attendue : - Principe - Freins/motivations - Peurs/suspensions/craintes - Culpabilité - Utilité - Dangerosité - Idées reçues - Possibilité de l'éviter par prévention physique (masque, lavage de mains...)
Importance du contexte professionnel : <i>Y a-t-il eu une campagne de vaccination au sein de votre établissement ? Avez-vous été encouragé à vous faire vacciner ?</i> - MT/administration/IDE - Si non, le regrettez-vous ? - Si oui, était-ce justifié ? - Et si la vaccination antigrippale devenait obligatoire pour les IDE travaillant en EHPAD ?	Réponse attendue : - Par l'intermédiaire de... - Paradoxe entre refus de vaccination et contact avec personnes fragiles

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL:

Présentation du participant :

Nom, prénom, âge, depuis quand infirmier(e), cb de temps en Ehpad, des enfants, famille,

Connaissance de la grippe : Qu'est-ce que la grippe évoque pour vous ? (Thème) • <i>La grippe vous en pensez quoi ? Est-ce grave ? Pour vous quels sont les symptômes, le mode de transmission ?</i> • <i>Quelles informations avez-vous eu dessus ?</i> • <i>L'avez-vous eu ?</i> • <i>Quelles conséquences peut avoir la grippe ?</i>	Réponse attendue : • <i>Symptômes</i> • <i>Gravité</i> • <i>ATCD</i> • <i>Chez les jeunes/vieux</i> • <i>Pour vous/pour les résidents</i>
Ressenti vis-à-vis de la vaccination : Pourquoi n'avez-vous pas effectué la vaccination antigrippale (VAG)? (thème) • <i>Vous vous êtes fait vacciné contre la grippe ? Ah non et pourquoi ?</i> • <i>Que pourriez-vous me dire sur l'efficacité du vaccin ?</i> • <i>Quelle appréhension avez-vous vis-à-vis de la vaccination ?</i> • <i>Quelles alternatives aux vaccins peuvent être efficaces d'après vous ?</i> • <i>Qu'est-ce qui est dangereux dans le vaccin ?</i>	Réponse attendue : • <i>Principe</i> • <i>Freins/motivations</i> • <i>Peurs/suspensions/craintes</i> • <i>Culpabilité</i> • <i>Utilité</i> • <i>Dangereux</i> • <i>Idées reçues</i> • <i>Possibilité de l'éviter par prévention physique (masque, lavage de mains,)</i>
Importance du contexte professionnel : Y a-t-il eu une campagne de vaccination au sein de votre établissement ? (Thème) • <i>Quel sont les personnes qui vous ont encouragé à vous vacciner ?</i> • <i>MT/administration/IDE</i> • <i>Si non, le regrettez-vous ?</i> • <i>Si oui, était-ce justifié ?</i> • <i>Qu'est qui pourrait vous inciter à vous faire vacciner ?</i> • <i>« Et si la vaccination antigrippale devenait obligatoire pour les IDE travaillant en EHPAD ? »</i>	Réponse attendue : • <i>Par l'intermédiaire de...</i> • <i>Paradoxe entre refus de vaccination et contact avec personnes fragiles</i>

Annexe VII : caractéristiques de la population étudiée

<i>ENTRETIENS</i>	<i>SEXE</i>	<i>AGE</i>	<i>FONCTION ET ANCIENNETE</i>	<i>LIEU D'exercice</i>	<i>DATE de L'ENTRETIEN</i>	<i>Vaccination antigrippale antérieure</i>
<i>Pierrick 1</i>	Femme	37 ans	Infirmière coordinatrice	Auch	29/11/2016	non
<i>Pierrick 2</i>	Femme	26 ans	Elève infirmière en 2 ^e année	Auch	29/11/2016	non
<i>Pierrick 3</i>	Femme	27 ans	Infirmière depuis 5 ans	Auch	30/11/2016	Ne sait pas
<i>Pierrick 4</i>	Femme	58 ans	Infirmière depuis 14 ans	Gimont	06/12/2016	Oui
<i>Pierrick 5</i>	Femme	42 ans	Infirmière en EHPAD depuis 1 an	Gimont	06/12/2016	Oui
<i>Pierrick 6</i>	Femme	28 ans	Infirmière depuis 1 an	Gimont	06/12/2016	Oui
<i>Pierrick 7</i>	Femme	22 ans	Infirmière depuis 2 mois	Gimont	07/12/2016	Non
<i>Pierrick 8</i>	Femme	57 ans	Infirmière en EHPAD depuis 20 ans	L'Isle Jourdain	20/12/2016	Oui
<i>Bastien 1</i>	Femme	25 ans	Infirmière en EHPAD depuis 1 an	Fleurance	26/10/2016	Oui
<i>Bastien 2</i>	Femme	61 ans	Infirmière en EHPAD depuis 35 ans	Fleurance	04/11/2016	Non
<i>Bastien3</i>	Femme	42 ans	Infirmière en EHPAD depuis 7 ans	Fleurance	04/11/2016	Oui, 1 fois
<i>Bastien 4</i>	Femme	28 ans	Infirmière en EHPAD depuis 1 an	Auch	06/12/2016	Oui, 1 fois
<i>Bastien 5</i>	Homme	40 ans	Cadre de santé	Auch	06/12/2016	Oui, 1 fois
<i>Bastien 6</i>	Femme	25 ans	Infirmière depuis 6 mois	Auch	07/12/2016	Non
<i>Bastien 7</i>	Femme	57 ans	Infirmière en Ehpac depuis 12 ans	Auch	07/12/2016	Non
<i>Bastien 8</i>	Femme	66 ans	Infirmière en EHPAD depuis 40 ans	Vic-Fezensac	12/12/2016	

Annexe VIII : Retranscription d'un entretien (entretien N°8)

Entretien réalisé le 6 décembre 2016 à l'EHPAD de l'hôpital de Gimont. Il s'est déroulé dans une salle de réunion mise à disposition par la cadre de santé. J'étais seul, face à face avec l'infirmière. Après la signature du formulaire de consentement et quelques phrases cordiales, nous commençons l'interview. L'infirmière me semble très sûre d'elle.

Pierrick L. (investigateur) : Alors on commence, je suis étudiant chercheur et je cherche à faire une thèse sur la vaccination des personnels soignant en EHPAD. D'abord est-ce que vous pouvez vous présenter pour savoir votre âge, depuis combien de temps vous travaillez, etc.. ?

Infirmière : Oui, alors je m'appelle XXX, j'ai 58 ans, je suis arrivée à l'hôpital en 2002 et on travaille un peu sur tous les secteurs : EHPAD, médecine...

C : Très bien. Au niveau de la grippe, qu'est-ce que vous savez de la maladie ? Vos connaissances par rapport à ça ?

I : Je sais que je l'ai attrapé une fois, que j'ai été très malade (rires)

C : C'était y a combien de temps ?

I : Ouh y a très longtemps, je sais pas y a au moins une vingtaine d'années ! Et j'ai passé 3 jours au fond d'un lit avec une fièvre de cheval, à pas tenir debout et tout et non, c'est pas rigolo.

C : D'accord. Au niveau des symptômes, qu'est ce vous retenez de la grippe ?

I : Oh ba ce mal-être, cette température qui est presque à 40, euh... voilà j'avais mal partout : le nez, la gorge, enfin des douleurs vraiment sur tout le corps qui étaient provoqués par la grippe. Je tenais à peine debout, non c'était vraiment... Je mangeais plus, enfin tout va bien !

C : Au niveau de la transmission, est-ce que vous savez comment ça se transmet, tout ça ?

I : Euh... ba comme c'est saisonnier c'est quand on se sert les mains, voilà je pense comme dans les magasins, enfin de partout...

C : Donc manu porté quoi ?

I : Manu porté. Et c'est aussi dans l'air, non aussi ? Non c'est plus manu porté.

C : Ok et comment vous vous protégeriez de l'infection entre les personnes ?

I : Ba déjà moi je sers plus les mains ! (rires) Je fais partie du groupe hygiène donc je crois que ça me perturbe un peu aussi. Puis la solution hydro-alcoolique hein, le plus possible, maintenant euh voilà, on peut pas devenir parano à désinfecter tout ce qu'on touche mais euh c'est vrai qu'à cette saison,

quand je vais au magasin prendre un caddie un truc comme ça, ça me questionne. Maintenant je fais, hein, je fais.

C : D'accord, est-ce que vous pensez que c'est une maladie grave ?

I : Ca peut. Ca peut ! Si on a des antécédents pulmonaires ou suivant les antécédents qu'on a, chez les personnes âgées oui oui ça peut être grave puisque y a des gens qui en meurent de la grippe donc euh oui !

C : D'accord et plutôt qui du coup ?

I : Ba des gens qui sont immunodéprimés hein, des gens qui ont des cancers des trucs comme ça, si ils attrapent ça hein. Après, les personnes âgées qui ont euh des problèmes au niveau pulmonaires comme je vous disais, oui oui.

C : D'accord. Euh, les informations que vous avez eu sur la grippe, vous les avez acquis comment ?

I : Ba euh un peu à l'extérieur et un peu à l'école.

C : Et par rapport à la vaccination, est-ce que vous vous êtes déjà fait vacciner ?

I : Oui oui je l'ai déjà faite oui.

C : Oui ? Jusqu'à quand ?

I : Jusque y a 2 ans. Quand ils ont commencé à parler de la grippe aviaire et de toutes les saletés qu'ils avaient mis dans les vaccins. Donc là j'ai dit ça va (rires, j'ai dit stop.

C : C'est quoi toutes ces saletés, enfin, vous avez entendu quoi exactement ?

I : Ba je sais pas ils parlaient de, déjà ils ont fait tout un tapage là avec la grippe H1N1... voilà. Ce gouvernement là on a l'impression qu'ils nous ont raconté un peu des cracs. Que euh ils ont fait un peu ces vaccins et tout pour faire du fric et euh je crois que ça a pas été euh... Après je crois que dans les vaccins il me semble avoir entendu l'année d'après donc que ils avaient mis des euh contre la grippe aviaire là, des souches contre la grippe aviaire. Alors peut-être qu'il y en avait avant hein mais bon voilà... Et puis c'est vrai qu'ils ont fait un peu un tapage au niveau de tous les vaccins en général avec tout un tas de produits qui sont euh plus ou moins dangereux enfin je vais vous dire, les autres vaccins je les fais, à part l'hépatite B où j'ai fait mes 2 doses et puis voilà, on contrôle par prise de sang et euh mais c'est tout quoi.

C : D'accord mais du coup c'est une crainte par rapport aux produits qu'il y aurait dans le vaccin ?

I : Oui, oui. Après je me dis que comme euh ces souches-là, si on l'a déjà contracté et que c'est plus ou moins la même grippe qui revient certaines années : on le voit bien hein, des fois c'est des jeunes

d'autres fois c'est des personnes âgées. Ça touche il me semble, plus certaines tranches d'âges et bien si on l'a eu tant mieux, et si on l'a pas eu et bien on a des risques, mais bon...

C : D'accord. Est-ce que vous savez exactement ce qui vous fait peur dans le vaccin, ou c'est le vaccin en général ?

I : Oui, je crois que c'est le vaccin en général.

C : Vous vous êtes renseigné sur les adjuvants, les choses comme ça ?

I : Oui voilà, oui.

C : Et qu'est-ce que ça en dit ?

I : (rires) ba... que y a beaucoup de choses qui sont pas bonnes dans la euh pour la santé hein ! Alors je trouve que c'est quand même paradoxal où ba déjà moi les médicaments en général moi moins j'en prends mieux je me porte hein. Je crois que je suis allergique à quasiment tous les médicaments, j'ai tous les symptômes qui euh voilà. Quand à un moment donné je prenais du calcium pour de l'ostéoporose et quand on voit qu'il y a des huiles hydrogénées dans les comprimés de calcium, excusez-moi mais c'est pas forcément bon pour la santé. Donc je préfère pas prendre de calcium par exemple. Y a des choses, si on analyse un petit peu euh... bon.

C : Et au niveau du vaccin antigrippal particulièrement, est-ce que y a des choses particulières qui ... ?

I : Ah, alors après y a certains adjuvants, oui ! Après moi j'ai jamais eu d'effets secondaires avec les vaccins grippe hein. Moi je le faisais justement parce que en étant en médecine, y avait des gens qui avaient des cancers et tout et je me disais que c'était idiot de leur rajouter quelque chose... Voilà.

C : D'accord, donc en fait c'est ce que vous avez entendu après la campagne de vaccination un peu ratée où y a des révélations sur les adjuvants etc... ?

I : Oui y a eu ça, la campagne ratée et après tous les adjuvants qui parlent euh je pourrais tous vous les cités je m'en souviens plus hein mais après y a des choses qui sont pas euh...

C : Est-ce que vous le recommanderiez à certaines personnes ce vaccin ?

I : Ah oui, oui oui ! Moi je vois mon mari qui a une broncho pneumopathie euh voilà je lui ai fait le vaccin hein, y a pas de raisons. Mes parents qui sont âgés je leur dis hein faites-vous vacciner. Ah oui oui oui oui ! « Pas moi mais vous ! » (rires)

C : D'accord, vous vous sentez en bonne santé.

I : En bonne santé, oui oui. Depuis que je l'ai pas fait, ba je l'ai jamais re-eu. Je touche du bois hein parce que peut-être que si un jour je me rattrape une grippe comme j'avais eu, peut-être que je le referais.

C : Ok.

I : Vous le faites vous ?

C : Le vaccin contre la grippe ? Euh je l'ai fait oui ! (rires) Est-ce que vous pensez qu'il y a des alternatives efficaces au vaccin ?

I : Euh... A part de pas serrer la main ou faire la bise aux gens en temps, en période de... voilà. Après, j'essaye les huiles essentielles, qui fonctionnent pas trop mal. Après y a peut-être l'homéopathie et tout, pourquoi pas ? Ouai, ouai !

C : Vous pensez que c'est efficace tout ça ?

I : Moi je pense que ça peut être efficace. Ça peut. Après comme c'est un virus ça n'agit peut-être pas sur tous les... Mais ça peut enrayer euh peut être certaines complications. Je pense peut-être c'est vrai que de manger un peu plus de vitamine C ou un peu plus sainement ? Si on est en bonne santé on a peut-être moins de chance quand même d'attraper, euh... Enfin remarquez quand j'étais jeune j'étais en bonne santé et je l'ai attrapé la grippe ! (rires)

C : Ok. Au niveau du contexte professionnel, là vous êtes en médecine, en EHPAD, etc... Est-ce qu'on vous a encouragé à faire le vaccin ?

I : Ah oui oui, chaque année y a... oui oui ! En plus il est gratuit donc bon. On nous demande hein, au niveau de la pharmacie, la pharmacienne vient nous dire voilà y a le vaccin grippe. Après ils n'ont pas besoin de nous dire que c'est important, on le sait. C'est gratuit donc on peut, voilà.

C : D'accord ok, Est-ce que y a eu des formations avec les médecins ou autre qui vous ont expliqué l'importance de le faire ?

I : Non, non.

C : Est-ce que c'est quelque chose que vous regrettez, le manque d'information ?

I : Mais le pourquoi en fait on le sait. Je crois que ce qu'il fait le plus peur c'est de cacher les choses aux gens en fait. Parce que on vous dit « oui, le vaccin c'est vachement important, ... » on le sait que c'est important un vaccin ! Mais après si, comme ce que je vous disais tout à l'heure, dans le vaccin, on met tout un tas de cochonneries qui sont pas bonnes pour la santé, je vois pas l'intérêt non plus enfin...

C : D'accord. Donc en fait vous préféreriez être informée sur la contenance exacte du vaccin que... (me coupe la parole)

I : Voilà, voilà. Mais que ce soit quelque chose de clean quoi, qu'on mette pas, bon évidemment si il faut ce qu'il faut pour éviter des propagations de la grippe mais après voilà, pourquoi on est obligé

d'ajouter tout un tas de cochonneries dans ça ? C'est comme un médicament, quand on le prend c'est pour que ça fasse du bien, que ça soigne, et pas pour engendrer des trucs derrière quoi.

C : D'accord donc plutôt une transparence vis-à-vis des produits qu'il y a dedans ?

I : Voilà, voilà je pense.

C : Si la vaccination antigrippale devenait obligatoire chez les personnels de santé des EHPAD, comment vous le ressentiriez ?

I : Ba ouai je le ferais. Je me sentirais peut-être frustrée parce que j'aurais pas le droit de donner mon avis. Et imposer les choses, moi j'aime pas. Et puis si on m'impose les choses moi automatiquement je les fais pas. Hein voilà. Mais pour moi ça serait plutôt négatif.

C : Ok. Et qu'est ce qui pourrait vous inciter à vous faire vacciner ? Vous y avez un peu répondu mais bon ?

I : (rires) oui, la transparence au niveau des vaccins et puis peut être si je rattrapais une bonne grippe.

C : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter ?

I : Non, non je trouve que c'est bien.

(L'infirmière pense que j'ai arrêté le microphone)

I : Je me suis refait vacciner DTPolio là cette année, parce que ça faisait 10 ans, c'est ça c'est tous les 10 ans ? C'était tous les 5 ans et maintenant c'est tous les 10 ans ? Mais on n'en a pas entendu parler que c'était poussé à 10 ans ? Pourquoi maintenant c'est poussé à 10 ans alors qu'avant c'était 5 ans ? Enfin voilà, y a des choses qui sont un peu, euh... Moi ma génération, entre ma mère qui ratait toujours les rappels et tout, je vous assure que je suis bien vaccinée hein ! Et sur vaccinée ! Après c'est vrai que j'ai eu qu'une fille mais pour moi les vaccins c'était quelque chose de fait systématiquement et en croyant. Mais même aujourd'hui, je le referais. Parce que je sais qu'il y a des gens qui ne font pas vacciner leur enfant, je trouve quand même un peu euh...

C : Léger ?

I : Oui, oui, oui.

C : Vous pensez qu'il y a un peu de flou par rapport aux vaccinations, aux dates qui changent, euh ?

I : Totalement, oui. Ba dans la santé, on est quand même dans la santé, quand j'ai refait mon vaccin on m'a dit « non mais c'est bon, maintenant c'est 10 ans ! », à un moment donné j'ai dit non mais c'est bon quoi ! Après y a eu aussi tous ces, on allait chercher les vaccins et y en avait plus ! C'était rupture de stock ! Je comprends pas comment un vaccin peut être en rupture de stock quand même, c'est grave ! Enfin, moi il me semble quand même. Et après c'est vrai que pour les hépatites là, quand ils

ont fait tout ce patacaille et tout là, est-ce que c'est vrai, est-ce que c'est pas vrai ? Enfin après est-ce qu'on a des informations qu'on devrait pas avoir aussi ? Après c'est pas anodin non plus, c'est fait avec des cellules souches vivantes quand même... Donc euh... Après certains vaccins on peut attraper la maladie euh, quand on voit ce... Comment il s'appelait ce truc qui a disparu là, qui faisant des boutons partout là ?

C : La variole ?

I : La variole. Bon ba on l'a éradiqué quand même. Mais si demain il y a un cas, on intérêt de se dépêcher à refaire les vaccins aussi ! Parce que « éradiqué, éradiqué » hein...

C : Oui il faut bien toujours peser la balance bénéfice risque.

I : Oui...

C : Bien, merci beaucoup pour vos réponses ! Au revoir

I : Merci, au revoir

Annexe IX : Extrait de la grille d’analyse

relus de vaccination	relatif au vaccin anti gripal	craintes	iatrogène			
				inocuité du vaccin		"y a rien de dangereux." IP2 "(des choses dans le vaci
			effets secondaires	potentiels		"j'ai surtout peur (...) des effets qu'ils peuvent avoir s plus de dommages que la grippe en elle-même" P1;
				chronique		j'ai eu aussi des exemples de gens très proche qui soi
			immunité	aigue		j'ai déjà des personnes de mon entourage qui ont fai
				diminution		si on commence à se faire vacciner en étant adulte jeune à 35/40 ans, (...) le jour où on arrête on n'est pas plus fragile, plus exposé à la conta
		alternatives	Regles d'hygienes	je ne vois pas pourquoi je transmetrais plus ou moins, le lavage des mains et les regles d'hygienes suffisent je pense (B1) /// On fait passer des infos par rapport au lavage		
			homéopathie	Alternative efficace	je fais une vaccination homéopathique/ ça marche très bien "homéopathie / vaccin anti grippe homéopathique (B2) ; " Je serais plus encline à prendre l'homéopathie que	
			autres	Moins efficace que le vaccin	jort aux personnes un peu sensibles vous recommanderiez? -Plutôt le vaccin. Non le vaccin." IP5	
			huiles essentielles	je suis même capable de pas venir travailler (...) pour protéger les personnes (B3)		
			vitamines/hygiène de vie	"les huiles essentielles fonctionnent pas trop mal" IP7		
				"manger un peu plus de vitamine C ou en plus sainement" IP7		
			aucune	"je crois pas du tout à l'homéopathie." IP2		
		réservé à certains sujets	non concernés	patients hospitaliers	c'était en milieu hospitalier avec des personnes plus malade entre guillemets (B1)	
				enfants		
				fragiles	"j'ai deux personnes asthmatiques à la maison, qui eux sont vaccinés" IP2 ; "les	
				Patients en EHPAD	"ma mère qui est allée en maison de retraite, elle avant elle était chez elle et maintenant on lui fait systématiquement" IP6	
				sujets âgés	quand je serais un peu plus âgée (...) je le ferais aussi mais pour l'instant non je pense pas. IP1; "je vaccine mes grands parents (...) je sais que c'est des personnes affaiblies" IP1 ; "Pour l'instant, je considère pas la grippe comme grave à mon âge" IP2 ; "normalement tout le monde est vacciné les résidents donc au pire si on tombe malade ce sera pour nous puis c'est tout quoi." IP2 ; "ce n'est pas une maladie grave (...) à mon âge" IP2 ; "je dis pas que plus tard, quand je vieillirais, je le ferais pas. Je serais plus dans les phases où j'en aurais besoin par rapport à ma santé." IP2 ; "quand j'aurais 50-60 ans (...) peut-être que je me ferais vacciner" IP5 ;	

Annexe X : Exemple de contexte d'énonciation

(A partir de l'entretien 7)

L'entretien s'est déroulé le 6 décembre 2016 à l'EHPAD de Gimont, dans le centre hospitalier. Le rendez-vous avait été pris une semaine auparavant et la date choisie pour que je puisse rencontrer les 3 IDE non vaccinées, qui travaillaient ce jour-là. La cadre de santé avait mis à ma disposition la salle de réunion. Les infirmières non vaccinées avaient été informées par leur cadre de ma venue et excusées pour s'absenter de leur poste durant l'entretien.

La dernière IDE interrogée était âgée de 28 ans. Dès son entrée, je sens qu'elle est très timide, fuit mon regard et tremble lorsque je lui demande de signer le formulaire de consentement. J'essaye de détendre l'atmosphère en lui présentant l'interview comme une étude et non pas comme un questionnaire visant à les juger et que l'ensemble des interviews seront anonymes. Aux premières questions concernant les connaissances sur la grippe, je sens que la participante est déstabilisée et répond de façon très scolaire, toujours en évitant mon regard et commençant à rougir. Je suis même obligé de la couper pour éviter qu'elle ne se referme complètement pour la suite de l'entrevue.

Je crains que la première partie ait complètement biaisé cette entrevue car elle n'a ensuite développé aucune partie du reste de l'interrogatoire, notamment celle portant sur son refus de vaccination qui est resté très nébuleux, évoquant une raison intime de ses motivations.

Cet entretien n'a donc pas été un franc succès, même si des éléments intéressants ont pu en être extraits. Il m'a permis de dégager des problématiques liées au déroulement des entrevues qu'on pourrait corriger comme suit :

1. Eviter les entrevues de plusieurs IDE au même endroit (risque de biaiser les réponses des dernières IDE qui ont pu se renseigner sur mes questions auprès des premières interrogées)
2. Eviter les questions fermées qui bloquent les réponses et les relances. Respecter les silences même si sentiment de malaise.
3. Changer l'ordre des questions : sentiment d'être jugée sur leur connaissance médicale sur la grippe en début d'entretien et peut induire une méfiance envers l'investigateur

Annexe XI : document d'information à destination des IDE

1 – « Je connais des personnes qui se sont vaccinées et qui ont eu la grippe à cause du vaccin ».

Par conception, un vaccin est assemblé à partir de souches de virus inactivées, c'est-à-dire des organismes morts, le vaccin ne peut donc pas être à l'origine d'une éventuelle grippe.

La réaction immunitaire protectrice déclenchée par la vaccination peut générer de la fièvre, des douleurs musculaires ou articulaires, symptômes évoquant une grippe. Toutefois lorsque les personnes vaccinées pensent avoir contractées la grippe, il s'agit en générale d'une autre virose aux symptômes ressemblants mais bien moins invalidants et marqués.

2 – « Je ne me vaccine pas à cause des adjuvants comme l'aluminium ou le mercure présent dans le vaccin ».

Il existe en effet des vaccins qui, pour être efficaces, nécessitent d'être complétés par des adjuvants contenant de l'aluminium ou du mercure. C'est ce qui leur permet de porter la réaction immunitaire à un niveau suffisant.

En France les vaccins antigrippaux sont composés à partir de trois souches de virus grippaux, généralement deux sous-types d'antigène A et 1 sous-type d'antigène B, sélectionnés annuellement par l'OMS. Organisme qui s'occupe de surveiller les virus grippaux qui circulent chez l'homme pour actualiser annuellement leur composition.

En France, les autorités sanitaires, n'ont autorisé la commercialisation de vaccins antigrippaux injectables que sous une forme ne contenant aucun adjuvant. Il n'y a donc aucun apport d'aluminium ou de mercure, et les virus contenus dans le vaccin sont impérativement inactivés.

3 – « Nous n'avons pas assez de recul avec ce vaccin ».

Le premier vaccin antigrippal efficace, et utilisé à grande échelle, est apparu en 1944 et 1945 pour vacciner le corps expéditionnaire américain en Europe. Il évoluera au cours des années mais le principe de fabrication est toujours le même depuis 1937. Le principe qui prévaut à leur élaboration est donc sous surveillance depuis 70 ans. L'innocuité de sa fabrication peut donc être documentée et établie avec une certitude robuste.

A titre de comparaison, le vaccin contre la poliomyélite, aujourd'hui obligatoire dans le DTP, a été mis en place en 1956, soit plus de 10 ans après le vaccin de la grippe.

4 – « J'ai déjà eu la grippe malgré la vaccination, car elle n'est pas efficace ».

L'efficacité d'un vaccin est la résultante d'une interaction entre plusieurs paramètres dont les plus déterminants sont :

- Les antigènes à l'origine de la réponse immunitaire. Si ces antigènes ne sont pas choisis avec clairvoyance, la vaccination sera d'autant moins efficace que les souches virulentes sont éloignées des antigènes proposés. Mais la décision de privilégier des mélanges de 3 antigènes minimise considérablement ce genre de risque.
- L'état physiologique de la personne qui reçoit la vaccination. Selon l'âge, la préexistence d'une pathologie chronique, la réponse immunitaire est plus ou moins protectrice.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité d'une vaccination antigrippale est évaluée entre 60 et 90%. C'est-à-dire que lorsque la vaccination est peu efficace, vous avez moins d'un risque sur deux de contracter la grippe. Dans tous les cas le risque d'être infecté est très largement diminué et permet d'éviter les complications graves voire mortelles.

De plus, il faut bien admettre que l'on confond fréquemment la grippe et l'état grippal. Ce dernier est dû à une infection par un autre virus, dont l'intensité des symptômes est bien plus faible et permet le plus souvent de continuer ses activités.

5 – « J'utilise le vaccin homéopathique qui est plus efficace que le vaccin traditionnel ».

Par conception, aucun produit considéré comme homéopathique n'est un vaccin, et surtout n'agit comme un vaccin. L'*influenzinum* utilise des souches virales qui changent annuellement aboutissant à une sorte de version ultra diluée du vaccin annuel et qui en a donc détourné le terme. Le *sérum de Yersin* est fabriqué à partir de multiples dilution de sérum d'animaux auxquels le bacille de Yersin (bacille de la peste) a été inoculé. Il n'y a donc pas dans ces protocoles d'application le déclenchement d'une quelconque réponse immunitaire ciblée et préventive.

D'ailleurs les produits homéopathiques n'ont aucune efficacité démontrée en prévention des affections grippales, contrairement au vaccin traditionnel. Pourtant le principe de fabrication des produits homéopathiques est connu et appliqué depuis plus d'un siècle et malgré ce recul historique, l'évaluation d'efficacité n'a jamais et de loin approché celles du vaccin.

6 – « Si je tousse ou me sens malade je mets un masque pour protéger les autres ».

Comme la plupart des maladies, la grippe à une période d'incubation avant l'apparition des premiers signes tels que la fièvre, la fatigue, courbatures ou maux de tête. Cette période varie de un à trois jours pendant laquelle le porteur qui se croit sain est très contaminant et propage ainsi la maladie.

Les mesures d'hygiène permettent de prévenir la propagation du virus. Mais la prévention, par construction, est un ensemble de mesures qui « viennent avant », dispositif qui lorsque la contagion s'installe dans un silence total et insidieux est alors complètement dépassé.

7 – « Je suis jeune et en bonne santé, je ne risque rien même si j'attrape la grippe ».

Dans la plupart des cas avérés, et fort heureusement, la grippe se conclut sans dégâts majeurs pour l'organisme. Mais elle reste une maladie physiologiquement violente car elle soumet l'organisme à un stress intense.

En 2009, 20% des cas graves liés à la grippe, hospitalisés en réanimation en France étaient des patients ne présentant aucun facteur de risque. Au total, 49 décès liés à la grippe sont survenus chez des patients sans aucun facteur de risque.

8 – « Je ne vois pas l'intérêt de me vacciner car les résidents le sont déjà, et de toute façon si je l'attrape ce n'est pas grave ».

Contracter la grippe équivaut à être un vecteur du virus. Le personnel soignant peut donc favoriser la propagation du virus chez les résidents vaccinés, dont l'efficacité est variable selon l'âge. Or, plus le nombre de personnes vaccinées augmentent, plus le risque de transmission diminue. Les personnes immunisées faisant barrage entre les individus contagieux et les non immunisés. Cette pratique collective constitue ce qui est appelé « protection de groupe ». Elle conduit à empêcher la propagation d'une épidémie avant qu'elle se développe.

Title: Understanding the refusal of influenza vaccination among nurses working in EHPAD in the Gers department.

Abstract:

Introduction: Numerous studies have shown that nurses working in EHPAD (long-term care housing) are insufficiently vaccinated against influenza in regards to national and international targets, despite clear recommendations. Objective: Study the arguments put forward by nurses working in EHPAD against influenza vaccination. Material and method: Qualitative research with thematic analysis based on semi-directed interviews, carried out with sixteen unvaccinated nurses working in Gers EHPADs, from October 2016 to December 2016. Results and discussion: The main arguments put forward as disincentives to vaccination are the lack of effectiveness of the vaccine, the existence of effective alternatives, fears related to the vaccine, the feeling of not being concerned by the vaccine, lack of information or incentives during campaigns, and finally the format of the vaccine. These barriers are poly factorial, linked to the knowledge, beliefs and attitude of the nurses with regards to the flu and its vaccine. Conclusion: This study provides a better understanding of the socio-psychological characteristics of (these) EHPAD nurses' refusal of vaccination and could provide a basis for effective promotion campaigns for this vaccine.

Key words: influenza vaccination, nurses, EHPAD, barriers to vaccination.

Toulouse, le 17 octobre 2017

Titre : Comprendre le refus de la vaccination antigrippale chez les infirmiers travaillant en EHPAD dans le département du Gers.

Résumé :

Introduction : De nombreuses études montrent que le personnel soignant des EHPAD est insuffisamment vacciné contre la grippe par rapport aux objectifs nationaux et internationaux, et ce, malgré des recommandations claires. Objectif : étudier les arguments de refus de la vaccination antigrippale des infirmiers travaillant en EHPAD. Matériel et méthode : Recherche qualitative avec analyse thématique reposant sur des entretiens semi dirigés, réalisés auprès de seize infirmiers non vaccinés travaillant dans des EHPAD du Gers, d'octobre 2016 à décembre 2016. Résultats et discussion : les principaux arguments avancés comme étant des freins à la vaccination sont le manque d'efficacité du vaccin, l'existence d'alternatives efficaces, des craintes liées au vaccin, le sentiment de ne pas se sentir concerné par le vaccin, le manque d'information ou d'incitation durant les campagnes, et enfin le format du vaccin. Ces freins sont poly factoriels, liés aux connaissances, croyances et à l'attitude des infirmiers vis-à-vis de la grippe et de son vaccin. Conclusion : Cette étude permet de mieux comprendre les caractères socio-psychologiques du refus de la vaccination par les infirmiers d'EHPAD et pourrait constituer une base pour établir des campagnes de promotion efficaces pour ce vaccin.

Mots clés : vaccination anti grippe, infirmiers, EHPAD, freins à la vaccination.

Directeur de thèse : Dr Stéphane SMAIL

Discipline administrative : Médecine générale