



**Vaccination contre la grippe auprès des
professionnels de santé :
tour d'horizon des pays développés,
quelles recommandations pour quelle efficacité ?**

**D. DOUMONT
F. LIBION**

En collaboration et à la demande de l'asbl Question Santé

**Mai 2007
Réf. : 07- 44**

Série de dossiers techniques



TABLE DES MATIERES

Introduction	2
1. Les données épidémiologiques	4
1.1. Incidence et prévalence de la grippe en général.	4
1.2. Taux d'absentéisme liés au syndrome de la grippe	4
1.3. Couverture vaccinale en Belgique et/ou dans les autres pays investigués	5
1.4. Impact d'une vaccination contre la grippe en termes de coût/bénéfice/efficacité	10
2. La vaccination antigrippale et le point de vue scientifique/expert	11
3. Les facteurs qui influencent les comportements de vaccination des professionnels de la santé	14
4. Les stratégies mises en place pour promouvoir la vaccination chez les professionnels de la santé	18
5. Recommandations des auteurs	23
6. Conclusions	25
7. Bibliographie	27

Dominique DOUMONT, France LIBION
Unité RESO, Education pour la Santé, Faculté de Médecine, Université catholique de Louvain¹

**Vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé :
tour d'horizon des pays développés,
quelles recommandations pour quelle efficacité ?**

L'ASBL Question Santé mène un groupe de réflexion et de travail sur la problématique de la vaccination contre la grippe auprès des professionnels de santé (médecine du travail, service de soins à domicile, milieu hospitalier, maison de repos, etc.). L'ASBL Question Santé s'interroge notamment sur les pratiques et recommandations en matière de vaccination dans d'autres pays développés et sollicite l'unité RESO pour réaliser un état de la question.

Introduction

◆ Au cours du vingtième siècle, dans les pays développés, l'amélioration des conditions de vie (hygiène, alimentation,...) mais aussi la généralisation de l'utilisation des antibiotiques et de la vaccination ont permis de faire reculer la mortalité et la morbidité liées aux maladies infectieuses. Petit à petit, ces progrès sanitaires sont probablement à l'origine d'une « *perte de conscience collective* » des risques infectieux liés à « notre » environnement et donc à une « *relative dévalorisation de la vaccination.* » (Balinska et al., 2007). Pour ces auteurs, la vaccination est une illustration parlante du « *paradoxe de la prévention* » selon laquelle une « *mesure de prévention apporte de grands bénéfices à la collectivité mais offre peu de bénéfices à l'individu qui y participe* » (Poland et al., 2001, cités par Balinska et al., 2007). En effet, le bénéfice individuel est peu, voire non perçu mais il en est tout autre en ce qui concerne les effets secondaires, à commencer par l'injection du vaccin.

Une minorité de la population a toujours été opposée à la vaccination en tant que telle (Spier, 2001, cité par Balinska et al., 2007) et le discours anti-vaccinal est argumenté comme suit :

- Le recours à la vaccination doit relever d'un choix individuel.
- Les autorités sanitaires et industrielles ne recommandent la vaccination que pour des raisons économiques.
- La vaccination serait nuisible pour la santé et jouerait un rôle minime dans le contrôle et l'éradication des épidémies.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, D. Doumont, D. Houeto, F. Libion, J. Pélicand.

- L'existence d'autres moyens naturels pour se protéger des maladies infectieuses comme par exemple le renforcement de son immunité par des traitements homéopathiques.

Différentes études (Raithatha et al., 2003; Taylor et al., 2002; citées par Balinska et al., 2007) ont permis de montrer que les craintes liées aux éventuels effets secondaires des vaccins sont assez largement répandues dans toutes les sociétés (peur de complications neurologiques et immunitaires dans les pays industrialisés; craintes de contamination avec le VIH ou encore peur de l'installation de stérilité dans les pays émergents).

Des enquêtes réalisées en France par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ainsi que les travaux de Balinska et al., 2004 et 2006; et de Baudier et al., 2005, cités par Balinska et al. 2007, ont permis de pointer les connaissances mais aussi les différentes perceptions qu'ont les populations à propos des risques et bénéfices de la vaccination.

Les résultats de ces études montrent par exemple que :

- 15% de la population française n'ont pas conscience de la transmission de la grippe par aérosol.
- En cas de fièvre (> à 38°C), 80% de la population disent aller au travail comme d'habitude. En présence de température chez un enfant, 18% des parents déclarent envoyer l'enfant à l'école.
- La perception des risques vaccinaux par la population est différente en fonction du lieu de résidence (en général, les méridionaux semblent moins enclins à se faire vacciner que les habitants d'autres régions de France).
- En fonction de l'âge de la personne concernée et de son propre intérêt pour sa santé, la décision de se faire vacciner est variable, (par exemple, les personnes âgées de plus de 50 ans se font plus facilement vacciner contre la grippe que leurs cadets).
- Les médecins généralistes partagent beaucoup les mêmes craintes que la population générale en matière de sécurité vaccinale. En effet, il ne faut pas oublier que les médecins sont eux aussi confrontés aux messages médiatiques ; ils peuvent également être influencés par les craintes de leur patientèle ; ils se sentent également parfois insuffisamment informés par les autorités sanitaires.

La revalorisation au sein de la population de la vaccination en général doit avant tout passer par une confiance retrouvée du public en ce mode de prévention des maladies infectieuses. Pour cela, une sensibilisation aux enjeux liés aux contrôles de ces maladies est nécessaire pour permettre à la population de « découvrir ou redécouvrir » tous les bénéfices d'une vaccination car « *la vaccination est l'un des outils de prévention les plus performants dont nous disposons* » (Balinska et al., 2007).

Méthode

Les recherches bibliographiques ont été menées sur différentes bases de données telles que Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux) et Sciencedirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science).

Certains sites Internet ont également été consultés (www.vaccination-info.be; www.iph.fgov.be; www.stat.gouv.qc.ca; www.eurosurveillance.org). La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus. Au regard de ces différents critères, 27 articles ont été sélectionnés. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent essentiellement les cinq dernières années.

Les mots clés retenus pour la recherche documentaire sont : influenza vaccination, immunization, risk perception, health care worker, prevention.

1. Les données épidémiologiques

1.1. Incidence et prévalence de la grippe en général

◆ Le virus de la grippe est responsable, annuellement dans le monde, du décès de 250.000 à 500.000 personnes (OMS, 2004, cités par Poland et al., 2005).

En Belgique, lors de la dernière grosse épidémie (hiver 1989/1990), le virus de la grippe avait été responsable du décès de 4.500 personnes. Les épidémies sont depuis lors, selon l'Institut Scientifique de Santé publique (ISP), moins « meurtrières » causant en moyenne chaque année le décès de plus ou moins 1.500 personnes.²

Aux Etats-Unis, cette maladie est la sixième cause de mortalité auprès des adultes et est responsable de près de 36.000 décès chaque année. (Thompson et al., 2003 cités par Poland et al., 2005).

1.2. Taux d'absentéisme liés au syndrome de la grippe

◆ Selon Chamoux et al. (2006) (France), « *le risque du personnel hospitalier vis-à-vis de la grippe est augmenté par la présence de personnes infectées hospitalisées dans les services* ». Elder (1996), cité par les auteurs, souligne qu'une incapacité de travail est observée dans près de 48 % des personnes contaminées. De son côté, Saxen (1999) (cité par Chamoux et al., 2006) concluait « *que la vaccination contre la grippe du personnel soignant permet de réduire l'absentéisme de 28 %* ». Ces données montrent donc l'importance d'une campagne de vaccination antigrippale auprès du personnel soignant, permettant d'une part, de réduire les symptômes cliniques liés au virus de la grippe et d'autre part, de diminuer le taux d'absentéisme.

◆ Selon Takayanagi et al. (2007) (Brésil), les épidémies de grippe sont responsables d'un degré important d'absentéisme au travail et ainsi responsables d'une réduction de la productivité durant les mois hivernaux. (Centers for Disease Control and Prevention, 1997, cités par Takayanagi et al.). Ces auteurs citent également les études de Bridges et al. (2003) et de Carman et al. (2000) qui ont montré que la vaccination contre la grippe permet de réduire l'absentéisme des professionnels de la santé mais aussi le nombre de décès auprès des patients hospitalisés.

² www.iph.fgov.be

1.3. Couverture vaccinale en Belgique et/ou dans les autres pays investigués

◆ En Belgique, le taux de vaccination de la population (et donc des professionnels de la santé) reste assez méconnu. Cependant, sur base des résultats de l'Enquête de Santé réalisée en 2001 et du nombre de doses de vaccin délivrées, des estimations de taux de vaccination de la population ont pu être réalisées. On constate qu'en 2001, 58% des personnes âgées de plus de 65 ans étaient vaccinés. Ce taux peut paraître élevé mais il est loin d'atteindre « *l'objectif concret d'une couverture vaccinale de 75% du groupe à risque* » proposée par l'OMS.

En ce qui concerne la vaccination des professionnels de santé, il existe peu d'informations à ce sujet. Cependant sur base d'une étude pilote réalisée en 2002 en Flandre auprès de 1.100 soignants exerçant dans des maisons de repos et de soins, il en ressort qu'un soignant sur cinq était vacciné. (Van Ranst & Snacken, 2005; Tréfois, 2005).

◆ Boland et al., (1997) et Beguin et al. (1998), (Belgique) se sont intéressés aux déterminants de la non-acceptation du vaccin anti-grippal auprès du personnel soignant des Cliniques Universitaires Saint-Luc. En effet, la couverture vaccinale était alors encore inférieure à 15 % et ce malgré les recommandations de l'institution et la mise à disposition gratuite du vaccin.

Les auteurs ont donc réalisé en avril 1996 une enquête pour tenter de comprendre ces raisons de non-vaccination durant l'hiver 1995-1996. Un tiers du personnel a participé à cette enquête, ce qui présente un échantillon de 1530 employés sur les 4.109, (soit 37 % du personnel des Cliniques).

Le taux de vaccination parmi les répondants était de 32 % (soit 487/1530). Ces taux étaient plus élevés auprès des personnes plus âgées (> à 50 ans), soit 40 % versus 24 %. La vaccination était plus fréquente chez les hommes (41 %) qu'auprès des femmes (25%). Enfin, le taux d'adhésion à la vaccination était plus faible parmi le personnel soignant que non-soignant (28 % versus 32 %, $p = 0,05$) et n'était pas plus élevé pour le personnel soignant fréquemment en contact avec les patients.

◆ Dekeyser (2003) (Belgique) rapporte que pour la saison hivernale 2002-2003, « *sur 1388 membres du personnel des Cliniques de l'Europe (Cliniques Ste Elisabeth, St Michel et Deux Alice), seulement 340 ont été vaccinés, soit 24 % des membres du personnel. Le vaccin est pourtant gratuit et administré par le médecin du travail sur les trois sites au sein des Cliniques de l'Europe* ».

L'auteur dresse également un état des lieux de la couverture vaccinale de quelques hôpitaux bruxellois et du CHU de Liège pour l'année 2002.

En voici la synthèse :

- Clinique du Parc Léopold : 93 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 19 % du personnel.
- Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL) : 1251 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 25 % du personnel.
- Clinique Sainte-Anne- Saint-Rémi : 50 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 12,5 % du personnel.
- Site Molière-Longchamp : 219 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 53 % du personnel.
- Site Etterbeek-Ixelles : 150 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 37,5 % du personnel
- CHU de Liège : 1121 personnes ont été vaccinées, ce qui représente 32 % du personnel.

L'examen des taux de couverture vaccinale nous permet de constater une certaine disparité dans les % de personnes vaccinées. Ces différences relevées par Dekeyser (2003) peuvent être dues aux modalités et aux moyens mis en place par les différentes institutions recensées.

Une analyse plus détaillée de ces résultats est proposée au paragraphe 4, page 18.

◆ La vaccination des médecins généralistes reste également problématique. En effet, bien qu'il existe peu de données en Belgique concernant la couverture vaccinale des médecins, il semblerait, au vu des études citées par Semaille et al., (2004) (Belgique), qu'elle reste faible également.

L'étude belge réalisée en 2000 par Jonckheer et al. (citée par Semaille et al.), auprès de 153 médecins vigies (population particulièrement sensibilisée au problème), a permis de démontrer que 54 % de ces médecins étaient vaccinés contre la grippe. Une autre étude réalisée en 2002 en région liégeoise par Ucan (citée par Semaille et al.), dans le cadre d'un DES en médecine générale, a permis de démontrer que 51 % des médecins généralistes de la région étaient en ordre de vaccination contre l'influenza.

Selon les auteurs Semaille et al., la vaccination des médecins généralistes pose deux difficultés importantes. D'une part, « *le médecin généraliste peut être un réservoir de maladies infectieuses pour les patients (surtout fragilisés) avec qui il est en contact* », et d'autre part, « *l'attitude du médecin généraliste par rapport à la vaccination (et la sienne en particulier) influence ses actes préventifs et par là même la couverture vaccinale de la population* ».

Ces deux données montrent toute l'importance d'intensifier et de consolider le comportement vaccinal des médecins généralistes, au même titre d'ailleurs que le comportement vaccinal de l'ensemble du personnel de santé.

◆ En 2000, le taux de vaccination de la population suisse était de 14%. Selon Zimmerli et al. (2001) (Suisse), ce taux était comparable à celui relevé en Allemagne, en Angleterre et en Belgique. C'est pourquoi, l'Office fédéral de la santé publique suisse a décidé de mener une campagne de prévention de la grippe en vue d'atteindre un taux de vaccination d'au moins 60% chez les personnes âgées de plus de 65 ans et de tendre à obtenir une couverture vaccinale de 70% chez les soignants qui travaillent auprès de groupes/personnes à risque.

◆ L'étude de Weingarten (1986) citée par Gil et al., (2005) (France), avait mis en évidence que seulement 5,3% des soignants d'un hôpital de 1120 lits avaient été vaccinés et que 35,3% du personnel avaient développé la grippe.

Dans l'étude française menée par Gil et al. (2005) et qui avait pour but d'évaluer la couverture vaccinale au CHU de Besançon (enquête par questionnaire menée du 01/02/04 et le 14/04/04 auprès de 5.000 personnes (soignants, administratifs, étudiants, etc.)³,

il ressort que :

- 277 soignants (soit 20,1% de l'ensemble de réponses) déclarent avoir été vaccinés. Parmi ces soignants vaccinés, on trouve 63/228 hommes (27,6%) et 213/1145 femmes (soit 18,6%) (p=0,001).
- L'âge moyen des personnes vaccinées est de 38,9 ans (écart type : + ou - 11,3 ans); l'âge moyen des personnes non vaccinées est de 36,17 ans (écart type : + ou - 10,3 ans).
- La couverture vaccinale est significativement plus élevée (50 %) chez les personnes âgées de plus de 50 ans par rapport au reste du public cible.
- Les personnes les plus vaccinées sont les médecins et les pharmaciens (40,5%) ; seulement 20,6% des infirmières sont vaccinés ainsi que 18% des aide-soignantes et des assistantes de soins hospitalières. (p<0,01)
- Il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne la répartition des personnes vaccinées dans les différents services d'hospitalisation SAUF au niveau de l'hôpital de

³ Envoi de 3.000 questionnaires (soit par courrier ou courriel) et obtention de 1.377 réponses, soit 46%, ce qui représente + ou - 27,5% de l'ensemble du personnel de ce CHU.

jour où le personnel s'est davantage « soumis » au vaccin que celui des services de médecine ($p=0,003$) et de chirurgie ($p=0,01$). De plus, la couverture vaccinale des soignants est plus importante chez ceux qui travaillent dans des services de gériatrie (78,5%) par rapport aux autres services de médecine (21,3%) ($p<0,01$), ou dans des services administratifs (24,1% de vaccinés) ou encore en chirurgie 18,2% et aux soins intensifs (18,7%) ($p<0,001$).

- Le lieu de vaccination : médecine du travail dans 69,9% des cas ($n=186$), médecin traitant dans 9% des cas ($n=24$), et pour 26 personnes (9,8%) la vaccination a été réalisée par une personne de l'entourage (conjoint, infirmière, ..)

Notons qu'aucune action de sensibilisation à la vaccination n'a été menée avant la réalisation de l'enquête à l'exception de celle réalisée annuellement par la médecine du travail.

Dans leurs conclusions, Gil et al. (2005) font ressortir le faible taux de vaccination du personnel infirmier (20,6%) par rapport au personnel médical (40,1%). Ils comparent leurs résultats avec d'autres études réalisées dans les pays anglo-saxons (O'Rourke et al., 2003; Martinello et al., 2003 et Brotherton et al., 2003) et montrent ainsi qu'il y a une similitude des résultats obtenus.

Les auteurs citent également Carman et al., (2000) qui ont comparé dans une étude randomisée la mortalité des personnes âgées vivant dans des structures de soins proposant au personnel soignant une vaccination à celle d'établissements qui ne proposent pas cette vaccination. Ces résultats montrent que la mortalité était de 13,6% contre 22,4% ($p<0,01$).

L'étude de Salgado et al. (2004) (citée par Gil et al., 2005) menée dans un établissement de 600 lits montre que l'augmentation du taux de vaccination (4% en 1987 à 67% en 2000) a permis de réduire de manière significative (mais non précisée par les auteurs) le nombre de cas de grippe nosocomiale chez les patients mais aussi chez les soignants.

On constate une baisse de la mortalité de 17 à 10% chez les résidents « long séjour » pour autant que la couverture vaccinale des soignants soit importante.⁴

◆ Valour et al. (France) (2007) ont réalisé une étude qui avait pour but d'évaluer le taux de couverture vaccinale du personnel hospitalier à l'hôpital de la Croix Rousse (hôpitaux de Lyon) pour l'hiver 2004-2005. Pour ce faire, 887 questionnaires ont été envoyés à tout le personnel de l'hôpital ayant une adresse courriel et 689 questionnaires ont pu être analysés.⁵

En voici les principaux résultats :

- La couverture vaccinale des 18-29 ans est significativement inférieure à celle des plus de 50 ans ($X^2=7,33$, $p < 0,01$).
- La couverture vaccinale des non soignants est significativement inférieure à celle des soignants ($X^2=12,12$, $p<0,001$).
- La couverture vaccinale des soignants non médecins est significativement inférieure à celle des soignants médecins ($X^2=11,63$, $p<0,001$).
- La couverture vaccinale des personnels travaillant dans une spécialité chirurgicale est significativement inférieure à celle des personnels travaillant dans une spécialité médicale ($X^2=17,16$, $p<0,001$).
- La couverture vaccinale des personnels travaillant dans une spécialité chirurgicale est significativement inférieure à celle des personnels travaillant au sein de spécialités techniques ($X^2=28,06$, $p<0,001$).

⁴ Notons que l'étude de Potter et al. (1997) (citée par Gil et al., 2005) précise que cette couverture vaccinale doit atteindre 61%.

⁵ Soit un taux de réponse de 26,7 % du personnel de cet établissement (145 hommes et 484 femmes, respectivement 23,1 % et 76,9 %).

- 89,2 % des répondants déclarent avoir été bien informés dans le cadre de leur activité professionnelle (parmi « les bien informés », couverture vaccinale de 31,7%, parmi non informés, couverture vaccinale de 22,1%).

Notons qu'en 1999, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique Français (CSHPF) conseillait l'extension de la couverture vaccinale à toute personne amenée à prendre en charge des personnes âgées de plus de 65 ans ou atteinte de maladies chroniques.

◆ Le service de santé du CHU de Clermont-Ferrand, en étroite collaboration avec le centre de lutte contre les infections nosocomiales et le service d'hygiène hospitalière, a organisé une campagne de vaccination à l'attention de tout le personnel soignant dans le décours de l'hiver 2003-2004. (Chamoux et al., 2006) (France). Le taux de couverture vaccinale est alors passé de 4,8 % à 12,6 % et, d'après les auteurs, « *la vaccination in situ a permis d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 29 % dans les services concernés.* »

Chamoux et al. citent également les résultats d'une enquête de la SOFRES (2003), commanditée par le groupe d'aide et d'information sur la grippe (GEIG).

Ils font état des résultats suivants : 15 % des professionnels de santé seraient vaccinés contre 22 % de la population générale (Avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles relatif à la vaccination contre la grippe, 2003, cités par les auteurs).

◆ Canning et al (2004) (Angleterre) ont réalisé une étude permettant d'identifier les raisons du peu de prise en considération de la vaccination contre la grippe auprès de soignant(e)s de deux hôpitaux de la région de Liverpool (échantillon volontaire de 144 infirmières et aides-soignantes). Le taux de couverture vaccinale pour l'hiver 2002 s'élevait à 7,6%.

◆ Juanes et al. (2007) (Espagne) ont comparé les chiffres de trois campagnes consécutives de vaccination contre la grippe dans un hôpital de la capitale espagnole.

En 2001-2002, la couverture vaccinale était de 16 % dont 11,5 % d'infirmier(e)s et 15 % de médecins.

En 2002-2003, le taux s'élevait à 21 % alors qu'en 2003-2004, il passait à 40 % dont 60 % de couverture pour les médecins, 42 % pour les médecins résidents et seulement 30 % pour les infirmières et stagiaires infirmières.

Notons que le nombre et la distribution de la cohorte n'ont pas changé durant la période étudiée entre 2001 et 2004.

La comparaison des résultats des 3 campagnes consécutives montre que 70 % du staff infirmier n'a donc pas « bénéficié » d'une vaccination contre la grippe en 2003-2004, ce qui selon Juanes et al. (2007) confirme les résultats d'autres études, notamment celle de Fedson DS (1996) mais aussi celle de Gil et al. (2005) qui pointent le faible taux de vaccination du personnel infirmier (20,6%) par rapport au personnel médical (40,1%). Enfin, les études réalisées dans les pays anglo-saxons (O'Rorke et al., 2003; Martinello et al, 2003 et Brotherton et al., 2003) montrent qu'il y a une similitude dans les résultats obtenus.

En effet, les infirmier(e)s sont réticent(e)s à l'idée d'une vaccination contre la grippe (peur de l'aiguille, inquiétude concernant l'efficacité et la sécurité vaccinale, ne se considère pas comme personne à risque, etc.)

Ces faibles taux de vaccination sont obtenus malgré les recommandations et les activités de promotion pour la santé mises en place par l'institution.

◆ En Allemagne, malgré les recommandations de vaccination émises à l'attention des soignants, la couverture vaccinale de ceux-ci reste faible : la proportion des professionnels vaccinés était de 7-10% en 1999-2000 (Leitmeyer et al., 2006).

Suite à différents programmes préconisant la vaccination des professionnels, la proportion des professionnels vaccinés dans les centres hospitaliers participant à la recherche a augmenté graduellement de 2001-2002 à 2003-2004 (21%-23%-26%) avec une plus grande évolution chez les médecins que chez les infirmières avec un taux de départ semblable.

◆ Malgré les recommandations de l'OMS qui prônent une vaccination anti-grippale pour tous les soignants, la couverture vaccinale des soignants en Europe reste faible (<25%), (Van Essen et al., 2003; Kroneman et al., 2003, cités par Burls et al., 2005), (Angleterre).

En Europe en 2000, seulement 5 pays sur 26 ont répondu à une enquête concernant les stratégies de vaccination antigrippale. Les taux de vaccination des professionnels vont de 15% en Ecosse à 25% en Roumanie, (Kroneman et al., 2003), cités par les auteurs.

◆ L'ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) recommande depuis 1981 une vaccination contre la grippe pour tous les professionnels de santé aux U.S.A., de manière à réduire l'étendue de la grippe auprès des soignants et sa transmission auprès des patients mais également afin de diminuer les maladies du personnel soignant et l'absentéisme de celui-ci en saison hivernale, (Harper et al. C.D.C., 2004 cités par Willis et Wortley, 2007) (U.S.A.).

Malgré ces recommandations, le taux de vaccination reste largement en-dessous des attentes. En 2003, il s'élevait à 40,1 % pour les professionnels de santé américains (CDC, données non publiées, 2005), cité par Willis et Wortley (2007) (U.S.A.). Ces taux sont inférieurs auprès du personnel de nursing en comparaison avec les médecins (Martinello et al., 2003; Nichol et al., 1997), cités par les auteurs. Ces constatations rejoignent celles émises par d'autres auteurs déjà mentionnés dans ce dossier technique. Enfin, le personnel du nursing est préoccupé par les effets secondaires et l'efficacité (perçue) de la vaccination. (Weingarten et al., 1989; Heimberger et al., 1995), cités par les auteurs.

◆ 36% des professionnels de la santé sont vaccinés aux USA (Bridges et al., 2003), et 35% des professionnels de santé à risque sont vaccinés en 1999 au Canada (Stevenson et al., 2001, cités par Thomas et al., 2006).

Au Canada, les priorités nationales de santé publique 1997-2002 du Gouvernement québécois visent une couverture vaccinale anti-grippale de 80% des personnes âgées vivant en institution et de 60% pour la population de plus de 65 ans d'ici 2002. (Thomas et al., (2006)).

En 1998, une évaluation de l'atteinte de ces priorités pour la province du Québec a été menée à la demande du Gouvernement québécois et les résultats montrent que :

- La couverture vaccinale des personnes âgées et atteintes de maladie(s) chronique(s) est estimée à 26% (ce sont les patients souffrant d'emphysèmes qui auraient reçu le plus ce vaccin (47%) contre 20% pour les asthmatiques par exemple).
- Les personnes de plus de 65 ans ont plus été vaccinées (49%) que les personnes de moins de 64 ans (14%).
- La majorité des personnes vaccinées (77%) l'ont été sur recommandation médicale
- Environ 11% des soignants sont vaccinés contre la grippe.

◆ Pour Rudner Lugo (2007) (USA), alors que le CDC recommande la vaccination anti-grippale pour les professionnels de santé depuis 1981, on assiste malheureusement à une stagnation du taux de couverture vaccinale des professionnels oscillant entre 30 et 40% depuis plusieurs années.

En guise de conclusion, les résultats de l'enquête menée par Gil et al. (2005) confirment le manque de couverture vaccinale antigrippale des professionnels de santé travaillant en institutions de soins.

Ces résultats corroborent ceux obtenus dans d'autres études européennes menées dans des centres hospitaliers. Par exemple, à Barcelone, le taux de vaccination est estimé entre 12,7 et 14,7% (Ricart et al., 2002); à Genève, 10% des soignants hospitaliers sont vaccinés (Habarth et al., 1998); en Irlande, ce taux serait de 17,5% (O'Rorke et al., 2003); aux Cliniques Saint-Luc de Bruxelles, ce taux de vaccination est évalué à 15 % (Beguin et al., 1998).

Par contre, aux Etats-Unis, au Canada et en Australie, ces taux de vaccination sont bien meilleurs et ils atteignent de 51 à 73% (Martinello et al., 2003 et Brotherton et al., 2003, cités par Gil et al., 2005).

1.4. Impact d'une vaccination contre la grippe en termes de coût/bénéfice/efficacité

◆ La vaccination antigrippale est recommandée depuis 1988 par le « STIKO » (German Standing Committee for Vaccination Recommendations), en Allemagne, pour toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique et/ou âgées de plus de 60 ans, ainsi que les professionnels de santé avant chaque période hivernale.

Toutefois, malgré ces recommandations, durant la période 2003-2004, plus de 50% de la population de personnes dites malades chroniques et/ou âgées n'étaient pas vaccinés. (Anonymous, 2004, cités par Leitmeyer et al., 2006) (Allemagne).

Or, l'étude allemande menée en 1996 (Szucs et al., 1996, cités par Kroneman et al., 2003) a permis d'évaluer à 632 € le coût moyen de chaque patient atteint de la grippe. Ce coût moyen a été calculé en tenant compte des frais indirects (incapacité de travail, etc). Cette estimation est comparable aux résultats obtenus dans d'autres études menées aux Etats-Unis (Nichol et al., 2002, cités par Kroneman et al., 2003).

Les périodes grippales sont associées à un excès de morts estimé à 7000-14000. (Szucs et al., 2005, cités par Leitmeyer et al., 2006) et plus de 90% des décès ont lieu parmi les personnes âgées. Cependant, la population allemande vieillit avec une augmentation de la population âgée de plus de 60 ans et donc on assiste à une recrudescence de cette population parmi les personnes hospitalisées.

De manière à réduire le nombre d'infections nosocomiales, il est donc primordial que les professionnels de santé en milieu hospitalier se fassent vacciner contre la grippe (Poland et al., 2005, cités par les auteurs).

◆ La revue de littérature réalisée par Thomas et al. (2006) (Canada) avait pour but d'observer l'efficacité et l'efficacité d'une vaccination anti-grippale auprès des professionnels de santé et son impact en termes de fréquence/diminution, complication, voire décès auprès des personnes âgées institutionnalisées. Ces personnes âgées et les soignants qui les encadrent peuvent faire l'objet d'une vaccination pour leur protection personnelle mais le bénéfice croissant pour les personnes âgées lié à la vaccination des professionnels de soins doit encore être prouvé par d'autres études cliniques. Vacciner des personnes en institution ou des personnes âgées de moins de 60 ans n'a qu'un modeste intérêt pour la prévention de la grippe, selon les auteurs.

En Europe, de nos jours, la couverture vaccinale anti-grippale des professionnels de soins reste encore faible, la moyenne se situant entre 15 et 25 %, et ce en dépit des recommandations de différentes autorités de santé publique et des nombreux efforts consentis par les institutions de soins. Les infirmier(e)s et aides-soignant(e)s semblent être les plus réticent(e)s aux « incitations » de vaccination.

2. La vaccination antigrippale et le point de vue scientifique/expert

La grippe est l'une des causes majeures de morbidité et mortalité au sein de toute la population et plus spécifiquement auprès des personnes de plus de 65 ans, des personnes atteintes de pathologies chroniques.

Les professionnels de santé sont particulièrement exposés à des agents infectieux comme la grippe et sont des sources potentielles de transmission/contamination à d'autres personnes (soignants et patients) (Brammer et al., 1997, cités par Takayanagi et al., 2007).

C'est la raison pour laquelle la vaccination antigrippale est à considérer comme une approche complémentaire pour protéger les plus vulnérables mais aussi comme moyen de réduction de la transmission de la grippe (Potter et al., 1997, cités par Rudner Lugo, 2007). En effet, de nombreuses études (Dash et al., 2004 ; Salgado et al., 2004 ; Potter et al., 1997 ; Recommandations du CDC, 2005, cités par Rudner Lugo, 2007) montrent qu'il existe un lien entre un faible taux de vaccination des professionnels de santé et la déclaration de cas de grippe auprès des patients hospitalisés ou de personnes âgées vivant en maison de retraite.

Comme le signalent Vatour et al., (2007) « *les objectifs de la vaccination hospitalière ne sont pas les mêmes que dans la population générale : à la protection individuelle s'ajoute le souci de restreindre la diffusion aux sujets fragiles.* »

C'est pourquoi, la plupart des pays européens et nord américains incitent les professionnels de santé à suivre les recommandations de vaccination antigrippale formulées par :

- L'OMS (1997)
- Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) depuis 1981
- Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) qui conseille depuis 1998 une extension de la couverture vaccinale des soignants (Valour et al., 2007)
- L'Advisory Committee on Immunisation Practices (ACIP) (cité par Valour et al., 2007)
- Le Conseil Supérieur d'Hygiène Belge (CSH) recommande la vaccination des « *personnes à risque de complications, c'est-à-dire toute personne au-delà de 65 ans, même en bonne santé et les personnes institutionnalisées, tout patient à partir de l'âge de 6 mois avec une affection chronique sous-jacente, même stabilisée, d'origine pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale, métabolique ou des troubles immunitaires (naturels ou induits) et les enfants de 6 mois à 18 ans sous thérapie à l'aspirine au long cours* ». Il recommande également la vaccination auprès des personnes pouvant « *transmettre la maladie aux personnes à risque, c'est-à-dire toute personne travaillant dans une institution de soins ou de repos, que ce soit le personnel médical ou administratif, les personnes vivant sous le même toit qu'une personne à risque, y compris les enfants* ». ⁶

Outre ces recommandations, des pays comme l'Australie (Burls et al., 2006), l'Allemagne (Leitmeyer et al., 2006) ont mis en place des politiques de promotion de la vaccination et/ou de vaccination destinées plus spécifiquement aux professionnels de santé.

Dans le cadre de ce dossier technique, on constate que la plupart des résultats des études montrent tout l'intérêt d'une vaccination antigrippale des professionnels de la santé et plus particulièrement pour ceux qui travaillent auprès de personnes à risque (personnes âgées de plus de 65 ans, personnes atteintes de problèmes de santé chroniques). Toutefois, certaines

⁶ www.iph.fgov.be/flu/FR/CSH_influenza.pdf

études semblent plus nuancées quant aux bénéfices de cette vaccination auprès des professionnels de la santé ((Rudner Lugo, (2007) ; Thomas et al. (2006)).

- ◆ Par exemple, en Angleterre, l'étude de Carman et al., (2000) (citée par Canning et al., 2005), a mis en évidence que la mise en place d'un programme de vaccination des soignants a permis une réduction de la mortalité (chiffres non cités par les auteurs) chez les personnes âgées hospitalisées mais a permis aussi une diminution de 28% du nombre de jours d'absence du personnel soignant pour cause de maladies respiratoires (Saxen & Virtanen, 1999, Wilde et al., 1999, cités par Canning et al. 2005).
- ◆ Au Canada (Québec), l'étude de Potter et al. (1997) (citée par Guay et al., 2000) a démontré l'efficacité de la vaccination anti-grippale des professionnels de santé des maisons de repos et/ou de soins en ce qui concerne la diminution de la mortalité de 44% des « pensionnaires » de ces structures d'accueil. Cette étude montre également tout l'intérêt de la mise en œuvre d'un programme de vaccination par les autorités du pays.
- ◆ Les études de Pachucki et al. (1989) et de Sagrera et al. (2002) (citées par de Juanes et al., 2005) démontrent que la non-vaccination des soignants est d'une part l'une des causes d'absentéisme institutionnel (chiffres non cités) et d'autre part une source de problèmes de santé significatifs au sein des équipes de soins et des patients hospitalisés (via la transmission du virus influenza).
- ◆ A Madrid (Espagne), les patients qui fréquentent des centres hospitaliers où au moins 60% du personnel soignant sont vaccinés ont un taux d'incidence de la grippe inférieur à ceux fréquentant une institution où la couverture vaccinale de la grippe au sein des soignants est inférieure à 60%. Ces résultats pourraient justifier, selon de Juanes et al., (2005), la promotion de la vaccination contre la grippe au sein des professionnels de la santé et ainsi suivre l'OMS dans ses recommandations par rapport aux taux « optimum » de couverture vaccinale de 60%.
- ◆ Par contre, pour Thomas et al., (2006) (Canada), il reste à prouver que la vaccination anti-grippale des professionnels de santé travaillant auprès des populations à risque est efficace. Toutefois, pour la protection des soignants, il pourrait être envisagé de les vacciner. Pour ces auteurs, il est nécessaire de mener d'autres recherches afin de prouver l'efficacité de « cette vaccination de soignants » et surtout pour en montrer les bénéfices que pourraient en retirer les populations fragilisées (personnes âgées, patients chroniques, ...).
- ◆ C'est pourquoi, selon l'American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM), la vaccination des professionnels n'est pas justifiée compte tenu de l'efficacité variable du vaccin et de la présence ubiquitaire de la grippe. D'autre part, cette institution relève que l'obligation vaccinale des soignants peut avoir une influence coercitive sur les relations employeur-employé. (Rudner Lugo, 2007). De leur côté, Shugarman et al. (2006) (cités par Rudner Lugo, 2007) ont démontré d'une part, qu'une vaccination simultanée des résidents de maisons de soins et les professionnels de santé y travaillant provoquerait une plus grande épidémie de grippe dans ces structures de soins et d'autre part qu'une immunisation plus importante n'est pas associée à une diminution des hospitalisations et des décès liés à la grippe.
- ◆ D'après la Direction Générale de la santé française, section maladies infectieuses et politique vaccinale (2004), (citée par Chamoux et al., (2006), l'objectif national de politique

de santé publique français serait d'obtenir d'ici à trois ans un taux de couverture vaccinale de 50 % pour les professionnels de santé ainsi que pour ceux en contact fréquent et régulier avec des patients à risque. Tout récemment en 2006, une modification de l'article L3111-4 du code de la santé publique française a été introduite et impose la vaccination antigrippale des professionnels de santé et des futurs professionnels de santé qui exercent dans des institutions de soins et de prévention. Or, pour le Directeur Général de la santé⁷, ce « *caractère d'obligation vaccinale est non applicable* ». Elle doit être abordée différemment selon que l'on se situe soit face à des périodes de grippe saisonnière, soit face à une pandémie grippale confirmée. En période de grippe saisonnière, les établissements de soins doivent promouvoir activement cette vaccination en vue d'augmenter la couverture vaccinale des soignants. Mais en aucun cas les institutions de soins ne doivent imposer ce vaccin. Par contre, en période de pandémie confirmée par l'OMS, la vaccination des professionnels de la santé sera obligatoire.

◆ En 1998, des recommandations ont été adressées aux hôpitaux en Australie pour augmenter la couverture vaccinale générale des personnels hospitaliers (Stewart et al., 2002). Il s'agissait notamment de vérifier le statut vaccinal de maladies comme la rougeole, les oreillons, la rubéole, la polio, l'hépatite, la grippe, etc. et d'inciter le personnel à réactualiser leurs vaccinations.

Ces recommandations impliquent que les hôpitaux tiennent un registre des vaccinations de tous leurs employés, y compris des informations sur « qui a accepté ou refusé » telle ou telle vaccination.

L'article rend compte d'une enquête menée dans un hôpital australien ayant développé une nouvelle politique de vaccination en 2000 en tenant compte des recommandations de 1998 précédemment évoquées.

Cette politique s'adresse en particulier aux nouveaux employés. Il s'agit de les informer des recommandations en matière de vaccination et de consigner leur acceptation ou refus de se faire vacciner.

La politique de vaccination prévoit de remettre à chaque nouvel employé un formulaire qu'il doit obligatoirement retourner complété pour signaler son statut vaccinal. Mais « l'actualisation » des vaccins n'est pas obligatoire !

Stewart et al. (2002) rapportent les résultats d'une étude menée avant le lancement de cette nouvelle politique, et qui a été reconduite trois mois après afin de déterminer s'il y avait une amélioration significative des couvertures vaccinales.

L'échantillon initial était de 400 personnes, avec 49% de couverture vaccinale antigrippale ; l'échantillon de suivi était de 144 personnes, avec 35% de couverture vaccinale antigrippale. Les auteurs observent donc que les couvertures vaccinales n'ont augmenté pour aucune des maladies considérées et que la plus « mauvaise » concerne la grippe !

Cependant, Stewart et al. (2002), concluent toutefois :

- Que même si ce n'est pas suivi d'effets (augmentation couverture vaccinale), les résultats de la recherche montrent que le personnel pense que la vaccination en général est importante et « désirable ».
- Que dans le cadre du suivi, une clinique spéciale pour le personnel au sein de l'hôpital est citée comme le lieu le plus approprié ou souhaitable pour le suivi des vaccinations (suivi des vaccinations chez le médecin traitant ou sur le lieu même de travail, dans le service).
- Que l'argument principal pour ne pas se faire vacciner (en général) est la crainte des effets secondaires.

⁷ www.atousante.com/layout/set/print/annexes/actualites/vaccination_contre_la_grippe

Les auteurs recommandent dès lors d'étendre les connaissances sur la vaccination et d'améliorer l'accessibilité des lieux de vaccination au sein de l'hôpital.

L'OMS, le CDC, les autorités sanitaires de pays européens et autres, recommandent la vaccination de la grippe auprès des professionnels de santé, surtout lorsque ceux-ci sont en contact direct avec des personnes âgées, institutionnalisées et/ou fragilisées.

3. Les facteurs qui influencent les comportements de vaccination des professionnels de la santé

◆ La revue de littérature réalisée par Dekeyser (2003) (Belgique) a permis, à l'aide du modèle PRECEDE de Green (1980), de déterminer des facteurs prédisposants au comportement de vaccination.

Pour rappel, les facteurs à l'origine de tout comportement de santé sont catégorisés selon Green de trois manières : des facteurs prédisposants, facilitants et renforçants.

« Cette notion d'une cause collective est particulièrement importante puisqu'un comportement est un phénomène multifacétique. Dans la mesure où nous voulons changer un comportement, il nous faut agir simultanément sur plusieurs des facteurs l'influençant et ne pas se limiter à s'attaquer à l'un ou à l'autre. L'utilité principale de ce classement des facteurs déterminant les comportements de santé réside dans le fait qu'il permet de faire ressortir ceux qui sont les plus susceptibles d'être modifiés par une action éducative, en même temps qu'il propose des catégories, facilitant la planification ».

Dekeyser (2003) propose, sous forme de tableau, une synthèse qui résume des facteurs prédisposants relevés dans sa revue de littérature.

<u>Facteurs prédisposants</u>	<u>Facteurs + à la vaccination</u>	<u>Facteurs – à la vaccination</u>
Connaissance	Efficacité du vaccin, bonne protection Etre dans une population à risque, être un peu fragile Réduire le risque d'infection nosocomiale	Effets secondaires, complications après le vaccin * Doute quant à l'efficacité du vaccin * Manque d'information, idées erronées * Perception des vaccins et des maladies Autres moyens de prévention existent Contre-indications
Croyance	Se protéger soi-même, ne pas avoir la grippe Prévenir la maladie et ses complications * Se sentir concerné, perception de leur propre santé	Non concerné, peu de risques de l'attraper, invulnérabilité * Non perception du problème Compte sur ses défenses personnelles
Valeur	Protéger le malade à risque élevé * Protéger le personnel, l'entourage (les enfants notamment)	
Attitude	Si déjà fait, on le refait	Paresse, oubli Peur des aiguilles Si jamais fait, on ne le fait pas

* Facteurs les plus fréquents relevés dans la revue de littérature

Cet auteur a également réalisé une enquête par entretiens semi-dirigés (2002) auprès des infirmières de la Clinique Saint-Elisabeth/Clinique de l'Europe en région bruxelloise (n = 37 dont 21 infirmières ont été vaccinées) afin de pouvoir mieux comprendre d'une part, sur quels facteurs prédisposants il est possible d'agir pour augmenter le taux de couverture vaccinale des infirmières et d'autre part, quels sont les moyens à utiliser pour augmenter le taux d'adhésion de cette catégorie de personnel soignant.

En voici les principaux résultats :

- Ne pas se sentir concerné par la vaccination contre la grippe (10).
- La grippe n'est pas dangereuse (9).
- On compte sur ses propres défenses immunitaires (7).
- Effets secondaires et complications liés à la vaccination (7).

Selon Dekeyser (2003), il ressort de son analyse que « *ce sont tous ces facteurs accumulés pour certaines (NDLR : les infirmières) qui les font opter pour la non-vaccination antigrippale. Ainsi, pour tenter de les convaincre, selon elles, il faut une bonne motivation (10). Il faut expliquer réellement le pourquoi de la vaccination anti-grippale, son utilité pour elles et pour les autres. Un des arguments qui peut être mis en avant, c'est le fait de se protéger (9) et de protéger les autres aussi (8)* ».

Cet auteur signale également que les infirmières souhaitent obtenir des preuves d'efficacité de la vaccination (5) ainsi que des informations concernant les éventuels effets secondaires, voire les complications.

◆ Suite à la campagne de vaccination menée en 1995-1996 au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Boland et al. (1997) ont réalisé une enquête par questionnaire afin de mieux cerner les déterminants de la non-acceptation du vaccin au sein du personnel des Cliniques. Un tiers du personnel a participé à l'enquête (soit 1530 personnes dont 487 avaient été vaccinées). La faible motivation pour la prévention et la méconnaissance de l'efficacité/l'utilité du vaccin antigrippal ont été identifiées comme déterminants de la non-acceptation du vaccin.

◆ Dans l'étude de Gil et al. (2005) (France) (n=1.100), les causes de non-vaccination sont liées à :

- Une allergie aux œufs pour 16 personnes (1,6% des cas).
- Craintes d'effets secondaires pour 101 personnes (9,9% des cas).
- Utilisation de l'homéopathie dans 11,1% des cas (n=113).
- 77,3% des personnes interrogées (787 personnes/1.100) déclarent ne pas se sentir concernées par une telle vaccination.

Dans l'étude de Harbath (Ricart et al., 2002, cités par Gil et al., 2005), les causes de non-vaccination sont liées à l'idée :

- D'une résistance naturelle et personnelle à la grippe (dans 32 % des cas).
- D'un faible risque de contamination dans 23% des cas.
- Aux craintes d'effets secondaires dans 19% des cas.

La peur des effets secondaires serait le frein principal de la non-vaccination et particulièrement chez les infirmières (Lester et al., 2003 et Nichol et al., 1997, cités par Gil et al., 2005). Par contre, pour les auteurs de l'article, la principale raison du refus de la vaccination serait liée à la sous-estimation/évaluation de l'intérêt du vaccin. Il semblerait que les professionnels concernés par cette étude française optent pour le choix de l'homéopathie, choix alternatif rarement mis en évidence par d'autres études selon Gil et al. (2005)

◆ Les 3 premières raisons évoquées par Valour et al. (France) (2007) pour la compliance vaccinale des professionnels de santé sont :

- Ne pas contaminer mes proches (61,7%).
- Ne pas interrompre mon activité (56,5%).
- Ne pas contaminer les malades (54,9%).

La protection des malades arrive en 3^{ème} position pour toutes les professions confondues mais en 1^{ère} position pour les médecins.

Les 18-25 ans se vaccinent davantage pour protéger malades et proches et sont plus sensibles à l'argument de gratuité du vaccin. Les plus de 50 ans se vaccinent davantage pour eux-mêmes, plus conscients du risque de la grippe.

Enfin, il semblerait que le personnel travaillant au sein des spécialités médicales et chirurgicales soit plus sensible au risque de contamination des malades.

Les arguments évoqués contre la vaccination sont une préférence pour homéopathie et la crainte des effets secondaires chez les plus de 50 ans et non soignants.

◆ Les deux principales raisons évoquées pour se faire vacciner d'après l'enquête de Canning et al. (2005) (Angleterre) (n=144) sont d'une part diminuer l'absentéisme et d'autre part se protéger de la grippe. Les raisons de non vaccination sont notamment la méconnaissance de l'effet protecteur du vaccin mais aussi des risques liés à grippe, la crainte liée aux effets secondaires, etc.

◆ A Madrid, d'après l'enquête réalisée par Juanes et al. (2007), les professionnels évoquent comme raisons de non vaccination l'innocuité non prouvée, l'efficacité douteuse, la douleur de l'injection. De plus, les professionnels de santé ne se considèrent pas comme des personnes à risque.

◆ En Allemagne (Leitmeyer et al., 2006), dans les hôpitaux qui ont utilisé du matériel d'informations (newsletters, website, séances d'information, poster, etc.) et qui ont reçu le soutien d'intervenants divers pour leur campagne de vaccination (médecin, infirmière, association de professionnels, etc.), le taux de vaccination a augmenté régulièrement avec les années, ceci contrairement aux hôpitaux qui n'ont pas utilisé ce matériel d'informations.

Ces auteurs constatent une différence de perception d'être à risque pour la grippe et de l'efficacité du vaccin selon les corps de métiers :

- Perception d'être à risque : médecins > infirmières > non médicaux
- Perception de l'efficacité du vaccin : médecins 55% > infirmières 33%

Le taux de vaccination augmente donc s'il existe d'une part, une perception d'être à risque et d'autre part, une efficacité démontrée du vaccin. Toutefois, le critère « d'être à risque » semble être plus important dans la décision de se faire vacciner.

Enfin, Leitmeyer et al. (2006) concluent que le niveau de connaissances et d'attitudes face à la vaccination antigrippale semble être très important dans la décision de se faire vacciner.

Ils signalent également que les infirmières sont plus facilement influencées par les pairs ou lorsque des messages personnalisés leur sont adressés.

◆ Dans une revue de littérature réalisée par Burls et al. (2006) (Angleterre), la plupart des facteurs de refus de vaccination mis en évidence sont :

- La peur des effets secondaires.
- La peur que la vaccination cause la grippe.
- Le refus des injections.
- La non-conscientisation de la disponibilité et l'utilité du vaccin.
- L'oubli, le manque de temps.
- La perception d'un faible risque de contracter la grippe.

Par contre, les professionnels de santé qui se sont fait vacciner l'ont fait pour se protéger (82-83%) mais aussi afin de protéger les autres (62-67%). (Thomas et al., 1993 ; Nichol et al., 1997, cités par les auteurs).

◆ D'après la revue de littérature réalisée par Rudner Lugo Nancy (2007) (USA), dans la prise de décision de la vaccination antigrippale, il existerait des différences liées :

- Au niveau d'éducation (besoin d'informations).
- Aux difficultés de compréhension.
- A l'existence d'une suspicion vis-à-vis de l'immunisation du vaccin.
- Au crainte d'effets secondaires.
- A l'existence de fausses croyances (se laver les mains et être en pleine forme permet d'éviter d'être contaminé par le virus de la grippe).
- « Le seul intérêt de la vaccination réside pour l'employeur, ainsi il évite les absences du personnel », « ce n'est pas la protection du patient qui est « en jeu ».
- Au peu de conséquences vitales (perçues) pour la non vaccination de soi (différent de l'hépatite B ou rubéole).
- L'appartenance ethnique ou culturelle.

◆ Un des facteurs expliquant le faible taux de couverture vaccinale au sein des professionnels de la santé concerne le doute quant à l'efficacité du vaccin à se prémunir contre la grippe. Les auteurs Thomas et al. (2006) (Canada) affirment que de ce fait, accroître le taux de couverture vaccinale au sein des professionnels de la santé reste un défi majeur à relever.

◆ Les professionnels non vaccinés en Alabama (USA) étaient souvent ceux qui étaient non informés, voire mal informés des effets secondaires et des bénéfices du vaccin contre la grippe. Cette faible couverture se justifie selon Willis et al. (2007) par les doutes des professionnels quant à l'innocuité et l'efficacité du vaccin contre la grippe.

◆ Selon Takayanagi et al. (2007) (Brésil), les facteurs de compliance à la vaccination antigrippale des professionnels de santé sont liés à l'âge (les plus âgés), au comportement de prévention et au contact avec des patients hospitalisés.

Par contre, la non-compliance des soignants à la vaccination est liée :

- A la perception de l'inefficacité du vaccin (Christian MA., 1991 ; Ohrt et McKinney, 1992, cités par Takayannagi et al. 2007).
- A la crainte des effets secondaires post-vaccination, aux inconvénients liés au manque de temps pour se faire vacciner et à la peur des injections médicamenteuses (Carman et al., 2000 ; Heimberger et al., 1995 et Nichol et al., 1997)

Pour ces auteurs, la connaissance et la prise en compte de ces facteurs sont essentielles pour réaliser une campagne de prévention de vaccination auprès des professionnels de la santé.

Voici les résultats d'une enquête menée à Sao Paulo auprès des professionnels de santé : 146 répondants/258 déclarent être vaccinés.

Les raisons de la vaccination sont :

- Se protéger pour 87% des répondants ($p < 0.001$)
- Protéger les patients pour 56%
- 38% estiment qu'il vaut mieux être vacciné que d'avoir la grippe
- Recommandation de la part de leur responsable hiérarchique direct pour 28%
- Etre convaincu que le vaccin ne cause pas la grippe pour 18%
- Recommandation de la part d'un médecin ou avoir reçu l'ordre de se faire vacciner pour 10%

Notons que 34,4% des répondants déclarent se faire vacciner tous les ans.

Les raisons de non-vaccination sont :

- La peur des risques ou des complications post-vaccin pour 22%
- L'oubli pour 19%
- Ne pas être convaincu de la nécessité de se faire vacciner pour 14%
- Le manque de temps pour 13%
- Avoir vécu de sérieuses complications suite à une première vaccination pour 8%
- Le vaccin est inefficace pour 6%
- Le vaccin n'est pas utile pour 6%

Différents déterminants de vaccination ont été relevés dans cette revue de littérature et concernent tant les aspects liés à la connaissance (efficacité et utilité du vaccin, effets secondaires, etc.) que les aspects liés aux valeurs, croyances et attitude (représentation erronée liée à l'efficacité du vaccin, se sentir concerné, se protéger individuellement mais aussi protection des plus vulnérables, peur des effets secondaires, crainte de l'injection, se sentir invulnérable, ne pas être convaincu des bienfaits de la vaccination, etc.). Ces différents facteurs influencent tant positivement que négativement le comportement vaccinal des soignants.

4. Les stratégies mises en place pour promouvoir la vaccination chez les professionnels de la santé

De cette revue de littérature, il ressort que l'amélioration de la couverture vaccinale antigrippale dépend du développement de campagnes et/ou de stratégies mises en place pour promouvoir cette vaccination auprès des soignants.

◆ Dans le cadre de son travail de mémoire, Dekeyser (2003) a d'une part, réalisé une enquête auprès du personnel infirmier de la Clinique Saint-Elisabeth à Bruxelles (résultats cfr supra : p. 15) et d'autre part, mené un focus-group auprès du personnel soignant (n=7, sur base volontaire, vaccinés et non vaccinés) ; ceci notamment pour tenter de mieux cerner quels sont les moyens à utiliser pour augmenter le taux d'adhésion à la vaccination antigrippale.

Cependant, avant de mener son focus-group, Dekeyser a soumis aux participants du focus group le relevé des stratégies et actions mises en œuvre dans certains établissements hospitaliers (hiver 2002) pour favoriser la vaccination antigrippale.

En voici un bref résumé :

- Clinique du Parc Léopold : la vaccination est gratuite et pratiquée par le médecin du travail. Une note de service informe le personnel du jour de la vaccination, le choix est libre.
- Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL) : deux journées ont été proposées au personnel hospitalier pour se faire vacciner au sein des cliniques. Le vaccin est gratuit. Réalisation de deux folders (l'un à l'attention de tout le personnel, l'autre destiné tout particulièrement aux infirmières). Existence d'une fonction d'infirmière itinérante au sein de l'institution et passage de celle-ci dans les différentes unités. Une feuille de « route » est également utilisée lors de la vaccination indiquant le nom, l'âge, le sexe,

la fonction du professionnel de santé vacciné ainsi que les antécédents de vaccination. Ce document est rempli avant la vaccination.

- Clinique Sainte-Anne - Saint-Rémi : une feuille proposant la vaccination avec un talon réponse est envoyée à chaque membre du personnel. En fonction du nombre de réponses, ajustement de la commande de vaccin.
- Site Molière-Longchamp : les infirmières hygiénistes, porteuses du projet vaccination grippe, ont elles-mêmes vacciné le personnel aux urgences dans un local réservé à cet effet (présence d'une infirmière hygiéniste 3 à 4 heures par semaine pendant trois semaines). Deux séances d'information ont également été réalisées par le médecin hygiéniste de l'hôpital. Un support affiche a également été exploité informant des dates et heures de présence de l'infirmière hygiéniste. Enfin, chaque semaine, les pourcentages de vaccination étaient affichés, de manière à « partager » l'évolution de la couverture vaccinale.

Ces multiples démarches expliquent sans doute le succès de la couverture vaccinale au sein de cette institution en 2002. Pour rappel, 219 personnes ont été vaccinées, soit près de 53 % du personnel !

- Site Etterbeek-Ixelles : les vaccins ont été administrés en consultation de médecine interne. L'infirmière hygiéniste « porteuse du projet » circule dans les différents services afin d'informer et de sensibiliser le personnel à la vaccination.
- CHU de Liège : la vaccination est réalisée par l'infirmière référente de chaque service. C'est donc le référent de chaque unité de soins qui est porteur du projet de vaccination contre la grippe. Des séances d'information ont été réalisées. Des affiches ont été posées dans chaque service ainsi que la liste des personnes se faisant vacciner. Enfin, une bande dessinée (humoristique) a été réalisée.
- Hôpital Français Reine-Elisabeth : les personnes intéressées par la vaccination doivent réaliser la démarche auprès du médecin du travail, et ce de manière individuelle ; la vaccination antigrippale n'est donc pas organisée au sein de l'hôpital.

Lors du focus group, différents aspects ont été abordés et concernent principalement :

- La « forme » des messages : le message doit être présenté de façon nette, claire, brève et attrayante.
- Le « contenu » des messages, l'information étant le principal contenu de message à faire passer.
- La peur, la culpabilité et l'altruisme sont également des notions qui ont été discutées au sein du focus-group.

Dekeyser souligne encore l'importance à veiller à minimiser l'usage d'un jargon trop « technique ». Il serait également utile « *de s'appuyer sur des cas concrets dans l'élaboration du texte afin de garantir une transmission efficace de l'information* ».

Enfin, pour l'auteur, « *jouer sur la culpabilité est contradictoire avec le concept de promotion de la santé... en effet, culpabiliser revient à diminuer à la fois la personne et sa liberté dans le choix du comportement* ». Des valeurs comme l'altruisme et la solidarité pourraient être exploitées afin de favoriser le taux de couverture vaccinale.

En ce qui concerne les moyens à mettre en place, les membres du focus group ont cité par ordre de fréquence :

- Le rappel (6fois),
- Les affiches et lettres d'information personnalisées (5fois),
- Les brochures, folders et messages vocaux dans le service (passage d'une personne itinérante) (4 fois),
- La mise en place d'une liste par service permettant à ceux qui le désirent de s'inscrire pour la vaccination (favoriser effet de groupe) et la gratification (4fois),

- La punition/sanction (1fois).

Si le passage d'une personne itinérante (infirmière hygiéniste ou infirmière de référence par exemple) paraît être le moyen le plus efficace (même s'il est sans doute le plus difficile à mettre en œuvre !), selon Dekeyser, il va de soi que la meilleure méthode serait une combinaison judicieuse de ces différents moyens ; à l'exception sans doute des propositions soumises comme la punition, la sanction, la gratification qui vont à l'encontre d'une démarche d'éducation et de promotion de la santé.

♦ Au centre hospitalier de Clermont-Ferrand, une campagne de vaccination a été initiée au cours de l'hiver 2003-2004 à l'attention du personnel de soins de l'institution (Chamoux et al., 2006) (France).

Diverses actions conjointes ont permis d'améliorer le taux de couverture vaccinale passant de 4,8 % à 12,6 %.

En voici les principales :

- Les séances de vaccination sont proposées dans les cabinets médicaux de la médecine du travail. Des séances de vaccination sur le lieu même du travail ont été organisées pour le personnel des services « *volontaires présentant un risque nosocomial élevé à savoir : les services de réanimation polyvalente, radiologie, Samu et Smur, réanimation pédiatrique et anesthésie pédiatrique* ».
- Des lettres personnalisées avec des informations générales concernant la vaccination ont été adressées à chaque membre du personnel.
- Des courriers d'information ont été envoyés à chaque responsable de service ainsi qu'aux cadres hospitaliers de chaque unité, ceci dans un meilleur souci de participation.
- Des réunions d'information médicale ont été organisées par les médecins des services de santé au travail et les médecins hygiénistes, les premiers travaillant les aspects « protection individuelle » pour la famille et l'entourage professionnel, les seconds argumentant sur le risque nosocomial, les risques pour les patients fragilisés (mode de transmission du virus, bénéfice de la vaccination, etc.). Ces réunions étaient organisées pendant les pauses/relèves, soit entre 13 heures et 13 heures 45. Ces sessions d'informations/sensibilisation duraient une vingtaine de minutes et se terminaient par un moment d'échanges.

Pour Chamoux et al. (2006), « *les caractéristiques d'une campagne dite « active » par rapport à l'année précédente tenaient aux points suivants : meilleure information individuelle et collective et vaccination sur le lieu même du travail* ».

Enfin, bien que la campagne de vaccination se soit déroulée sur une période précise (du 14 au 20 octobre 2003), toutes les demandes de vaccination se situant hors délais ont été satisfaites.

Les auteurs rappellent également que la vaccination antigrippale est recommandée mais non obligatoire pour le personnel hospitalier et que cette campagne est donc basée sur le « volontariat ».

Ces mêmes auteurs font remarquer que l'action qui a sans doute été la plus porteuse en terme d'efficacité est la vaccination sur les lieux mêmes du travail, sans pour autant généraliser ces résultats vu le faible nombre de services concernés par cette vaccination « in situ » (le taux de couverture vaccinale est triplé).

En ce qui concerne l'information réalisée sur site, l'étude de Chamoux et al. montre une augmentation du taux de couverture vaccinale dans les unités qui ont bénéficié de séances d'information via la médecine du travail et le service d'hygiène hospitalière. Il est, selon les auteurs, plus difficile d'évaluer l'impact de l'information par courrier (lettre individuelle à chacun et courrier aux cadres et responsables d'unité). Cependant, en reprenant le taux de couverture vaccinale 2003 des services ayant bénéficié de ces deux seules mesures et en le

comparant avec l'année 2002, où aucune modalité d'information n'avait été tentée, le taux de couverture vaccinale est passé de 4,8 % à 11,3 %.

Chamoux et al. insistent sur le fait que « l'effet « potentialisateur » de ces trois actions menées conjointement n'a pu être analysé mais il est probable qu'une politique globale apporte plus d'impact que des actions isolées ».

◆ Le développement de programmes et/ou de stratégies qui permettraient de favoriser, d'améliorer, voire de consolider le comportement vaccinal chez les soignants sont à privilégier. Par exemple :

- La gratuité de la vaccination antigrippale des professionnels de santé qui travaillent auprès des personnes âgées atteintes de maladie(s) chronique(s) (décision du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Gouvernement québécois (1999)) (cité par Guay et al., 2000)
- La mise en place d'une structure mobile de vaccination gratuite qui permet aux soignants de se faire vacciner sur leur lieu de travail aussi bien le jour, la nuit que le week-end (Gil et al., 2005; Cooper et al., 2002 ; cités par Burls et al, 2006; Juanes et al, 2007; Takayanagi et al., 2007, Rudner Lugo, 2007). D'autre part, le personnel responsable du programme de vaccination a ainsi l'opportunité de dialoguer, de sensibiliser, de rassurer, de fournir des informations complémentaires, etc. aux professionnels de santé concernés (Rudner Lugo, 2007). De plus pour ces derniers auteurs, la vaccination gratuite devrait aussi être proposée à tous les travailleurs qui gravitent autour des patients (personnels d'entretien, technique, administratif, etc.)
- L'organisation de campagnes d'information/prévention au sein des services qui mettent en lumière les intérêts de la vaccination en termes de protection individuelle et de risque nosocomial (Gil et al., 2005 ; Valour et al., 2007). En effet, une information et sensibilisation de l'ensemble des soignants devrait se faire à propos de leur éventuel rôle dans la contamination possible des patients et donc dans une propagation d'une épidémie grippale (Rudner Lugo, 2007 ; Gil et al., 2005).
- D'autre part, il serait utile de faire connaître aux soignants les décisions de politique sanitaire en rigueur dans le pays concerné (ex : note ministérielle française de la Direction Générale de la Santé du 17/09/2004, citée par Gil et al. (2005). Enfin, pour limiter les craintes des soignants vis-à-vis des effets secondaires de la vaccination, il serait utile de prévoir que cette vaccination antigrippale soit réalisée par un praticien de l'unité/service et ce après une information systématique sur l'intérêt de cette vaccination. (Gil et al., 2005). Vatour et al. (2007) proposent d'une part, l'affichage de messages éducatifs dans les services de soins et d'autre part, de prévoir la rediffusion de ces messages via les fiches de salaires des agents de santé.

A Sao Paulo (Brésil), les professionnels de santé d'une institution de soins universitaire ayant participé à une étude souhaitent, pour 54% d'entre eux, de recevoir plus régulièrement des informations concernant la grippe tout au long de l'année (avant, pendant et après la campagne de vaccination) mais, ces mêmes soignants (pour 60% d'entre eux) sont aussi demandeurs d'informations plus pointues à propos du vaccin antigrippal (Takayanagi et al., 2007).

◆ D'autres stratégies incitatives sont proposées en vue d'améliorer la vaccination antigrippale des soignants. Puisque, croire que ses collègues sont vaccinés incite le soignant à se faire vacciner, il serait important de développer des stratégies motivationnelles dans le cadre des campagnes de vaccination avec des messages qui encouragent tous les soignants à demander aux collègues de se faire vacciner (Rudner Lugo, 2007; Takayanagi et al., 2007). De plus, les résultats de l'étude de Takayanagi et al., (2007) montrent que les soignants brésiliens qui se font vacciner le réalisent avant tout pour se protéger individuellement. Ce résultat est un argument à utiliser prioritairement dans les campagnes de prévention. Au niveau d'une

stratégie éducative, cette information pourrait être exploitée comme incitant afin de montrer et de démontrer aux soignants que « ce comportement vaccinal » adopté par chacun d’entre eux sera bénéfique pour l’ensemble des patients.

◆ Les résultats de l’étude de Sartor et al. (2004) (cités par Gil et al., 2005) vont dans le même sens. Plus particulièrement, ils ont permis de mettre en évidence le rôle important du chef de service en tant que modèle à suivre (et suivi) par toute son équipe en ce qui concerne la vaccination antigrippale. Enfin, utiliser les associations de soignants semble être une stratégie porteuse pour permettre aux soignants de comprendre tout l’intérêt et le bénéfice qu’ils ont à se faire vacciner grâce au développement d’une formalisation des procédures de vaccination, procédures accompagnées d’activités éducatives. En effet, toutes les activités informatives à propos de l’utilité (voire de la nécessité) du vaccin antigrippal sont nécessaires mais non suffisantes pour permettre aux soignants d’adhérer au comportement vaccinal. Il est indispensable de prévoir aussi des activités éducatives, tout comme cela se fait pour la vaccination contre l’hépatite B. (Rudner Lugo, 2007).

◆ En Allemagne (Leitmeyer et al., 2006), une campagne de vaccination antigrippale a été menée avec le soutien des associations de praticiens, d’infirmières, 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. La principale activité de la campagne a été l’envoi aux services médicaux des hôpitaux allemands du matériel d’information tels que des posters, des prospectus accompagnés de suggestions écrites pour leur utilisation mais aussi une présentation des activités éducatives. Une liste d’activités en vue d’augmenter et/ou d’améliorer le taux de vaccination chez les professionnels a été proposée. Enfin, des articles ont été publiés dans deux revues professionnelles : le « Bulletin national de santé publique » et le « Journal de l’association médicale allemande ».

Voici sous forme de tableau les stratégies d’évaluation proposées en vue d’améliorer l’impact de cette campagne allemande. L’évaluation se fonde sur le niveau de connaissances et d’attitudes (perception de l’efficacité du vaccin et d’être à risque) et du taux de vaccination dans l’hôpital :

Proportion professionnels ayant un niveau désirable de connaissances et d’attitudes	Taux vaccination bas	Taux vaccination élevé
Bas	Efforts éducationnels et activités pour rendre le vaccin plus accessible	Focus sur les efforts éducationnels
Elevé	Se centrer sur des activités qui rendent le vaccin plus accessible	Programme continu avec des reprises périodiques

Pour comprendre les inhibitions des infirmières à la vaccination antigrippale et améliorer leur adhésion, les auteurs proposent l’utilisation de méthodes innovantes comme le recours à des méthodes qualitatives (réaliser un focus group par exemple) ou encore l’usage de méthodes quantitatives via un questionnaire. (Leitmeyer et al., 2006).

◆ Dans le cadre d’une étude menée à Liverpool (Angleterre), l’utilisation d’un questionnaire semble être une méthode qui permet de sensibiliser les personnes non vaccinées. En effet, la

moitié des répondants déclarent que suite aux réponses à ce questionnaire, elles envisageraient de se faire vacciner l'année suivante. (Canning et al., 2005)

◆ Des stratégies plus coercitives sont envisagées telles que rendre la vaccination contre la grippe obligatoire, voire même l'imposer comme condition incontournable pour obtenir un emploi; ou encore en cas de refus de vaccination (en l'absence de toute contre indication) faire signer au professionnel de santé qui serait en contact direct avec les patients une décharge pour non application de la politique sanitaire décidée par un pays (Burls et al. 2006) (Angleterre).

Pour Rudner Lugo (2007) (USA), contraindre et obliger les professionnels de santé à se faire vacciner n'est pas une stratégie porteuse mais risque au contraire de provoquer une augmentation des résistances voire des refus de professionnels de santé à se faire vacciner (violation des droits (individuels)).

Une question de déontologie professionnelle se pose car « *les soignants se définissent comme des professionnels de santé et une non vaccination de leur part pourrait être considérée comme déontologiquement inacceptable* » (Van Ranst & Snacken, 2005) (Belgique).

Favoriser la réalisation d'actions conjointes devrait participer à l'augmentation de la couverture vaccinale. Ces actions passent par différentes stratégies : envoi de courrier personnalisé aux soignants, organisation de séance de sensibilisation et d'information concernant l'utilité et l'efficacité de la vaccination en début de saison hivernale, gratuité du vaccin sur les lieux du travail, repérage d'une personne relais (infirmière itinérante), développement de stratégies motivationnelles (insister sur le côté altruiste de la vaccination, l'effet de masse, etc.) et éducatives, la présentation des éventuels effets secondaires, etc.

5. Recommandations des auteurs

◆ En Belgique, suite à la table ronde de 2004 sur la prise en charge de la grippe dans notre pays, Van Ranst & Snacken (2005) préconisent de formuler des recommandations simples et claires, par exemple :

- De simplifier les procédures de vaccination pour le patient. En d'autres termes, éviter que le patient ne soit contraint à consulter plusieurs fois son médecin traitant (une fois pour obtenir une prescription et une autre fois pour recevoir le vaccin).
- De réduire le coût financier de la vaccination pour les personnes « saines ».
- D'améliorer les messages éducatifs qui sont trop généraux et superficiels mais aussi d'augmenter la visibilité des intérêts d'une vaccination au niveau individuel (pour se protéger) mais aussi au niveau social (pour protéger les autres et ce dans une optique de santé publique) et économique (diminution de l'absentéisme et du coût financier pour la société) et enfin en tant que démarche « citoyenne ».

Juanes et al. (2007) partagent cette recommandation et précisent que des programmes d'éducation à la vaccination qui s'appuient sur ces bénéfices pourraient aussi aider les professionnels de la santé à surmonter leur réticence à se faire vacciner.

- De faire prendre conscience aux « *travailleurs de la santé, médecins en tête, qu'ils devraient constituer un exemple pour le reste de la population* » mais aussi de les faire réfléchir sur la continuité des soins lorsqu'ils sont grippés et ce dans une perspective d'une pandémie influenza. De plus, le Conseil Supérieur d'Hygiène belge réaffirmerait

en 2006, la recommandation de la vaccination des professionnels de santé en contact direct avec les personnes à risque de complications (personnes âgées, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.)

- De clarifier les dispositions légales auxquelles sont soumis les employeurs du secteur des soins de santé. En effet, ces employeurs ont une obligation légale de mettre à disposition des soignants le vaccin antigrippal mais aucune instruction claire sur le « qui » doit prendre en charge le coût financier de cette vaccination n'est précisée par les législateurs.

◆ Des recommandations/propositions sont également formulées envers les autorités gouvernementales belges⁸ afin qu'elles mettent en place une meilleure communication des informations destinées au public et ainsi permettre à la population belge d'augmenter ses savoirs et ses savoirs faire face à la grippe.

◆ En Europe, en 2000, la grippe continue d'être un problème de santé publique. C'est pourquoi, une étude a été réalisée par le EISS (European Influenza Surveillance Scheme) et l'Euro GROG (« Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe européens ») dans 26 pays européens : Union Européenne, Norvège, Suisse et Islande, Pologne, Hongrie, Russie, etc. afin d'évaluer avec précision pour chaque pays :

- Le taux de vaccination (surtout pour les personnes à risque).
- Les campagnes de vaccination et l'organisation pratique de celles-ci.

Les auteurs de cette étude européenne (Kroneman et al., 2003) mettent en évidence que la surveillance antigrippale est « *sous-développée en Europe* ». En effet, seulement 14 pays sur 26 apportent des informations sur la couverture vaccinale de leur population âgée respective mais en ce qui concerne les autres groupes/tranches de populations, les données sont encore très rares.

C'est pourquoi, ils proposent les recommandations suivantes :

- Développer une méthode uniforme de surveillance des vaccinations antigrippales pour les personnes à risque vivant en Europe ; ce qui sous-tend, d'avoir des modes de surveillance des vaccinations, des méthodes de collectes de données, etc. communes en vue d'obtenir des données comparables et mesurables.
- De mettre en place une coordination centralisée.
- Pour améliorer le taux de vaccination, il est nécessaire de développer des stratégies telles que :
 - La mise en place d'incitants financiers tant pour les médecins généralistes que pour les patients en vue d'améliorer le taux de vaccination.
 - L'utilisation large de tous les médias pour diffuser les messages informatifs/éducatifs.
 - Pour les médecins traitants, obtenir le droit légal pour l'envoi d'invitation personnelle.
- De généraliser la vaccination gratuite pour la population à risque (15 pays sur 26 offrent le vaccin).

◆ Une meilleure sensibilisation, la mise en place de programmes informatifs et éducatifs s'adressant préférentiellement aux professionnels de la santé font partie des stratégies à intensifier. En effet, cette revue de littérature a permis de pointer « *un manque de connaissance et d'intérêt chronique* » des personnels de santé à l'égard de la vaccination contre la grippe. C'est pourquoi, il est indispensable d'augmenter l'apport d'informations sur

⁸ Comité de coordination interministériel influenza et la Fondation Roi Baudouin, Education Santé 223, mai 2007, pp 6-7.

la grippe mais aussi sur l'efficacité du vaccin car certaines croyances de soignants sont encore tenaces comme par exemple penser que le vaccin peut déclencher la maladie.

En terme de stratégie, il serait souhaitable d'optimiser l'accès gratuit à la vaccination par la mise en place, par exemple, d'une unité mobile de vaccination circulant dans les services de soins.

D'autre part, cette sensibilisation/information/éducation devrait surtout cibler les professionnels de santé qui œuvrent dans les spécialités prenant en charge des patients à risque. (Valour et al., 2007 ; Canning et al., 2005).

◆ Poland et al. (2005) (USA) résument finalement assez bien toute la problématique (et son importance) de la vaccination antigrippale en énonçant ce qu'ils appellent les « 7 vérités ».

1. L'infection de la grippe est une maladie sérieuse/grave causant une morbidité, voire une mortalité importante et affectant la santé publique
2. Le professionnel de soins infecté par la grippe peut transmettre ce virus aux patients fragilisés
3. La vaccination des professionnels de soins permet de réduire les coûts financiers d'une part pour l'employé et d'autre part pour l'employeur et permet également de diminuer les taux d'absentéisme.
4. La vaccination anti-grippale des professionnels de soins est largement recommandée par le CDC et est considérée comme « *the standard of care* ».
5. Les conditions de vaccination sont efficaces et favorisent l'augmentation de la couverture vaccinale.
6. Les professionnels de santé et les systèmes de soins ont un devoir moral et éthique (donc un rôle à jouer) dans la protection des patients fragilisés/vulnérables face à la transmission de maladies.
7. Le système de soins « mènera des campagnes de vaccination » et/ou « sera fustigé ».

Les recommandations des auteurs portent aussi bien sur la clarification des procédures vaccinales que sur l'amélioration des contenus des messages destinés tant au public qu'aux professionnels de la santé. C'est pourquoi, en termes de stratégies, des programmes informatifs/éducatifs spécifiques au public cible visé sont à intensifier.

6. Conclusions

Le risque de contagion et de dissémination du virus de la grippe par le personnel soignant est important. La transmission de ce virus à un patient engendre bien souvent des problèmes de santé supplémentaires et importants pour celui-ci et peut parfois mener jusqu'au décès.

De nombreuses études répertoriées dans ce dossier ont démontré que l'amélioration de la couverture vaccinale des professionnels de santé entraîne une diminution de la « grippe nosocomiale ».

Cependant, à l'échelle européenne, la couverture vaccinale des professionnels de santé reste encore faible, la moyenne se situant entre 15 et 25 %.

De nombreuses réticences existent encore auprès du personnel soignant : l'efficacité douteuse du vaccin, la douleur de l'injection, la peur des effets indésirables et des éventuelles complications, la peur que le vaccin ne provoque la grippe, le manque d'informations sur les campagnes existantes, ne pas se considérer comme personne à risque, compter sur ses propres défenses immunitaires, l'absence d'une offre systématique de vaccination, etc.

De plus, le caractère nosocomial de la grippe est souvent sous-estimé par les soignants parce que sa dénomination est faussement rassurante et banalisée. De ce fait, les soignants perçoivent la vaccination comme un moyen de prévention à titre personnel et pas comme un moyen de protection pour la collectivité.

Pour les soignants, il est important de comprendre que la vaccination n'est pas qu'une composante de contrôle de la maladie. Elle apporte également des bénéfices au patient, à l'équipe soignante et aux services de santé et rejoint ainsi une démarche de citoyenneté à l'égard de l'ensemble de la population d'un pays.

Différents programmes et stratégies doivent permettre de favoriser, d'améliorer, voire de consolider le comportement vaccinal des soignants : organisation de campagne d'information et de sensibilisation en période pré-hivernale, envoi de courrier personnalisé et lettre de rappel, création de structure mobile de vaccination, gratuité de celui-ci, désignation d'une infirmière itinérante, développement d'activités éducatives, etc. Mais c'est surtout l'action conjointe de différentes stratégies qui sera le gage de réussite des prochaines campagnes de vaccination.

Certains auteurs insistent sur le fait que les messages véhiculés ne doivent en aucun cas faire fi des réactions secondaires liées à la vaccination en les masquant ou en les minimisant. Il est utile de préciser les types de réactions attendues et les conduites à adopter pour en diminuer les inconvénients. Cette « loyauté » participera à augmenter la crédibilité des effets vaccinateurs et donc de la campagne mise en place.

Vu le faible taux d'infirmières vaccinées dans la plupart des études recensées dans le cadre de cette revue de littérature, il faut également veiller à adapter et intensifier les stratégies éducatives à leur intention.

Le cursus de médecine devrait également consacrer plus d'heures de formation sur la thématique de la vaccination en général et particulièrement la vaccination contre la grippe. Le renforcement de cette formation permettrait d'obtenir une meilleure adhésion des médecins (mais aussi de l'ensemble des soignants) aux recommandations vaccinales.

In fine, il s'agit de faire prendre conscience aux professionnels de la santé qu'ils sont des exemples pour toute la population mais aussi de faire réfléchir les soignants sur la continuité des soins en cas de non-vaccination et ce dans le contexte d'une éventuelle pandémie grippale.

L'augmentation de la couverture vaccinale anti-grippale des professionnels de la santé reste un défi majeur à relever.

7. Bibliographie

Balinska M.A., Léon C., (2007), Opinions et réticences face à la vaccination., La Revue de médecine interne, 28, pp 28-32.

Beguin C., Boland B., Ninane J., (1998), Health Care Workers : Vectors of Influenza Virus ? Low Vaccination rate among hospital health care workers, American Journal of Medical Quality, Vol. 13, n° 4, pp 223-227.

Boland B., Beguin C., Nachege J., Ninane J., (1997), Déterminants de la non-acceptation du vaccin anti-grippal parmi le personnel des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Louvain Médical, 116, pp 277-286.

Burls A., Jordan R., Barton P., Olowokure B., Wake B., Albon E., Hawker J., (2006), Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable- Is it good use of healthcare resources ? A systematic review of the evidence and an economic evaluation, Vaccine, 24, pp 4212-4221.

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.

Chamoux A., Denis-Porret M., Rouffac K., Baud O., Millot-Theis B., Souweine B., (2006), Etude d'impact d'une campagne active de vaccination anti-grippale du personnel hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand, Médecine et maladies infectieuses, 36, pp 144-150.

Comité de coordination interministériel influenza et la Fondation Roi Baudouin, (2007), Les belges et la grippe, Education Santé, Mai 2007, pp 6-7.

Dekeyzer I., (2003), Promotion de la vaccination antigrippale auprès du personnel hospitalier, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licenciée en Sciences de la Santé Publique, orientation Promotion/Education Santé, non publié, Louvain-La-Neuve, 43 pages, hors annexe.

Gil H., Meaux-Ruault N., Clement I., Floret N., Guiot A., Manteaux C., Talon D., May N., Dupond J.L., (2005), La vaccination antigrippale du personnel hospitalier. Enquête de prévalence au CHU de Besançon, hiver 2003-2004, La Revue de médecine interne, 27, pp 5-9.

Guay M., De Wals Ph., (2000), « Vaccination contre la grippe. » dans : Enquête sociale et de santé, 1998, 2^{ème} éd. Québec, Institut de la Statistique du Québec, chapitre 23, pp 461-467, www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf.

Juanes J.R., Garcia de Codes A., Arrazola M.P., Jaen F., Sanz M.I., Gonzalez A., (2007), Influenza vaccination coverage among hospital personnel over three consecutive vaccination campaigns (2001-2002 to 2003-2004), Vaccine, 25, pp 201-204.

King W., Woolhandler S., Brown A., Jiang L., Kevorkian K., Himmelstein D., Bor D., Brief report : Influenza vaccination and Health care Workers in the United States (2006), J Gen Intern Med, 21, pp 181-184.

Kroneman M., Paget W.J., van Essen G.A., (2003), Vaccination antigrippale en Europe : comment toucher les populations cibles et optimiser les vaccinations., *Eurosurveillance*, Vol. 8, N° 6, Juin, pp 130-138., www.eurosurveillance.org

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.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction des Communications, Québec, (2002), *Influenza en milieu d'hébergement et de soins de longue durée*, 47 pages, hors annexe

Poland G., Tosh P., Jacobson R., (2005), Requiring influenza vaccination for health care workers : seven truths we must accept, *Vaccine*, 23, pp 2251-2255.

Rudner Lugo Nancy., (2007), Will carrots or sticks raise influenza immunization rates of health care personnel ?, *American Journal of Infection Control*, Vol. 35, Issue 1, pp 1-6.

Santé Publique, France, (2006), Vaccination contre la grippe : les nouvelles recommandations du code de la Santé Publique ne sont pas applicables.,

www.atousante.com/layout/set/print/annexes/actualites/vacciantion_contre_la_grippe

Semaille P., Van Laethem Y., (2004), La vaccination des médecins généralistes, *Revue Medecine Générale*, pp 233-235.

Stewart S., Murray S.B., Skull A., (2002), Evaluation of health-care worker vaccination in a tertiary Australian hospital., *Internal Medicine Journal*, 32, pp 585-592.

Takayanagi I.J., Alves Cardoso M.R., Costa S.F., Elke M., Araya R.N., Machado C.M., (2007), Attitudes of health care workers to influenza vaccination : why are they not vaccinated ?, *American Journal of Infection Control*, Vol. 35, N° 1, pp 56-61.

Thomas R.E., Jefferson T.O., Demicheli V., Rivetti D., (2006), Influenza vaccination for health care workers who work with elderly people in institutions : a systematic review., *The Lancet Infectious Diseases*, Vol 6, Issue 5, May, pp 273-279.

Tréfois P., (2005), Les professionnels de la santé devraient-ils être vaccinés contre la grippe ? <http://www.vaccination-info.be/vacciantion/dossier%2àarchive/vacprofsante.html>

Valour F., Maulin L., Perpoint T., Champagne H., David G., Boibieux A., Brion F., Peyramond D., Chidiac C., (2007), Vaccination contre la grippe : résultats d'une enquête sur la couverture vaccinale du personnel hospitalier à l'hôpital de la Croix-Rousse (hôpitaux de Lyon)., *Médecine et maladies infectieuses*, 37, pp 51-60.

Van Ranst M., Snacken R., (2005), Prise en charge de la grippe en Belgique. Table Ronde, le 23 novembre 2004, 31 pages. <http://www.iph.fgov.be/flu/LivreBlanc.pdf>

Willis B.C., Wortley P., (2007), Nurses' attitudes and beliefs about influenza and the influenza vaccine : A summary of focus groups in Alabama and Michigan, *American Journal of Infection Control*, Vol. 35, N° 1, pp 20-24.

Zimmerli S., Mühlemann K., (2001), La prévention de la grippe aujourd'hui., *Bulletin des médecins suisses*, Vol 82, N° 39, pp 2071-2076.