

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires  
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Analyse psycho-socio-culturelle du  
profil du personnel soignant du CHR Verviers face à la vaccination contre la grippe**

**Auteur :** Bormann, Audrey

**Promoteur(s) :** Ethgen, Olivier

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en gestion des institutions de soins

**Année académique :** 2017-2018

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/4483>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**ANALYSE PSYCHO-SOCIO-CULTURELLE DU PROFIL DU  
PERSONNEL SOIGNANT DU CHR VERVIERS FACE À LA  
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE**

Mémoire présenté par **Audrey Bormann**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Gestion d'Institution de Soins  
Année académique 2017-2018



**ANALYSE PSYCHO-SOCIO-CULTURELLE DU PROFILS DU  
PERSONNEL SOIGNANT DU CHR VERVIERS DACE À LA  
VACCINATION CONTRE LA GRIPPE**

**Promoteur** : Docteur Olivier ETHGEN

Mémoire présenté par **Audrey Bormann**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Gestion d'Institution de Soins  
Année académique 2017-2018



*Pour commencer, je voudrais remercier mon promoteur, le Docteur Olivier Ethgen, pour son encadrement et ses conseils précieux lors de la conception et la réalisation de ce travail. J'adresse également mes remerciements à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont permis la réalisation de ce travail.*

*A mes professeurs, mon entourage, mes amis et collègues du Master...  
Merci !*



## Table des matières

1. Préambule .....	1
2. Introduction .....	3
A) La grippe .....	3
B) La vaccination et ses bénéfices .....	3
C) Les résultats actuels en Europe .....	5
D) La non-vaccination .....	6
3. Matériel et méthodes .....	9
A) Conception et population d'étude .....	9
B) Ethique et déontologie .....	9
C) Contenu du questionnaire .....	10
D) Analyses statistiques .....	15
4. Résultats .....	16
A) Population d'étude et perception de la vaccination .....	16
B) Raisons de la vaccination/ non-vaccination .....	18
C) Echelle d'orientation sociale et culturelle .....	20
D) Locus de contrôle multidimensionnel de la Santé .....	21
E) Moteurs de la vaccination antigrippale (échelle MoVac) .....	22
F) Moteurs de la promotion de la vaccination (échelle MovAd) .....	27
G) Autres indicateurs .....	31
5. Discussion et perspectives .....	34
A) Principaux résultats .....	34
B) Confrontation avec les données de la littérature .....	35
C) Limitation et généralisation .....	37
D) Implications des résultats et perspectives .....	38
6. Conclusion .....	40

7. Bibliographie .....	41
8. Annexes .....	45

## Résumé

**Introduction** : Le personnel soignant des hôpitaux est insuffisamment vacciné contre la grippe partout en Europe (Kronemann et al., 2003, Lewthwaite et al., 2014, Sánchez-Payá et al., 2011, Wicker et al., 2009). Et ce malgré les recommandations formulées annuellement par l’OMS, qui préconise un taux de vaccination de 75% chez le personnel soignant, considéré comme deuxième catégorie la plus à risque (‘OMS | Grippe (saisonniers)’, 2017).

**Matériel et méthodes** : Un questionnaire a été développé puis distribué au sein du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Verviers. Il visait l’ensemble du personnel soignant de l’institution. Ce questionnaire reprenait une partie sociodémographique, une analyse socio-culturelle (Echelle d’orientation sociale et culturelle de Triandis & Gelfand, 1998), une analyse psychologique vis-à-vis de sa santé (Locus de contrôle multidimensionnel de la santé de Wallston, Wallston & De Vellis, 1978) et une analyse concernant l’autonomisation envers la vaccination contre la grippe (les échelles « MoVac » et « MovAd » de Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017). Les analyses statistiques ont été réalisées sur un échantillon représentatif de 314 personnes.

**Résultats** : Les outils d’analyse psycho-socio-culturelle ne se sont pas avérés être statistiquement significatifs. Le niveau d’étude semble permettre de prédire les habitudes vaccinales (les médecins ont plus de chance d’être habituellement vacciné contre la grippe par rapport aux infirmières). Les échelles « MoVac » et « MovAd » se sont, elles, montrées statistiquement significatives. Elles permettent de prédire de manière robuste les habitudes vaccinales chez les soignants.

**Conclusion** : Un profil psycho-socio-culturel particulier n’a pas été mis en avant. Cependant, l’identification des différentes dimensions problématiques au sein des échelles « MoVac » et « MovAd » donne des pistes pour la création d’un outil de promotion à la vaccination ciblé pour le personnel soignant et adapté à celui-ci (autant en termes d’approche qu’en termes de contenu).

*Mots-clés : vaccination, grippe saisonnière, personnel soignant, analyse de profils*

## Abstract

**Introduction** : Health care workers are inadequately vaccinated against influenza throughout Europe (Kronemann et al., 2003, Lewthwaite et al., 2014, Sánchez-Payá et al., 2011, Wicker et al., 2009). And this, despite recommendations made annually by the WHO, which recommends a vaccination rate of 75% among health care staff, considered as the second most at risk category ('OMS | Grippe (saisonnère)', 2017).

**Material and methods** : A questionnaire was developed and distributed within the Verviers Regional Hospital Center (CHR). It was aimed at all the healthcare staff of the institution. This questionnaire included a socio-demographic part, a socio-cultural analysis (Echelle d'orientation sociale et culturelle de Triandis & Gelfand, 1998), a psychological analysis about health (Locus de contrôle multidimensionnel de la santé de Wallston, Wallston & De Vellis, 1978) and an analysis regarding empowerment for influenza vaccination by the health care workers (the scales « MoVac » et « MovAd » from Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017).

**Results** : The tools for the psycho-socio-cultural analysis did not prove to be statistically significant. The qualification seems to predict vaccination habits (doctors are more likely to be usually vaccinated against influenza than nurses). Both of the scale (« MoVac » and « MovAd ») were statistically significant. They are a robust predictor of vaccination habits among caregivers.

**Conclusion** : A particular psycho-socio-cultural profile did not highlight. However, the identification of the different problematic dimensions within the "MoVac" and "MovAd" scales gives pointers for the creation of a promotional tool for flu-vaccination. A promotional tool who will be adapted for the health care workers (particular approach and contents adapted for the healthcare workers).

*Keywords : vaccination, influenza, healthcare workers, profile analysis*

## 1. Préambule

Pour l'OMS, la vaccination est l'arme la plus efficace et la plus rentable pour combattre et éliminer les maladies infectieuses. La vaccination permet de stimuler le système immunitaire, de prémunir la personne d'une infection ou d'une maladie. Elle permet également de diminuer significativement l'incidence, la mortalité, la morbidité et les coûts relatifs à ces différentes maladies. Tout cela, en évitant également le risque d'épidémie (OMS, 2014). De nombreux vaccins existent aujourd'hui, pour la plupart des virus potentiellement mortels mais également pour des maladies plus « communes », comme la grippe saisonnière.

Malgré les nombreuses études qui prônent la vaccination contre la grippe chez les soignants, tant pour un bénéfice public (diminuer le risque d'épidémie) que pour un bénéfice financier (en terme d'absentéisme et de productivité dans les institutions), le taux de soignants vaccinés reste faible, ou en tout cas insuffisant en Europe (Kronemann *et al.*, 2003). Au niveau européen, une étude menée sur la couverture vaccinale des soignants montre que celle-ci reste faible (<25%) malgré les recommandations de l'OMS qui prônent la vaccination anti-grippale (Kronemann *et al.*, 2003).

Sur le terrain, il en est de même. L'hôpital ciblé par l'étude, le centre hospitalier régional (CHR) de Verviers, n'échappe pas à ce constat. En effet, les taux de vaccination contre la grippe du personnel soignant durant les dix dernières années atteignent, au maximum, 40%.

À côté de ces faits, nous avons connu une recrudescence de la rougeole dans le public soigné, ainsi que dans le personnel soignant. De ce fait, une campagne a été menée auprès de tout le personnel pour encourager à la "re-vaccination" contre ce virus. Cette campagne comprenait des fortes similitudes avec celle contre la grippe (gratuité, campagne d'affichage, rappel par l'infirmière en chef, l'infirmière hygiéniste, ...), mais, par contre, les résultats sont troublants. Alors que pour la grippe, nous arrivons, dans les meilleures années, à 40% de taux de vaccination, pour la rougeole, ce taux est monté jusqu'aux alentours de 90%.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce travail, avec comme question de recherche principale :

**"De quelle manière optimiser la vaccination contre la grippe auprès des professionnels de la santé au sein du CHR Verviers ?"**. Ensuite, les causes de la non-vaccination ayant déjà été étudiée par de nombreux chercheurs, j'aimerais apporter une approche novatrice : plutôt que de voir la vaccination comme un processus de décision rationnel de coût/bénéfice comme cela a été le cas précédemment, j'aimerais voir le choix de la vaccination comme processus interne. De ce fait, plusieurs questions en découlent : « Existe-t-il un lien entre le taux de vaccination et l'orientation sociale et culturelle ? ». « L'appartenance de la population joue-t-elle sur la couverture vaccinale ? » « Le niveau d' *"empowerment"* du soignant envers la vaccination entraîne-t-il des effets sur celle-ci ? » « Quel est le "profil type" de la personne qui se fait vacciner ? Et celui de la personne qui ne se fait pas vacciner ? » Une fois ce « profil » identifié, des pistes d'optimisation pourront être proposées.

La littérature donne beaucoup de renseignements sur les raisons de la non-vaccination contre la grippe chez les soignants ainsi que sur les liens entre le statut sociodémographique et le taux de vaccination. Cependant, très peu se penchent sur le point de vue social, psychologique et culturel des soignants. Une approche innovante est nécessaire pour dépasser les caractéristiques sociodémographiques habituellement étudiées. C'est dans cette optique que s'inscrit cette recherche.

## 2. Introduction

### A) La grippe

La grippe est une affection virale aigüe qui se propage facilement d'une personne à une autre. Ce virus se transmet très aisément, parfois avant même que le malade ne s'aperçoive qu'il est contaminé. En effet, la personne infectée commence à transmettre le virus 24 heures avant les premiers symptômes (Wicker *et al.*, 2009). Ce virus circule dans le monde entier et peut toucher n'importe quelle personne dans n'importe quel groupe d'âge. La grippe est considérée comme l'un grave problème de Santé Publique selon l'OMS. Elle peut causer des maladies graves et des décès dans les populations les plus à risque (personnes les plus faibles ; extrêmes d'âge, femme enceinte, diabétique, ...). Au niveau mondial, la grippe est responsable d'environ 3 à 5 millions de cas de maladies graves et 250 000 à 500 000 décès par année. Les épidémies de grippe peuvent aussi se traduire par une augmentation du taux d'absentéisme au travail et une perte de productivité ('OMS | Grippe (saisonnrière)', 2017).

Le personnel soignant, étant la première ligne auprès des personnes fragilisées (personnes âgées en maison de repos ou maison de repos et soins, patients fragilisées en centre hospitalier, ...), est chaque année vivement encouragé à se faire vacciner. L'OMS publie chaque année des recommandations allant dans ce sens, relayées par les autorités fédérales et publiques ('OMS | Grippe (saisonnrière)', 2017).

### B) La vaccination et ses bénéfices

Toujours selon l'OMS, le moyen de prévention le plus pertinent contre ce virus est la vaccination. Les vaccins utilisés depuis maintenant plus de 60 ans ont été développés pour être sûrs et efficaces, bien qu'ils n'empêchent pas les effets secondaires chez certaines personnes ('OMS | Grippe (saisonnrière)', 2017).

En Belgique, tout comme en Europe, actuellement, le type de vaccin utilisé est un vaccin inactivé sans adjuvants. C'est à dire qu'il est créé à partir de souches inactivées de la grippe (le virus a perdu son pouvoir pathogène mais garde son pouvoir immunitaire) cultivées sur des œufs de poules (Vacc.info, 2016).

Malgré les croyances populaires par rapport à l'efficacité et la sécurité du vaccin (Weingarten *et al.*, 1989; Elder *et al.*, 1996; Harbarth *et al.*, 1998), il semblerait que le vaccin contre la grippe soit on ne peut plus sûr. Le virus utilisé dans le vaccin étant inactivé, il ne peut transmettre la grippe (López-Macías, 2012; Vacc.info, 2016; O'Hagan *et al.*, 2017).

La seule contre-indication formelle à cette vaccination est la rare, allergie aux œufs de poules. La vaccination contre la grippe, chez un sujet souffrant d'une telle allergie, pourrait provoquer, dans la plupart des cas, rougeurs et démangeaisons et, dans les cas les plus graves, un choc anaphylactique (Erlewyn-Lajeunesse *et al.*, 2009; Klimek *et al.*, 2017). Pour toutes les autres personnes, ne souffrant donc pas de cette allergie, le vaccin contre la grippe, tel qu'il est utilisé en Belgique et en Europe, est inoffensif (López-Macías, 2012; Vacc.info, 2016; O'Hagan *et al.*, 2017).

De nombreuses études ont montrés les facultés de la vaccination contre la grippe. Une vaccination optimale (75% minimum de la population cible) contre ce virus permettrait de diminuer les infections respiratoires liées à la grippe de 56%, les pneumonies secondaires à la grippe de 58%, les hospitalisations secondaires à la grippe de 50% et la mortalité de cette maladie de 68% (Gross *et al.*, 1995). Dans des études menées en centres hospitaliers et en foyers de soins, les résultats sont semblables ; en Angleterre, pour une vaccination de 50,9% du personnel soignant, quasiment 30% de diminution de la mortalité (Carman *et al.*, 2000), en France, pour une vaccination de 69,9%, une diminution de 20% de la mortalité ainsi que de 31% de moins de syndrome grippal chez les patients et une diminution de 42% de congés maladies au sein du personnel (Lemaitre *et al.*, 2009), une réduction de 17% du taux de mortalité pour une couverture vaccinale effective chez 61% du personnel soignant, au Royaume-Uni également (Potter *et al.*, 1997).

Les travailleurs en santé ont un haut risque de contracter la grippe mais aussi d'être porteurs et vecteurs de la grippe saisonnière, avec un haut risque de transmission aux patients (Nichol, MacDonald and Hauge, 1997). De ce fait, de nombreux pays ont déjà rédigés des recommandations sur ce sujet ; depuis 1981, le Comité consultatif sur les pratiques de vaccination de l'Institut de Santé Publique des États-Unis recommande la vaccination contre la grippe pour l'ensemble du personnel soignant (Centers for Disease Control and Prevention,

Advisory Committee: influenza vaccine, 2017), c'est également le cas de la Turquie dont le Ministère de la Santé préconise la vaccination contre la grippe chez tous les travailleurs de santé depuis 2006 (Naz, Cevik and Aykın, 2009). Il est en de même en Belgique, où tout le personnel du secteur de la Santé est repris comme le deuxième groupe le plus important dans les campagnes de vaccinations, juste après les personnes à risque (Conseil Supérieur de la Santé, 2017).

### C) Résultats actuels en Europe

Malgré les nombreuses études qui prônent la vaccination tant pour un bénéfice public qu'un bénéfice financier (en terme d'absentéisme et de productivité dans les institutions), le taux de soignants vaccinés reste faible, ou en tout cas insuffisant en Europe (Kronemann *et al.*, 2003). Au niveau européen, une étude menée sur la couverture vaccinale des soignants montre que celle-ci reste faible (<25%) malgré les recommandations de l'OMS qui prônent la vaccination anti-grippale (Kronemann *et al.*, 2003).

C'est le cas notamment en Grande-Bretagne où une étude a montré un taux de 11% de vaccination contre la grippe saisonnière dans le personnel soignant d'un hôpital universitaire du pays (Lewthwaite *et al.*, 2014). C'est également le cas dans une étude espagnole menée à l'hôpital universitaire d'Alicante où le taux de vaccination chez les travailleurs en santé est là de 31% (Sánchez-Payá *et al.*, 2011). Il en est de même en Allemagne, où moins d'un tiers des professionnels de santé (en général) est vacciné contre la grippe saisonnière (Wicker *et al.*, 2009). En France cette fois, une étude menée par Gil *et al.* (2007) a mis en avant une différence entre le personnel informé sur la grippe et celui qui ne l'était pas. Chez les informés, il y a un taux de participations à la campagne de vaccination de 31,7% contre 22,1% chez les non-informés (Gil *et al.*, 2006). Une information auprès du personnel serait donc utile ? Ces taux montrent que l'on est bien loin des 75% de vaccination des groupes à risque recommandés par l'OMS pour une protection optimale de la population.

Les taux en Belgique atteignent des chiffres similaires aux taux ailleurs en Europe. D'après une étude de Gerard, M *et al.*, réalisée en 2007 au centre hospitalier universitaire (CHU) Saint-Pierre, seul 29% du personnel soignant s'est fait vacciner cette année-là (Gerard & Esse, 2007). Une autre étude montre également un faible taux de vaccination mais cette fois sur une

enquête menée auprès de l'ensemble du personnel soignant belge. Dans cette étude, le résultat est de 15% tandis que pour les personnes de plus de 65 ans le taux de participation à la campagne de vaccination est de 61% (YANE *et al.*, 2005). Pour quelle(s) raison(s) les travailleurs en santé ne se font-ils pas vacciner ? Eux qui sont au centre de la sensibilisation, de l'éducation des patients et des soins.

#### D) La non-vaccination

L'opposition à la vaccination a toujours existé. Cependant, elle ne concerne qu'une minorité d'individus. Il semblerait pourtant que, depuis plusieurs années, la réticence envers la vaccination, au sens global cette fois, croît au sein de la population, et ce suite à une remise en question de l'utilité des vaccins et par peur des effets secondaires (Balinska and Léon, 2007). D'après M.-A Balinska et Léon, les importants progrès sanitaires réalisés au siècle dernier (antibiothérapie, hygiène hospitalière, notion d'environnement stérile, ...) seraient la cause d'« une perte de conscience collective » et d'« une relative dévalorisation de la vaccination » (Balinska and Léon, 2007). Ils continuent en reprenant l'étude de Poland et al. en expliquant que la vaccination serait l'illustration parfait du "paradoxe de la prévention" selon lequel "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.*, 2005; repris par Balinska and Léon, 2007).

Une étude belge, réalisée au CHU de Saint-Pierre, a été menée afin de connaître les causes de la non-vaccination du personnel soignant. Il semblerait que le personnel infirmier et soignant (kinésithérapeute, personnel administratif et aide-soignante) envisagerait moins de se faire vacciner que les médecins. A la question « pourquoi ? », plusieurs réponses sont revenues, notamment : les personnes ne se considèrent pas comme « à risque », « pas besoin du vaccin, mes défenses immunitaires sont assez fortes », doutes sur l'efficacité du traitement et peur des effets secondaires (spécifié par sclérose en plaque et « vaccin donne la grippe ») (Gerard and Esse, 2012).

Ainsi, 56% des travailleurs en santé interrogés refusent le vaccin car ils ne se considèrent pas comme à risque ou ont foi en leurs défenses immunitaires. Ceci pourrait montrer un manque de connaissance ; toute personne travaillant dans le domaine de santé est une personne à risque. De plus, l'intérêt personnel est mis en avant (« mes défenses immunitaires sont

bonnes ») tandis que l'aspect de protection des patients ne l'est pas du tout (Gerard and Esse, 2012). Dans cette optique, une étude menée à Glasgow pendant la grippe saisonnière de 1993-1994, Edler A. et al. montre que, malgré l'épidémie modérée, 23% du personnel soignant est porteur du virus influenza (le virus de la grippe). Il y a donc chez ces personnes, qui ne se sentent pas malades et n'ont pas de symptômes cliniques, un risque de transmission aux patients à risque. Donc, même si le personnel n'est pas malade, il est vecteur du virus, il est « porteur sain » (Edler *et al.*, 1996).

Le risque par rapport à la sécurité et l'efficacité du vaccin est aussi mis en avant chez 34% des répondants. Ces craintes préoccupent le personnel administratif, mais aussi les infirmières et aides-soignantes. Preuve que les idées reçues et enracinées depuis des années ont du mal à être modifiées (Gerard and Esse, 2012).

Plus largement maintenant, dans une étude menée au Canada, le faible taux de couverture vaccinale serait lié aux doutes quant à l'efficacité et à la sécurité du vaccin (Thomas *et al.*, 2006). En Alabama (USA), une étude menée par Willis *et al.* montre que la non-vaccination est souvent liée à une mauvaise ou une absence d'information sur les effets secondaires et les bénéfices de la vaccination contre la grippe. De ce fait, le personnel avait tendance à douter de l'efficacité et de la sécurité du vaccin et ne se faisait pas vacciner (Willis et al., 2007). Aux USA toujours, d'après une revue de presse sur la prise de décision de la vaccination antigrippale écrite par Rudner Lugo Nancy, il existe des différences entre le niveau d'éducation, l'information, les fausses croyances (« mon système immunitaire me suffit », efficacité réelle du vaccin, ...), « le seul intérêt est de diminuer le taux d'absentéisme, le seul point positif est donc pour l'employeur », le peu de conséquences vitales perçues (« avoir la grippe ce n'est pas si grave ») et la perte de conscience collective (Rudner Lugo Nancy, 2007).

On remarque donc dans la littérature et les différentes études déjà menées à ce sujet, que les grandes raisons de la non-vaccination des soignants sont les mêmes peu importe l'étude menée ou la localisation géographique. Les raisons identifiées sont :

- ✓ la foi en ses propres défenses immunitaires,
- ✓ le fait de ne pas se penser comme catégorie « à risque »,

- ✓ l' « insécurité du vaccin »,
- ✓ le peu de bénéfice qu'en retire la personne vaccinée (Weingarten et al., 1989; Elder et al., 1996; Harbarth et al., 1998; Gerard & Esse, 2004; Rudner Lugo Nancy, 2007; Willis et al., 2007; Thomas et al., 2006).

À côté de ces points importants, différents facteurs favorisant la vaccination ont été mis en évidence dans la littérature :

- ✓ l'influence médiatique : en effet, on remarque un taux de vaccination chez le personnel soignant qui double, voire triple en fonction des institutions lors de la pandémie de grippe H1N1 (Prematunge *et al.*, 2012),
- ✓ la sensibilisation aux recommandations de l'OMS sur la protection des patients (Prematunge *et al.*, 2012),
- ✓ le fait d'avoir été vacciné lors des précédentes campagnes (Arda *et al.*, 2011)

Dans toutes les études citées ci-dessus, aucune ne prend en compte l'affect psycho-socio-culturel de l'individu. Toutes ces évaluations du personnel soignant face à son rapport à la vaccination se basent sur le rapport coût/bénéfice de cette vaccination.

## 3. Matériel et méthodes

### A) Conception et population d'étude

La population étudiée dans cette enquête est l'ensemble du personnel soignant du CHR Verviers. Ceci inclut donc l'ensemble des personnes susceptibles d'être en contact avec les patients et pouvant contracter le virus de la grippe ou en être le vecteur de transmission.

Le questionnaire conçu pour l'étude a été pré-testé au sein d'un sous-échantillon pilote de 8 infirmières, 3 aides-soignantes et 2 kinésithérapeutes extérieures à la population étudiée. Aucune modification n'a été jugée nécessaire après ce pré-test.

Le questionnaire a alors été mis en ligne sur le réseau du CHR Verviers afin d'atteindre le maximum de la population cible. Le lien vers le questionnaire apparaissait sous forme de « pop-up » sur les ordinateurs des services (utilisés par tout le personnel soignant).

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel SurveyMonkey®, sous sa version professionnelle. Ce logiciel a été choisi pour une question de sécurité (il assure la sécurité des données) et d'ergonomie (la mise en page du questionnaire est simple et intuitive).

Le questionnaire a été mis en ligne du 12 janvier 2018 au 30 mars 2018. Des questionnaires papiers ont également été distribués dans les services, suite aux demandes des chefs de service, afin que les agents puissent remplir les questionnaires à domicile lorsque la charge de travail était trop lourde, du 1<sup>e</sup> février au 30 mars 2018.

### B) Éthique et déontologie

Le Collège des Enseignants de Master en Sciences de la Santé Publique n'a pas jugé nécessaire, après demande d'avis au Comité d'Éthique, d'explorer plus amplement le protocole de recherche de cette étude ; l'étude réalisée ne rentrant pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Aucune demande de consentement n'était nécessaire puisque les répondants étaient volontaires. Cependant, une explication, rappelant les fins scientifiques et l'anonymat de ces données, a été jointe au questionnaire.

Aucune anonymisation n'a été nécessaire puisque les répondants ne donnaient aucune information personnelle permettant de les identifier (les données étaient donc, d'emblée, anonymes).

### C) Contenu du questionnaire



*Caractéristiques sociodémographiques et opinion sur la représentation de la vaccination contre la grippe :*

La première partie du questionnaire visait à identifier les caractéristiques sociodémographiques des répondants (âge, sexe, lieu de travail).

Une seconde partie consistait à connaître les opinions et les habitudes en termes de vaccination contre la grippe (se font-ils vacciner ? Sont-ils favorables à la vaccination ?, ...)



*Échelle d'orientation sociale et culturelle :*

D'après l'approche de Singelis et al. sur l'échelle d'orientation sociale et culturelle, il existe deux axes sur lesquels s'exposent quatre dimensions (Figure 3.C). Chacun d'entre nous voit ses choix de vies guidés par la dimension prédominant sa personnalité (Singelis *et al.*, 1995). Voici les quatre dimensions en question :

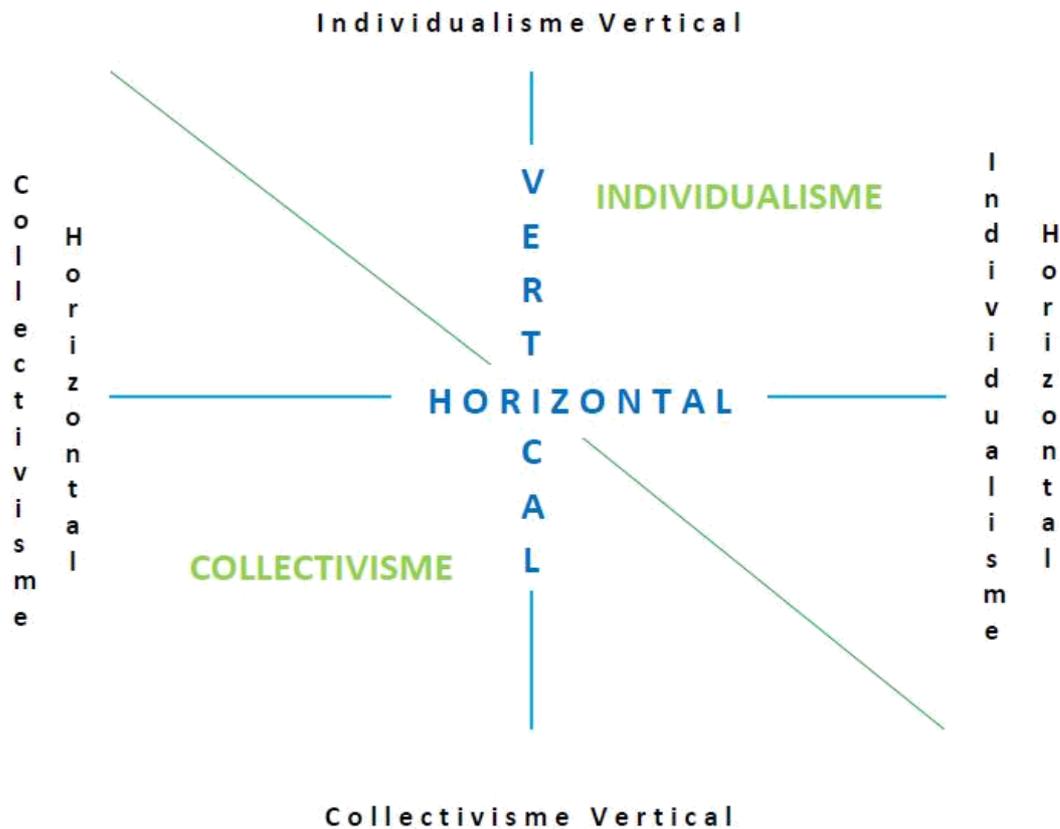


Figure 3.C.1 : Dimensions horizontale et verticale de l'individualisme et du collectivisme (Singelis et al., 1995).

Dimension	Description
<b>Individualisme Vertical</b>	<i>Se percevoir comme entièrement autonome, et reconnaître que l'inégalité existe parmi les individus et accepter cette inégalité.</i>
<b>Individualisme Horizontal</b>	<i>Se percevoir comme entièrement autonome, mais croire que l'égalité entre les individus est idéale.</i>
<b>Collectivisme Vertical</b>	<i>Se percevoir comme faisant partie d'un collectif, mais être enclin à accepter la hiérarchie et l'inégalité au sein de ce collectif.</i>
<b>Collectivisme Horizontal</b>	<i>Se percevoir comme faisant partie d'un collectif, et percevoir tous les membres de ce collectif comme égaux.</i>

Afin d'identifier la dimension prédominante chez chaque participant, l'Échelle d'orientation sociale et culturelle créée par Singelis et al., puis développée par Triandis et al. (Singelis *et al.*, 1995; Triandis and Gelfand, 1998), a été incluse dans le questionnaire. L'Échelle comporte 16 items, quatre par dimension. Afin de répondre à ces items, les participants devaient choisir la

modalité qui correspondait au mieux à leur avis sur une échelle de Likert à 5 modalités (1 = « pas du tout d'accord » et 5 = « tout à fait d'accord »). Chaque modalité étant liée à un score, il a été possible d'obtenir un score général pour chaque dimension (Collectivisme Vertical (CV), Individualisme Vertical (IV), Collectivisme Horizontal (CH), Individualisme Horizontal (IH)). Chaque score général est compris entre 4 et 20 (Triandis and Gelfand, 1998).

L'Échelle, telle que développée dans les travaux de Triandis et Gelfand, comprenait 9 modalités de réponses et était en anglais. Un processus de rétro-translation ayant été déjà réalisé sur cette échelle, avec une réduction de l'échelle de Likert à 5 modalités, lors d'un précédent mémoire (Vancolen Lise, 2017), j'ai décidé de reprendre la traduction validée durant ceux-ci.



#### Locus de contrôle multidimensionnel de la santé :

Le locus de contrôle, ou « lieu de maîtrise », est un concept proposé par Julian Rotter en 1954. Le lieu de maîtrise est la tendance qu'ont les individus à considérer les événements qui les affectent comme le résultat de leurs actions, ou, au contraire, comme le résultat de facteurs externes sur lesquels ils n'ont peu, voir pas, d'influences (la chance, les autres, ...) (Rotter, 1966). Par la suite, ce concept a été développé par de nombreux chercheurs pour s'adapter à des situations précises, comme le sport (Paquet, Berjot and Gillet, 2009), le domaine scolaire (Lefcourt, 1981) et, ce qui nous intéresse dans le cadre de cette recherche, dans le domaine de la santé (Wallston, Wallston and DeVellis, 1978).

L'échelle, développée par Wallston, Wallston et DeVellis en 1978, s'intitule « échelle du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé » (MHLC-multidimensional Health Locus of control). Elle tend à identifier les rapports auto-explicatifs des individus par rapport à leur santé. En effet, chaque individu, selon la dimension qui prédomine chez lui, aurait des croyances différentes par rapport aux facteurs qui influencent sa santé. Ces dimensions indépendantes sont aux nombres de trois :

Tableau 3.C.2 : Dimensions du Locus de contrôle multidimensionnel de la santé (Wallston, Wallston & De Vellis, 1978).

<b>Dimension</b>	<b>Description</b>
<b>L'internalité</b> (« Internal Belief »)	<i>Ma santé est influencée par mes propres choix et comportements.</i>
<b>Le pouvoir des autres</b> (« Powerful Others Belief »)	<i>Ma santé dépend de la compétence de mon docteur; ma santé dépend du comportement des membres de ma famille, etc.</i>
<b>La chance</b> (« Chance Belief »)	<i>Ma santé est influencée par la chance ou le destin, et ni moi ni mon docteur n'avons de l'influence sur cela.</i>

Le MHLC est un questionnaire composé de 18 items, soit 6 par dimension, par rapport auxquels le répondant doit choisir la modalité qui lui correspond le plus sur une échelle de Likert à 6 modalités (allant de 1 = « complètement en désaccord », et 6 = « complètement en accord »). Les questionnaires, une fois remplis, permettent d'identifier la(les) dimension(s) dominante(s) chez l'individu sur base d'un système de cotation (chaque dimension ayant une cotation de 0 à 36 points)(Wallston, Wallston and DeVellis, 1978).

L'échelle développée par Wallston, Wallston et DeVellis ayant été rétro-traduite l'an dernier lors d'un mémoire (Vancolen Lise, 2017), j'ai décidé de reprendre la traduction de ces 18 items.

✓  
Échelles d'habilitation et d'autonomisation envers la grippe (« MoVac-flu » et « MovAd »): .....

Lors d'une étude réalisée en 2017, en Angleterre, un groupe de chercheur s'est penché sur le faible taux de vaccination contre la grippe chez le personnel soignant. Plutôt que de s'appuyer sur des modèles décisionnels pour prédire la vaccination contre la grippe, comme cela a été réalisé dans de nombreuses études (Becker MarshallH., 1975; Corace *et al.*, 2016; To *et al.*, 2016), ils se sont penchés sur les raisons qui pouvaient éventuellement expliquer pourquoi le personnel soignant pourrait vouloir se faire vacciner. Ils ont développés un modèle cognitif d'« empowerment » pour étudier les comportements de vaccination contre la grippe. Ils ont appelé ce phénomène « l'autonomisation » (Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017).

Pour ce faire, deux courtes échelles ont été développées ; une sur les moteurs de la vaccination contre la grippe (MoVac-grippe) et l'autre sur les moteurs de l'engagement avec la promotion de la vaccination (MovAd). Ces deux échelles ont été créées sur base d'un modèle cognitif d'

« *empowerment* » (CME) qui conçoit l'autonomisation comme une motivation intrinsèque à s'engager dans un comportement déterminé suite à des expériences positives. Ces dernières sont supposées provenir de quatre évaluations cognitives distinctes du comportement:

- 1) La valeur de l'action, à quel point on se soucie de l'action,
- 2) L'impact de l'action, le sentiment que l'action va entraîner des conséquences,
- 3) La connaissance de l'action, le sentiment de connaître suffisamment l'action que pour la réaliser,
- 4) Le sentiment d'autonomie, ou la croyance d'être libre de réaliser l'action.

Chacune des échelles contient 12 items, trois items pour chaque sous-partie du modèle d'autonomisation. Pour chaque item, le répondant doit choisir la modalité qui lui correspond le plus sur l'échelle de Likert à sept modalités (où 1 = « pas du tout d'accord », 7 = « tout à fait d'accord »). En plus de ces deux échelles, sur la motivation et la promotion, six items supplémentaires ont été proposés sur la gravité perçue de la grippe, la susceptibilité perçue, le risque perçu, la sécurité du vaccin, la peur de la vaccination et la préoccupation quant aux effets secondaires du vaccin et ont été repris dans le questionnaire (Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017).

Ces échelles étant réalisées en anglais, un processus de traduction et de rétro-traduction a été effectué. Le document a été traduit à l'aveugle par une diplômée en Master en traduction de l'Université de Liège et un bachelier en traduction. Après une mise en commun, aucun item ne comportait de différence de traduction. La traduction francophone a été rétro-traduite par une anglophone afin de détecter toute divergence avec le questionnaire original. Le questionnaire était sensiblement le même après rétro-traduction, aucune modification majeure n'a été détectée.

L'intérêt de ces échelles est d'identifier les moteurs de la vaccination qui pourrait ouvrir la voie à la conception d'interventions plus sur mesure, et donc potentiellement plus efficaces, pour cibler les hésitations vaccinales.

Le questionnaire, sous sa version finale, se retrouve en annexe 11.

#### D) Analyse statistique

Avant de commencer l'analyse statistique des données récoltées, un contrôle qualité de la base de données a été réalisé afin d'identifier des possibles erreurs d'encodages et/ou des valeurs aberrantes. Ainsi, la base de données qui comprenait, avant le contrôle, 319 répondants, a été réduite à 314 répondants. Les cinq répondants supprimés n'avaient répondu qu'aux deux premières questions, ou avaient répondu la même réponse à chaque item (alors qu'il y a des items « contradictoires » dans chaque échelle). Pour ce qui est des valeurs quantitatives, aucune valeur différente du « *codebook* » préalablement créé ne devait apparaître.

Après cette étape, les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R sous sa version 3.4.2. La normalité des données a été évaluée grâce aux histogrammes, QQ-Plots et test de Shapiro-Wilk. Les moyennes et écart-types ont été utilisés pour décrire les variables quantitatives, tandis que pour les variables qualitatives, ce sont la médiane et les percentiles 25 et 75 qui ont été utilisés.

Des analyses bivariées ont été réalisées afin d'identifier les possibles associations des variables avec l'habitude vaccinale contre la grippe chez les soignants. Une fois ces associations identifiées, des analyses multivariées ont été réalisées avec des régressions logistiques binaires reprenant les associations identifiées préalablement. Les résultats des régressions sont présentés sous forme d'« *odds ratio* » avec leurs intervalles de confiance à 95%.

La valeur alpha significative retenue a été fixée à 0,05.

## 4. Résultats

### A) Population d'étude et perception de la vaccination

Au total, l'étude se base 314 participants.

Le tableau 4.A.1 met en avant le contraste entre la population qui se fait habituellement vacciner (31,85%) et le pourcentage qui est favorable à la vaccination contre la grippe chez les soignants (56,69%).

Tableau 4.A.1. : Perception de la vaccination

<b>Variable</b>	<b>Catégories</b>	<b>Résultats N (%)</b>
<b>Habituellement vacciné ?</b>	Oui	100 (31,85%)
	Non	214 (68,15%)
<b>Favorable à la vaccination chez les soignants ?</b>	Oui	178 (56,69%)
	Non	136 (43,31%)

On remarque ainsi que le pourcentage de personne favorable à la vaccination contre la grippe est plus important que le pourcentage de personne effectivement vacciné contre la grippe.

On remarque également, qu'au sein de l'échantillon, on atteint un taux de vaccination habituel (selon les déclarations des répondants) de 31,85% (soit 214 personnes habituellement non-vaccinées et 100 habituellement vaccinées). Au sein de la population générale (le personnel soignant) nous avons un taux de 31,19% de personnes vaccinées pour l'année 2017-2018. Ces résultats concordent donc avec les résultats collectés par le CHR de Verviers qui montrent un taux de vaccination au cours des dernières années entre 30,00 et 35,00%.

Le tableau 4.A.2 présente les caractéristiques sociodémographiques de la population en rapport avec leur attitude de vaccination (habituellement vacciné ou non).

Tableau 4.A.2. : Association des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiées et les habitudes vaccinales (N=314)

Variable	Catégorie	N (%)	Habituellement non-vacciné N(%)	Habituellement vacciné N (%)	P-valeur
<b>Âge</b>	18-29 ans	66 (21,02%)	51 (77,27%)	15 (22,73%)	0,104
	30-49 ans	169 (53,82%)	115 (68,05%)	54 (31,95%)	
	Plus de 50 ans	79 (25,16%)	48 (60,76%)	31 (39,24%)	
<b>Sexe</b>	Homme	64 (20,38%)	38 (59,38%)	26 (40,62%)	0,091
	Femme	250 (79,62%)	176 (70,40%)	74 (29,60%)	
<b>Diplôme</b>	Infirmière	208 (66,24%)	147 (70,67%)	61 (29,33%)	<0,001
	Médecin	39 (12,42%)	13 (33,33%)	26 (66,67%)	
	Aide-soignante	25 (7,96%)	18 (72,00%)	7 (28,00%)	
	Paramédicale	28 (8,92%)	24 (85,71%)	4 (14,29%)	
	Sage-femme	14 (4,46%)	13 (92,86%)	1 (7,14%)	
<b>Favorable à la vaccination chez les soignants ?</b>	Non	135 (43,13%)	135 (100,00%)	0 (0,00%)	<0,001
	Oui	178 (56,87%)	79 (44,38%)	99 (55,62%)	
<b>Type de service où l'agent travaille ?</b>	Médecine	70 (22,29%)	47 (67,14%)	23 (32,86%)	0,208
	Secteur mère-enfant	35 (11,15%)	30 (85,71%)	5 (14,29%)	
	Gériatrie	29 (9,24%)	20 (68,97%)	9 (31,03%)	
	Urgences- USI	31 (9,87%)	16 (51,61%)	15 (48,39%)	
	Chirurgie	38 (12,10%)	27 (71,05%)	11 (28,95%)	
	Bloc opératoire	13 (4,14%)	7 (53,85%)	6 (46,15%)	
	Équipe volante	20 (6,37%)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	
	Polyclinique	53 (16,88%)	38 (71,70%)	15 (28,30%)	
	Revalidation – Centre de Réadaptation Fonctionnelle (CRF)	25 (7,96%)	16 (64,00%)	9 (36,00%)	

On voit dans ce tableau que les variables « type de diplôme » et le fait d'être favorable ou non à la vaccination contre la grippe sont statistiquement significatives et donc en lien avec l'attitude de vaccination contre la grippe des soignants.

Le tableau 4.A.3 présente les résultats du modèle de régression logistique binaire des caractéristiques sociodémographiques qui sont statistiquement en lien avec l'attitude vaccinale. Ces variables sont associées dans un modèle de régression logistique binaire.

**Tableau 4.A.3 :** Résultats du modèle de régression logistique binaire des caractéristiques sociodémographiques (N=313)

<b>Variable</b>	<b>OR (95%IC)*</b>	<b>P-valeur</b>
<b>Diplôme</b>		
Médecin vs Infirmière	4,82 (2,36-10,27)	<0,001
Aide-soignante vs Infirmière	0,94 (0,35-2,27)	0,890
Paramédicale vs Infirmière	0,40 (0,11-1,09)	0,104
Sage-femme vs Infirmière	0,19 (0,01-1,01)	0,108
<b>Favorable à la vaccination chez les soignants ?</b>		
Oui vs Non	3,94 <sup>8</sup> (0,73-4,26 <sup>161</sup> )	0,983

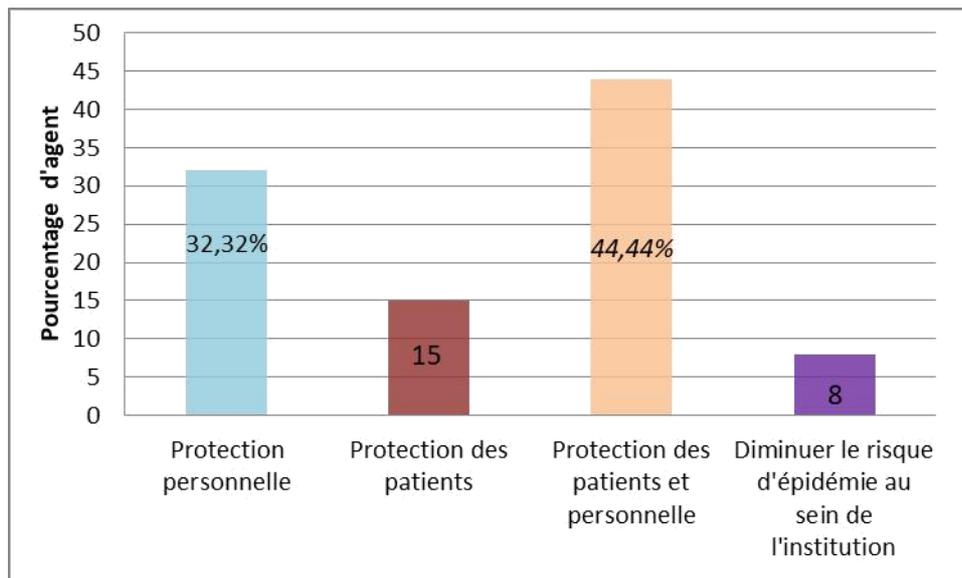
\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

On remarque dans ce tableau qu'en analysant les variables afin de prédire l'attitude de vaccination, seule la variable « Diplôme » reste significative. En effet, il n'y a que la catégorie de diplôme « médecin » qui entraîne une augmentation de la vaccination habituelle dans cette catégorie. Un médecin aura donc 4,82 fois plus de chance de se faire habituellement vacciné par rapport à une infirmière.

L'intervalle de confiance pour la variable « Favorable à la vaccination chez les soignants » est très important par le fait que la catégorie « Défavorable à la vaccination chez les soignants » et « Habituellement vacciné » est nulle. De ce fait, il est difficile de faire une prédiction à ce sujet.

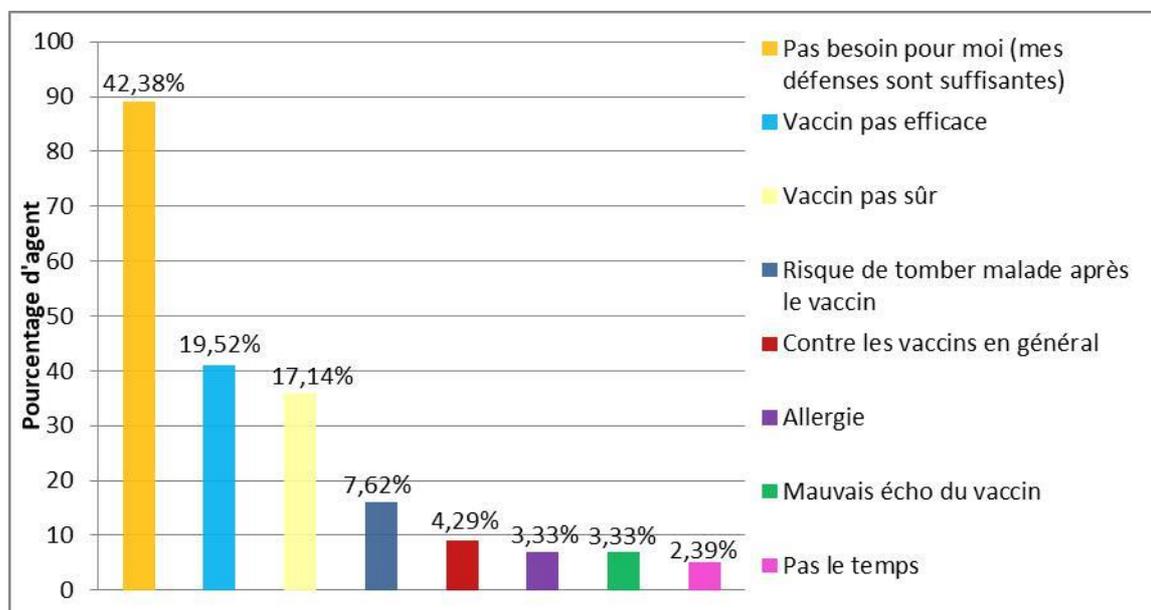
#### B) Raisons de la vaccination/ non-vaccination

La question des pour lesquelles le personnel soignant se faisait ou non vacciner contre la grippe a été demandée par la direction du CHR de Verviers. En effet, aucune enquête n'avait encore été réalisée à ce sujet. Cette étude était donc une opportunité d'avoir enfin une réponse à cette question au sein de cette population.



Graphique 4.B.1 : Raisons de la vaccination contre la grippe chez les soignants (N=99)

Le graphique ci-dessus montre que la protection des patients et personnelle arrive en tête des raisons pour lesquelles le personnel soignant se fait vacciner (44,44% de la population). Suit ensuite la protection uniquement personnelle (32,32%), la protection uniquement des patients (15,16%) et la diminution du risque d'épidémie (8,08%). Une seule personne, habituellement vaccinée, n'a pas répondu à cette question.



Graphique 4.B.2 : Raisons de la non-vaccination chez les soignants (N=216)

Nous retrouvons ci-dessus les raisons de la non-vaccination chez le personnel soignant. Au sein de la population habituellement non-vaccinée 42,38% estiment de pas en avoir besoin (leurs défenses suffisent), 19,52% estiment que le vaccin n'est pas efficace, 17,14% estiment qu'il n'est pas sûr et qu'il comporte des risques pour la santé à long terme, 7,62% pensent qu'ils risquent de tomber malade après la vaccination, 4,29% sont contre les vaccins en général, 3,33% disent présenter une allergie, 3,33% ont eu des mauvais échos du vaccin (connaissance ne le supportant pas, ...) et 2,39% disent ne pas avoir le temps de se faire vacciner.

### C) Échelle d'orientation sociale et culturelle :

Le tableau qui suit présente l'association possible entre l'habitude vaccinale des participants et les différentes dimensions d'orientation sociale et culturelle, à savoir Collectivisme Vertical (CV) ou Horizontal (CH), Individualisme Vertical (IV) ou Horizontal (IH). Au sein de l'échantillon étudiée, aucune personne n'a présenté la dimension Individualise Horizontal, c'est donc pour cela que cette dimension ne sera pas présente dans le tableau suivant.

Tableau 4.C.1 : Association de l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et des habitudes de vaccinations (N=314)

Dimension	Total N(%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Collectivisme Vertical</b>	93 (29,62%)	62 (66,67%)	31 (33,33%)	0,657
<b>Collectivisme Horizontal</b>	161 (51,27%)	109 (67,70%)	52 (32,30%)	
<b>Individualisme Vertical</b>	60 (19,11%)	44 (73,33%)	16 (26,67%)	

Il semblerait que la variable d'orientation sociale et culturelle n'ait aucune influence sur les habitudes vaccinales des soignants (p-valeur = 0,657).

Les médecins étant plus susceptibles de se faire habituellement vacciner contre la grippe (Tableau 4.A.3), l'Echelle d'orientation sociale et culturelle a également été couplé à la variable « Diplôme » afin d'identifier une possible association.

Tableau 4.C.2 : Association de l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et de la variable « Diplôme »

Dimension	Total N(%)	Diplôme N(%)					P-valeur
		Infirmière	Médecin	Aide- soignante	Paramédicale	Sage- femme	
<b>Collectivisme</b>	81	58	14	13	5	3	
<b>Vertical</b>	(26,82%)	(71,60%)	(17,28%)	(16,05%)	(6,17%)	3,70%	
<b>Collectivisme</b>	161	103	19	10	20	9	
<b>Horizontal</b>	(53,31%)	(63,98%)	(11,80%)	(6,21%)	(12,42%)	(5,60%)	
<b>Individualisme</b>	60	47	6	2	3	2	0,070
<b>Vertical</b>	(19,87%)	(78,33%)	(10,00%)	(3,33%)	(5,00%)	(3,33%)	

A nouveau, il n'y a aucune association entre les différentes dimensions et le type de diplôme obtenu par les répondants.

#### D) Locus de contrôle multidimensionnel de la santé :

Dans le tableau 4.D.1 seront présentés les résultats d'une association entre le Locus de contrôle multidimensionnel de la santé (et ses trois dimensions) et les habitudes vaccinales des soignants.

Tableau 4.D.1 : Association du Locus de contrôle multidimensionnel de la santé et des habitudes de vaccination (N=313)

Dimension	Total N(%)	Habituellement vacciné ? N(%)		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Internalité</b>	209 (66,77%)	141 (67,46%)	68 (32,54%)	
<b>Chance</b>	56 (17,89%)	40 (71,43%)	16 (28,57%)	
<b>Pouvoir des autres</b>	48 (15,34%)	33 (68,75%)	15 (31,25%)	
				0,850

Le Locus de contrôle multidimensionnel ne semble pas jouer de rôle dans la prédiction de l'habitude de vaccination. En effet, la valeur d'association n'étant pas statistiquement significative (p-valeur = 0,754), on peut dire que le Locus de contrôle d'une personne n'influence pas son habitude vaccinale.

Les médecins étant plus susceptibles de se faire vacciner habituellement contre la grippe (Tableau 4.A.3), le Locus contrôle a été également couplé à la variable « Diplôme » afin d'identifier une possible association.

Tableau 4.D.2 : Association entre Locus de contrôle multidimensionnel de la santé et de la variable « Diplôme »  
(N =313)

Dimension	Total N (%)	Diplôme					P-valeur
		Infirmière	Médecin	Aide- soignante	Paramédicale	Sage- femme	
<b>Internalité</b>	209 (66,77%)	138 (66,03%)	30 (14,35%)	13 (6,22%)	18 (8,61%)	10 (4,78%)	<b>0,046</b>
<b>Chance</b>	56 (17,89%)	44 (78,57%)	4 (7,14%)	3 (5,36%)	3 (5,36%)	2 (3,57%)	
<b>Pouvoir des autres</b>	48 (15,36%)	25 (52,08%)	5 (10,42%)	9 (18,75%)	7 (14,58%)	2 (4,17%)	

Dans ce cas-ci, il y a une association entre les dimensions du Locus de contrôle et le type de diplôme (p-valeur =0,046). Cependant, une fois ces variables insérées dans un modèle de régression logistique ordinaire, on obtient les résultats suivants les résultats obtenus ne sont plus statistiquement significatif. De plus, le Likelihood Ratio test (LR test) pour ce modèle n'est pas non plus statistiquement significatif (p-valeur =0,062).

#### E) Moteurs de la vaccination antigrippale (échelle MoVac) :

Cette échelle est classée en 4 sous catégories représentant l'impact de la vaccination, la valeur donnée à la vaccination, les connaissances liées à la vaccination et l'autonomie face à la vaccination. Chacune de ces catégories sera développée séparément.

Cette échelle était présentée avec une échelle de Likert à 7 modalités (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Cependant, l'échantillon étudié n'étant pas suffisamment important que pour avoir des réponses dans chaque modalité (en effet, certaines catégories sont nulles), il était difficile d'avoir des prédictions à ce sujet. De ce fait, les modalités ont été ramenées à 3 (« Désaccord », « Neutre » et « Accord ») afin de pouvoir obtenir des prédictions et des intervalles de confiance plus harmonieux.



## L'IMPACT DE LA VACCINATION :

Le tableau présentant les résultats de l'association des variables « impact de la vaccination » et les habitudes vaccinales est présenté en annexe 1. Toutes les variables ont une influence sur les habitudes vaccinales, elles donnent toutes les trois un résultat hautement significatif (<0,001) quant à l'association avec les habitudes vaccinales. Ces trois variables sont associées dans une régression logistique binaire dont les résultats sont dans le tableau 4.E.1.

Tableau 4.E.1 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Impact de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>La vaccination est un moyen très efficace de me protéger contre la grippe.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,54 (0,31-6,11)	0,556
Accord vs Désaccord	36,49 (16,15-68,47)	<0,001
<b>La vaccination réduit fortement le risque que je contracte la grippe.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,61 (0,23-7,49)	0,573
Accord vs Désaccord	24,17 (10,85-64,54)	<0,001
<b>Me faire vacciner contre la grippe à un effet positif sur ma santé.</b>		
Neutre vs Désaccord	5,47 (2,49-12,47)	<0,001
Accord vs Désaccord	31,90 (15,61-70,14)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Lorsque l'on couple les variables dans un modèle de régression logistique binaire, on remarque que les trois variables entraînent une augmentation de la vaccination habituelle chez les soignants lorsque les répondants sont en accord avec les affirmations. On voit notamment que le fait qu'une personne soit en accord avec l'affirmation « La vaccination réduit fortement le risque que je contracte la grippe » entraîne une chance d'être vacciné habituellement contre la grippe 24,17 fois supérieure à une personne étant en désaccord avec cette affirmation.

Pour la troisième variable, l'on remarque également que le fait d'être neutre par rapport à cette affirmation entraîne une augmentation de la vaccination habituelle du soignant. Il semblerait donc que le fait de croire en un impact positif du vaccin contre la grippe entraîne une augmentation de la vaccination habituelle chez ces personnes.

On peut donc conclure que le fait d’avoir une vision positive de la vaccination contre la grippe entraîne une augmentation de la vaccination habituelle chez les soignants.



LA VALEUR DONNÉE À LA VACCINATION :

Les résultats de l’association des variables « valeur donnée à la vaccination » et les habitudes vaccinales se trouvent en annexe 2. Ces résultats montrent que toutes les variables concernant la valeur donnée à la vaccination contre la grippe sont significativement associées au fait d’être habituellement vacciné (p-valeur <0,001). Pour avoir une idée de la manière dont ces variables sont associées, une régression logistique binaire est présentée au Tableau 4.D.2.

Tableau 4.E.2 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Valeur donnée à la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Il est important que je me fasse vacciner contre la grippe.</b>		
Neutre vs Désaccord	4,33 <sup>7</sup> (3,16 <sup>-10</sup> -7,18 <sup>133</sup> )	0,984
Accord vs Désaccord	7,13 <sup>8</sup> (5,78 <sup>-5</sup> -1,79 <sup>157</sup> )	0,982
<b>Le vaccin contre la grippe contribue de façon importante à ma santé et à mon bien-être.</b>		
Neutre vs Désaccord	7,30 (3,02-17,90)	<0,001
Accord vs Désaccord	42,29 (20,84-92,02)	<0,001
<b>Le vaccin contre la grippe est très important afin de protéger ma vie et celle des autres.</b>		
Neutre vs Désaccord	25,17 (4,17-496,05)	0,003
Accord vs Désaccord	47,62 (36,60-3041,80)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Malgré la réduction des modalités de l’échelle de Likert, une catégorie reste nulle (Désaccord avec « Il est important que je me fasse vacciner contre la grippe » couplé à « Habituellement vacciné »). De ce fait, les résultats de la régression logistique binaire pour cette variable ne sont pas harmonieux ; ils comportent des exposants importants, donnant des intervalles de confiances très élevés. En effet, il est difficile de prédire statistiquement une habitude de vaccination à partir d’une catégorie nulle. Les résultats pour cette variable ne sont pas statistiquement significatifs (p-valeurs = 0,984 et 0,982).

Les deux dernières variables concernant la valeur donnée à la vaccination contre la grippe s'avère hautement significatives. Par exemple, le fait d'être en accord avec l'affirmation « Le vaccin contre la grippe contribue de façon importante à mon bien-être » multiplie par 42,29 la probabilité d'être habituellement vacciné, par rapport à une personne en désaccord avec cette affirmation. On remarque également que le fait d'être neutre entraîne également une augmentation de la probabilité.

Il semblerait donc qu'uniquement la valeur négative donnée à la vaccination contre la grippe limite la vaccination contre la grippe dans le personnel soignant.

✓ LES CONNAISSANCES LIÉES À LA VACCINATION :

Les résultats de l'association des variables « connaissances liées à la vaccination » et les habitudes vaccinales se trouvent en annexe 3. On remarque que toutes les variables concernant les connaissances liées à la vaccination contre la grippe sont statistiquement significatives (<0,05). Pour avoir une idée de la manière dont ces variables sont associées, une régression logistique binaire est présentée au Tableau 4.E.3.

Tableau 4.E.3 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Connaissance de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Je sais très bien comment la vaccination me protège de la grippe.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,89 (0,23-2,94)	0,853
Accord vs Désaccord	5,84 (2,88-13,15)	<0,001
<b>Je ne connais pas le fonctionnement du vaccin contre la grippe, je ne sais pas comment il m'aide à protéger ma santé (résultats inverses)</b>		
Neutre vs Désaccord	0,10 (0,01-0,50)	0,027
Accord vs Désaccord	0,49 (0,22-1,00)	0,061
<b>Je comprends comment le vaccin contre la grippe aide mon corps à lutter contre le virus de la grippe.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,03 (0,05-8,56)	0,978
Accord vs Désaccord	14,74 (5,26-61,61)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

On remarque que pour la première et la dernière variable, le fait d'être en accord avec l'affirmation augmente la probabilité d'être habituellement vacciné. En ce qui concerne la

deuxième variable, c'est le fait d'être neutre face à l'affirmation qui entraîne 10 fois plus de chance de ne pas être habituellement. Cette variable donne des résultats inverses aux deux autres. C'est-à-dire que pour cette affirmation, les personnes en accord estiment avoir de moins bonnes connaissances que celles en désaccord. Pour les deux autres variables, c'est le contraire.

De ce fait, le fait d'estimer avoir une bonne connaissance de la vaccination contre la grippe augmente la probabilité d'être habituellement vacciné.



L'AUTONOMIE FACE À LA VACCINATION :

Comme présenté en annexe 4, la première variable concernant l'autonomie face à la vaccination contre la grippe n'est pas statistiquement significative (p-valeur =0,389). Les deux suivantes sont, elles, hautement significative (<0,001). Pour pouvoir quantifier cette association, les résultats d'une régression logistique binaire sont présentés au tableau 4.D.4. La première variable n'étant pas significative, elle ne sera pas présentée dans le modèle de régression logistique.

Tableau 4.E.4 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Autonomie de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Je me sens obligé de me faire vacciner contre la grippe (résultats inverses).</b>		
Neutre vs Désaccord	2,10 (0,91-4,63)	0,070
Accord vs Désaccord	7,48 (4,20-13,61)	<0,001
<b>Je me fais vacciner contre la grippe uniquement parce que je dois le faire (résultats inverses).</b>		
Neutre vs Désaccord	0,12 (0,03-0,33)	<0,001
Accord vs Désaccord	1,57 (0,68-3,56)	0,279

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

La première variable de ce tableau est à nouveau un résultat inverse ; « Accord » signifie ne pas avoir l'autonomie de se faire vacciner contre la grippe. L'on remarque que le fait de se sentir obligé de se faire vacciner multiplie la probabilité de se faire habituellement vacciner par 7,48.

Les résultats montrent également que le fait d'être « neutre » face à l'affirmation « Je me fais vacciner contre la grippe uniquement parce que je fais le faire » entraîne 8,33 fois plus de chance de ne pas être vacciné par rapport à une personne en désaccord.

Dans cette dimension, le fait n'être neutre entraîne une diminution de la probabilité d'être vacciné. D'autre part, le fait de penser avoir peu d'autonomie face à la vaccination contre la grippe entraînerait une augmentation de la vaccination habituelle.

#### F) Moteurs de la promotion de la vaccination (échelle MovAd)

Cette échelle est classée en 4 sous catégories représentant l'impact de la promotion de la vaccination, la valeur donnée à la promotion de la vaccination, les connaissances liées à la promotion de la vaccination et l'autonomie face à la promotion de la vaccination. Chacune de ces catégories sera développée séparément.

Cette échelle était présentée avec une échelle de Likert à 7 modalités (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Cependant, l'échantillon étudié n'étant pas suffisamment important que pour avoir des réponses dans chaque modalité (en effet, certaines catégories sont nulles), il était difficile d'avoir des prédictions à ce sujet. De ce fait, les modalités ont été ramenées à 3 (« Désaccord », « Neutre » et « Accord ») afin de pouvoir obtenir des prédictions et des intervalles de confiance plus harmonieux.



#### IMPACT DE LA PROMOTION DE LA VACCINATION :

Les trois variables sont statistiquement associées à la variable « Habituellement vacciné ? » (p-valeur <0,001) (Cfr. Annexe 5). De ce fait, ces variables sont présentées dans le tableau qui suit, sous forme de régression logistique binaire.

Tableau 4.F.1 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Impact de la promotion de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Lorsque je parle ouvertement de la vaccination, ça a un impact positif sur les convictions de mes interlocuteurs.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,98 (0,52-1,82)	0,945
Accord vs Désaccord	3,43(1,94-6,15)	<0,001
<b>Si je parle de la vaccination, cela changera fortement le point de vue de mes interlocuteurs sur le sujet.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,72 (0,35-1,40)	0,341
Accord vs Désaccord	1,83 (1,06-3,15)	0,029
<b>Je peux influencer l'opinion de certaines personnes lorsque je discute avec elles de la vaccination.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,97 (0,44-2,05)	0,937
Accord vs Désaccord	2,74 (1,60-4,77)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Les résultats de la régression logistique montrent une augmentation de la probabilité d'être habituellement vacciné lorsque la personne a foi en ses capacités à promouvoir la vaccination chez les autres. Par exemple, le fait d'être en accord avec l'affirmation « Lorsque je parle ouvertement de la vaccination, ça a un impact positif sur les convictions de mes interlocuteurs » multiplie par 3,43 la probabilité d'être habituellement vacciné par rapport à quelqu'un en désaccord.

Le fait de croire en ses capacités à promouvoir la vaccination et à faire changer les choses induisent une augmentation de la probabilité d'être habituellement vacciné.

✓ VALEUR DONNÉE À LA PROMOTION DE LA VACCINATION :

Les trois variables sont statistiquement associées à l'habitude de vaccination du soignant (p-valeur <0,001) (Cfr. Annexe 6). De ce fait, ces variables sont présentées dans le tableau qui suit, sous forme de régression logistique binaire.

Tableau 4.F.2 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Valeur donnée à la promotion de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Selon moi, la vaccination est un sujet important de discussion, je souhaite aborder ce sujet avec d'autres personnes.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,74 (0,87-3,45)	0,110
Accord vs Désaccord	3,34 (1,93-5,90)	<0,001
<b>Il est important que j'aborde le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.</b>		
Neutre vs Désaccord	2,48 (1,16-5,24)	0,02
Accord vs Désaccord	5,45 (3,09-9,89)	<0,001
<b>Il est important que je parle ouvertement de la vaccination avec d'autres personnes.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,25 (0,56-2,69)	0,567
Accord vs Désaccord	3,88 (2,25-6,85)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Les résultats de la régression logistique binaire montre que le fait de donner de la valeur à la promotion de la vaccination contre la grippe augmente le taux de probabilité d'être habituellement vacciné. Par exemple, les personnes en accord avec l'affirmation « Il est important que j'aborde le sujet de la vaccination avec d'autres personnes » ont 5,45 fois plus de chance d'être habituellement vacciné par rapport à une personne en désaccord, les personnes neutres face à cette affirmation ont, elles, 2,48 fois plus de chance d'être habituellement vacciné par rapport à une personne en désaccord.



#### CONNAISSANCES LIÉES À LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Les trois variables sont statistiquement associées à l'habitude de vaccination (p-valeur <0,05) (Cfr. Annexe 7). De ce fait, elles vont être associées dans un modèle logistique binaire dont les résultats sont présentés dans le Tableau 4.F.3.

Tableau 4.F.3 : Résultats de la régression logistique binaire des variables « Connaissances liées à la promotion de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Je suis certain de pouvoir répondre aux questions qu'on pourrait me poser sur la vaccination.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,71 (0,30-1,59)	0,423
Accord vs Désaccord	1,97 (1,17-3,34)	<b>0,011</b>
<b>Je sais exactement comment aborder le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.</b>		
Neutre vs Désaccord	1,19 (0,56-2,45)	0,648
Accord vs Désaccord	3,51 (2,03-6,18)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Je me sens capable de parler de la vaccination.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,60 (0,19-1,67)	0,358
Accord vs Désaccord	3,28 (1,82-6,15)	<b>&lt;0,001</b>

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Ces trois variables sont toutes statistiquement significatives (p-valeur <0,05). De ce fait, les personnes se sentant capables de parler de la vaccination et qui estiment avoir les ressources nécessaires pour en parler, ont plus de chance d'être vaccinées habituellement que les personnes neutres ou celles qui ne s'estiment pas capables d'en parler.



#### AUTONOMIE FACE À LA PROMOTION DE LA VACCINATION

Les résultats de l'analyse de l'association entre les variables « autonomie face la promotion de la vaccination » et les habitudes vaccinales se trouvent en annexe 8. Les deux premières variables s'avèrent statistiquement liées à l'habitude vaccinale (p-valeur <0,05). Elles seront donc associées dans un modèle de régression logistique binaire dans le tableau qui suit.

Tableau 4.F.3 : Résultats de la régression logistique binaire des variables «Autonomie face à la promotion de la vaccination »

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Je décide librement de parler ou non de la vaccination avec d'autres personnes.</b>		
Neutre vs Désaccord	0,16 (0,01-1,15)	0,107
Accord vs Désaccord	2,60 (0,94-9,18)	0,093
<b>Je me sens obligé de parler de la vaccination à d'autres personnes (résultats inverses).</b>		
Neutre vs Désaccord	1,63 (0,77-3,36)	0,186
Accord vs Désaccord	2,32 (1,17-4,61)	<b>0,016</b>

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Une fois couplée, la première variable n'est plus statistiquement significative. Elle ne permet donc pas de prédire l'attitude vaccinale. La deuxième variable de ce tableau permet, elle, de la prédire. En effet, les personnes se sentant obligées de parler de la vaccination contre la grippe ont plus tendance à être habituellement vaccinées (OR = 2,32).

Cet indicateur donne des résultats similaires à celui concernant l'autonomie face à la vaccination, à savoir qu'une diminution de l'autonomie entrainerait une augmentation de la vaccination.

### G) Autres indicateurs

D'autres indicateurs ont été proposés dans l'étude de Vallée-Tourangeau *et al.*, ceux-ci sont divisés en deux catégories : « Menace que représente le virus » et « Menace que représente le vaccin ».

Les résultats de l'association entre les indicateurs sur la perception de la menace que représente le virus et les habitudes vaccinales se trouvent en annexe 9. Ces résultats montrent une association uniquement entre le premier indicateur et dernier indicateur et l'habitude vaccinale (p-valeur <0,05). De ce fait, une régression logistique binaire est réalisée.

Tableau 4.G.1 : Résultats de la régression logistique binaire de la variable de gravité perçue de la grippe

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>La grippe pourrait me rendre gravement malade (gravité perçue de la grippe).</b>		
Neutre vs Désaccord	0,23 (0,03-1,01)	0,059
Accord vs Désaccord	1,56 (0,88-2,84)	0,137
<b>Si je ne me fais pas vacciner contre la grippe, les chances que je contracte la grippe sont ... (perception du risque)</b>		
Faibles vs Nulles	1,45 (0,24-27,75)	0,735
Je ne sais pas vs Nulles	2,92 (0,47-56,65)	0,332
Limitées vs Nulles	3,90 (0,69-73,50)	0,207
Importantes vs Nulles	27,00 (4,51-521,09)	<b>0,003</b>

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Ainsi, une fois modélisée dans une régression logistique binaire, la première variable ne montre plus de lien avec les catégories « habituellement vacciné » et « habituellement non-vacciné ». Cependant, pour la dernière, on remarque que le choix de la dernière modalité entraîne des chances de se faire habituellement vacciner 27 fois supérieures par rapport à une personne qui aurait choisi la modalité « Nulles ».

Ensuite, pour la deuxième catégorie reprenant les indicateurs de la menace que représente le vaccin, un test statistique pour mesurer l'association de ces derniers et les habitudes vaccinales a été réalisé. Le tableau, se trouvant en annexe 10, présente les résultats du test. Les trois variables montrent une association hautement significative avec les habitudes vaccinales (p-valeur <0,001). De ce fait, elles sont associées dans un modèle logistique binaire dont les résultats sont présentés dans le tableau 4.G.2.

Tableau 4.G.2 : Résultats de la régression logistique binaire des variables de représentation de menace du vaccin

Variable	OR(95%IC)*	P-valeur
<b>Je suis inquiet du fait que la vaccination annuelle puisse être dangereuse. (sûreté du vaccin contre la grippe)</b>		
Neutre vs Désaccord	0,20 (0,09-0,42)	<0,001
Accord vs Désaccord	0,06 (0,03-0,11)	<0,001
<b>J'ai peur de me faire vacciner contre la grippe. (peur de la vaccination)</b>		
Neutre vs Désaccord	0,11 (0,03-0,28)	<0,001
Accord vs Désaccord	0,13 (0,06-0,25)	<0,001
<b>J'ai peur que le vaccin contre la grippe me procure des symptômes comme ceux de la grippe. (préoccupation au sujet des effets secondaires)</b>		
Neutre vs Désaccord	0,20 (0,06-0,52)	0,002
Accord vs Désaccord	0,12 (0,07-0,21)	<0,001

\* Catégorie modélisée : « Habituellement non-vacciné »

Les trois variables se révèlent être significativement liées avec les habitudes vaccinales. Ces variables sont des variables en associations négatives. C'est-à-dire qu'elles diminuent la probabilité de se faire habituellement vacciner. Par exemple, une personne en accord avec l'affirmation « J'ai peur que le vaccin contre la grippe me procure des symptômes comme ceux de la grippe » aura 8,33 fois plus de chances de ne pas être vaccinées habituellement, par rapport à une personne en désaccord avec cette proposition (OR=0,12). Il semblerait que les aprioris négatifs vis-à-vis de la vaccination entraînent une diminution de la probabilité d'être habituellement vacciné.

## 5. Discussion et perspectives

### A) Principaux résultats

Cette étude transversale exploratoire a permis de mettre plusieurs choses en avant. Tout d'abord, au niveau des caractéristiques sociodémographiques, une relation a été mise en avant entre les habitudes vaccinales chez les soignants et les diplômés. En effet, il semblerait qu'un médecin à 4,82 fois plus de chance de se faire vacciner par rapport à une infirmière (OR = 4,82). Cependant, les autres niveaux de diplôme ne semblent pas être en relation avec les habitudes vaccinales.

Ensuite, les deux outils d'orientation sociale et culturelle (l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et le Locus de contrôle de la santé) ne semblent pas être statistiquement significatifs lorsqu'on les couple avec les habitudes vaccinales du personnel soignant (p-valeur > 0,005). Ils ne le sont pas non plus (p-valeur > 0,005) lorsqu'ils sont couplés avec la catégorie de diplôme (qui elle était significative).

L'étude a également démontré toute une série de résultats en rapport avec les échelles de motivation à la vaccination contre la grippe du personnel soignant et de motivation à la promotion de la vaccination contre la grippe. Ces deux échelles, comme expliqué plus haut, évaluent le fait de se faire vacciner comme un engagement à la vaccination (modèle cognitif d'« *empowerment* ») et pas seulement comme un processus rationnel de « coût-bénéfice ». L'autonomisation de la vaccination (MoVac) chez le personnel soignant semble être un bon indicateur des habitudes vaccinales de ceux-ci. Les quatre catégories (à savoir l'impact et la valeur de la vaccination, la connaissance de celle-ci et l'autonomie de la celle-ci) donnent des résultats statistiquement significatif et permettent de prédire l'attitude vaccinale habituelle chez le personnel soignant.

L'autonomisation de la promotion de la vaccination (MovAd) a montré des résultats semblables. En effet, les quatre catégories (à savoir l'impact, la valeur de la promotion de la vaccination contre la grippe et la connaissance liée à la promotion de la vaccination contre la grippe et l'autonomie liée à celle-ci) ont donnés des résultats statistiquement significatifs. Les dimensions d'impact, de valeur, de connaissances et d'autonomie face à la promotion de la

vaccination sont donc de bons prédictors de la vaccination contre la grippe dans la population étudiée.

En ce qui concerne les autres indicateurs proposés par Vallée-Tourangeau et al. sur la menace que représente le virus et celle que représente le vaccin, seule une des catégories s'est montrée être statistiquement significative. La catégorie en question est celle reprenant les indicateurs sur la menace que représente le vaccin. Les résultats de la régression logistique binaire montrent que ces indicateurs permettent une prédiction de l'habitude vaccinale des membres du personnel soignant ; plus la vision de la menace est grande, plus la probabilité d'être habituellement non-vacciné est élevée.

Pour finir, la question du « Pourquoi ? » le personnel de soins se fait habituellement vacciner ou non avait un but essentiellement descriptif car les raisons de la vaccination/non-vaccination n'étaient pas le but premier de cette étude. Ainsi les réponses à cette question ont démontré qu'au sein de la population habituellement non-vaccinée 42,38% estiment de pas en avoir besoin (leurs défenses suffisent), 19,52% estiment que le vaccin n'est pas efficace, 17,14% estiment qu'il n'est pas sûr et qu'il comporte de risque pour la santé à long terme, 7,62% pensent qu'ils risquent de tomber malade après la vaccination, 4,29% sont contre les vaccins en général, 3,33% disent présenter une allergie, 3,33% ont eu des mauvais échos du vaccin (connaissance ne le supportant pas, ...) et 2,39% disent ne pas avoir le temps de se faire vacciner. Du côté de la population habituellement vaccinée, c'est la protection personnelle et professionnelle qui l'emporte avec 44,44% de la population habituellement vaccinée, suit ensuite la protection uniquement personnelle (32,32%), la protection uniquement des patients (15,16%) et la diminution du risque d'épidémie (8,08%).

#### B) Confrontation avec les données de la littérature

En ce qui concerne la confrontation de ces résultats avec la littérature, le fait d'avoir utilisé des outils déjà validés mais adaptés à une nouvelle population rend la comparaison difficile. En effet, de tel outils (Echelle d'orientation sociale et culturelle et Locus contrôle de la Santé) n'avait jamais été testé dans une population soignante afin d'identifier leurs influence sur la vaccination contre la grippe.

Cependant, une étude reprend l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et analyse son influence sur les personnalités « sceptiques » et « non-sceptiques » envers la vaccination en

générale (Luyten *et al.*, 2014). En effet, Luyten *et al.*, a testé cette échelle au sein d'un échantillon représentatif de la population flamande (N =1050). Ils ont constaté que les sceptiques et les non-sceptiques ont des dimensions sociales différentes.

Dans le cadre de l'étude menée, cette échelle a été testée au sein d'une population de soignant. Malheureusement, les résultats ne sont pas comparables à ceux de l'étude de Luyten *et al.* étant donné que, dans notre cas, les résultats ne s'avèrent pas être significatif.

En ce qui concerne le Locus de contrôle multidimensionnel de la Santé, aucune étude semblable à celle menée n'a été réalisée jusqu'à présent.

Cependant, un mémoire, réalisé dans le cadre d'un Master en Sciences de la Santé Publique à l'Université de Liège, a testé ces deux outils au sein d'une population « anti-vaccins », contacté par des forums sur internet qui se présentaient comme des mouvements « anti-vaccins ». Cette étude a donné des résultats statistiquement significatifs pour l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et le Locus de contrôle (Vancolen, 2017). La population différente dans cette recherche et celle menée auprès du personnel soignant pourrait être une raison des différences de résultat.

Pour ce qui est des échelles d'autonomisation à la vaccination (MoVac) et d'autonomisation à la promotion de la santé (MovAd), l'étude développée dans les matériels et méthodes (Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017), permet une confrontation avec la littérature. Vallée-Tourangeau *et al.* avait validé ces deux échelles par une étude. Les deux échelles montraient des indices de fiabilité plus faible pour certains items (notamment l'un des items de la partie connaissance de la promotion) mais les auteurs conseillaient tout de même de garder ces items dans l'échelle à 12 items. L'étude avait donné des résultats similaires aux nôtres. En effet, les différentes catégories permettaient de prédire de manière fiable l'augmentation des chances de vaccinations. En comparant les résultats, on peut remarquer qu'ils coïncident même si les proportions sont différentes ; dans l'étude de Vallée-Tourangeau *et al.*, le prédicteur le plus fort était le risque d'attraper la grippe sans vaccin tandis que sur notre population, le prédicteur le plus fort s'avère être le troisième item de la valeur donnée à la vaccination ; « Le vaccin contre la grippe est très important pour protéger ma vie et celle des autres » ( OR=47,62).

En ce qui concerne les raisons de la non-vaccination chez le personnel soignants, celles-ci sont sensiblement semblables à celles abordées dans la littérature. En effet, la foi en ses propres défenses immunitaires (Gerard and Esse, 2012), l'insécurité du vaccin (Thomas *et al.*, 2006) et l'inefficacité du vaccin (Willis *et al.*, 2007) sont les trois raisons principales de la non-vaccination chez les soignants dans l'échantillon étudié.

### C) Limitation et généralisation

La population de l'étude a été soumise à un questionnaire visant l'auto-évaluation. De ce fait, il est impossible de connaître l'exactitude de ces données, elles peuvent être possiblement biaisées. Cependant, l'auto-évaluation est généralement considérée comme suffisante lorsqu'il s'agit d'évaluer un comportement passé réel (à contrario, pour une intention comportementale future, elle n'est pas suffisante)(Brewer NT *et al.*, 2007). Le biais de désirabilité sociale est limité par le fait que ce questionnaire était à disposition de manière volontaire et anonyme (au début, uniquement sur les ordinateurs de services, ensuite en format papier à renvoyer par courrier interne).

Comme expliqué lors de l'analyse des résultats, certaines modalités qualitatives, dans les variables collectées, ont dû être diminuées afin d'augmenter la pertinence et la cohérence des résultats en regroupant les modalités ayant une modalité nulle avec d'autres variables. Ainsi, les analyses statistiques se basaient sur des modalités non-nulles. Le biais de confusion potentiel a également été pris en compte en réalisant des modèles de régression logistique binaire multivariée.

Une taille d'échantillon avait été calculée préalablement à la collecte des données. La population cible reprenant 1 000 individus, la marge d'erreur ayant été fixé à 5% et le niveau de confiance à 95%, la taille d'échantillon requise était évaluée à 278 participants. La base de données comportait 314 participants, de ce fait, la marge d'erreur a pu être réduite à 4,58%. Le questionnaire était disponible du 12 janvier 2018 au 30 mars 2018, et ce pour des raisons pratiques. Idéalement, cette collecte des données aurait pu s'étaler sur une période de 4 mois.

En ce qui concerne la généralisation des résultats, l'échantillon de la population est représentatif de la population cible. En effet, la distribution des caractéristiques sociodémographiques est sensiblement la même entre échantillon et population cible. De plus en ce qui concerne la distribution de la population habituellement vaccinée et habituellement

non-vaccinée, celle-ci correspond également avec les statistiques annuelles collectées en matière de vaccination contre la grippe (à savoir que la catégorie « habituellement vaccinée » représente 31,85% de l'échantillon, et dans la population cible, le taux de vaccination du personnel soignant a atteint 30,22% et 31,56% les deux dernières années). Ces résultats peuvent donc être généralisés à l'ensemble de la population cible. Après réflexion, une distribution des questionnaires au sein de différents hôpitaux de la région aurait pu permettre une généralisation au niveau régional voire au niveau national.

Au niveau purement méthodologique, les deux premiers outils avaient déjà suivi un processus de rétrotraduction dans le cadre d'un mémoire (Vancolen, 2017). Ils ont donc été repris tel quel. En ce qui concerne les échelles MoVac et MovAd, celles-ci ont été rétrotraduites de manière à suivre les recommandations et guidelines de traduction. Pour terminer, la check-list « STROBE » a été utilisée comme support lors de la création et de la rédaction de ce mémoire (Elm *et al.*, 2007).

#### D) Implications des résultats et perspectives :

La relation non significative entre l'Echelle d'orientation sociale et culturelle et le Locus de contrôle de la santé montre que les dimensions sociale, culturelle et psychologique évaluées par ces outils ne nous permettent pas de prédire les habitudes vaccinales chez les soignants. Cependant, cela ne ferme pas la porte à d'autres évaluations possibles de l'implication de ces dimensions dans la prise de décision face à la vaccination contre la grippe. De nouvelles études réalisées à ce sujet pourraient amener une nouvelle manière de promouvoir la vaccination contre la grippe chez les soignants.

En ce qui concerne les échelles MoVac (autonomisation à la vaccination) et MovAd (autonomisation à la promotion de la vaccination), les résultats sont très claires sur le fait qu'elles permettent de prédire les habitudes vaccinales chez les soignants. De ce fait, il serait intéressant de considérer ces perceptions pour investiguer les causes d'hésitation à se faire vacciner. Certaines de ces causes d'hésitation étant déjà abordées dans les deux échelles (par exemple, la peur de la vaccination dans la catégorie de la menace que représente la vaccination, entraîne 8,33 fois plus de chances de ne pas être vacciné habituellement, par rapport à une personne n'ayant pas cette peur). Ces échelles permettent également d'identifier de façon robuste les motivations des soignants à se faire vacciner et de promouvoir cette

vaccination. Il serait donc intéressant de reprendre les causes déjà identifiées dans cette recherche afin de les inclure dans les campagnes de vaccination suivantes ainsi que de reprendre les motivations du personnel. De cette manière, la campagne serait un outil de promotion de la vaccination « sur mesure », utile aux directions hospitalières qui s'occupent de la promotion de la vaccination contre la grippe chez leur personnel soignant.

## 6. Conclusion

Les échelles d'autonomisation à la vaccination contre la grippe (MoVac) et d'autonomisation à la promotion de la vaccination contre la grippe (MovAd) ont montrés des résultats significatifs. En effet, ces deux courtes échelles permettent de prédire l'habitude vaccinale des soignants, à savoir « habituellement vacciné » ou « habituellement non-vacciné », sur base de quatre indicateurs par échelle (la valeur de l'action, l'impact de l'action, la connaissance de l'action, le sentiment d'autonomie). Ces résultats offrent un moyen de capter les motivations du personnel à se faire vacciner ainsi que sa capacité et sa volonté à promouvoir la vaccination contre la grippe. De ce fait, les différents indicateurs de ces deux échelles sont des pistes pour la création d'une campagne de vaccination « sur mesure », dédiée au personnel soignant. À contrario, les deux autres échelles utilisées, le Locus de contrôle de la Santé et l'Échelle d'orientation sociale et culturelle, n'ont pas montré de lien statistiquement significatif avec les deux groupes.

De nouvelles études allant dans le sens d'une meilleure compréhension de la non-vaccination chez le personnel soignant amèneraient un bénéfice en termes de Santé Publique. En effet, elles permettraient une adaptation des programmes de vaccination destinés aux soignants et, idéalement, une augmentation de la couverture vaccinale de ceux-ci.

À une époque où le taux de vaccination chez les soignants reste insuffisant partout en Europe, toute opportunité d'une augmentation de la couverture vaccinale chez ceux-ci devrait être saisie afin de limiter les préjudices (absentéisme chez les soignants, transmission aux malades, mort, ...) qu'entraînent, chaque année, la grippe saisonnière.

## 7. Références bibliographiques

Arda, B. *et al.* (2011) 'Did the pandemic have an impact on influenza vaccination attitude? a survey among health care workers', *BMC Infectious Diseases*, 11(1), p. 87.

Balinska, M.-A. and Léon, C. (2007) 'Opinions et réticences face à la vaccination', *La Revue de Médecine Interne*, 28(1), pp. 28–32.

Becker Marshall H. (1975) *Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care*.

Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX, Gerrard M, McCaul KD, W. N. (2007) 'Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination.', *Health Psychol*, 26, pp. 136–145..

Carman, W. F. *et al.* (2000) 'Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: a randomised controlled trial', *The Lancet*, 355(9198), pp. 93–97.

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendation of the Public Health Service Immunization Practices Advisory Committee: influenza vaccine (no date) *Recommendation of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) Prevention and Control of Influenza*.

Conseil Supérieur de la Santé, B. (no date) 'La vaccination contre la grippe saisonnière'.

Corace, K. M. *et al.* (2016) 'Using behavior change frameworks to improve healthcare worker influenza vaccination rates: A systematic review', *Vaccine*. Elsevier, 34(28), pp. 3235–3242.

Elder, A. G. *et al.* (1996) 'Incidence and recall of influenza in a cohort of Glasgow healthcare workers during the 1993-4 epidemic: results of serum testing and questionnaire.', *BMJ (Clinical research ed.)*. BMJ Publishing Group, 313(7067), pp. 1241–2.

Elm, E. von *et al.* (2007) 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies', *BMJ*, 335(7624), pp. 806–808.

Erlewyn-Lajeunesse, M. *et al.* (2009) 'Recommendations for the administration of influenza vaccine in children allergic to egg', *BMJ*, 339.

Gerard, M. and Esse, R. Van (no date) 'Barrières à la vaccination Influenza (grippe) au sein d'un centre hospitalo-universitaire'.

Gil, H. *et al.* (2006) 'La vaccination antigrippale du personnel hospitalier. Enquête de prévalence au CHU de Besançon, hiver 2003–2004', *La Revue de Médecine Interne*, 27(1), pp. 5–9.

Gross, P. A. *et al.* (1995) 'The efficacy of influenza vaccine in elderly persons. A meta-analysis and review of the literature.', *Annals of internal medicine*, 123(7), pp. 518–27.

Harbarth, S. *et al.* (1998) 'Influenza immunization: improving compliance of healthcare workers.', *Infection control and hospital epidemiology*, 19(5), pp. 337–42.

Klimek, L. *et al.* (2017) 'Anaphylaktische Reaktionen auf Impfstoffe', *HNO. Springer Medizin*, pp. 1–6. doi: 10.1007/s00106-017-0363-7.

Lefcourt, H. M. (1981) 'Research with the Locus of Control Construct'.

Lemaitre, M. *et al.* (2009) 'Effect of Influenza Vaccination of Nursing Home Staff on Mortality of Residents: A Cluster-Randomized Trial', *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(9), pp. 1580–1586.

Lewthwaite, P. *et al.* (2014) 'Healthcare workers' attitude towards influenza vaccination after the 2009 pandemic', *Occupational Medicine. Oxford University Press*, 64(5), pp. 348–351.

López-Macías, C. (2012) 'Virus-like particle (VLP)-based vaccines for pandemic influenza: performance of a VLP vaccine during the 2009 influenza pandemic.', *Human vaccines & immunotherapeutics. Taylor & Francis*, 8(3), pp. 411–4.

Luyten, J. *et al.* (2014) 'Kicking against the pricks: vaccine sceptics have a different social orientation', *The European Journal of Public Health. Oxford University Press*, 24(2), pp. 310–314.

Naz, H., Cevik, F. and Aykın, N. (2009) 'Influenza vaccination in healthcare workers', *The Journal of Infection in Developing Countries*, 3(1), pp. 050–054.

Nichol, K. L., MacDonald, R. and Hauge, M. (1997) 'Side effects associated with pneumococcal vaccination.', *American journal of infection control*, 25(3), pp. 223–8.

O'Hagan, D. T. *et al.* (2017) 'Towards an evidence based approach for the development of adjuvanted vaccines', *Current Opinion in Immunology*, 47, pp. 93–102.

'OMS | Grippe (saisonn re)' (2017) WHO. World Health Organization.

Paquet, Y., Berjot, S. and Gillet, N. (2009) 'Validation d'une échelle de locus de contrôle spécifique   la performance en sport individuel (LOCPSI)', *Bulletin de psychologie*, Num ro 502(4), p. 351.

POLAND, G., TOSH, P. and JACOBSON, R. (2005) 'Requiring influenza vaccination for health care workers: seven truths we must accept', *Vaccine*, 23(17–18), pp. 2251–2255.

Potter, J. *et al.* (1997) 'Influenza vaccination of health care workers in long-term-care hospitals reduces the mortality of elderly patients.', *The Journal of infectious diseases*, 175(1), pp. 1–6.

Prematunge, C. *et al.* (2012) 'Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers—A systematic review', *Vaccine*, 30(32), pp. 4733–4743.

Rotter, J. B. (1966) 'Psychological Monographs: General and Applied GENERALIZED EXPECTANCIES FOR INTERNAL VERSUS EXTERNAL CONTROL OF REINFORCEMENT', 80(609).

Sánchez-Pay , J. *et al.* (2011) 'Determinantes de la vacunaci n antigripal en personal sanitario, temporada 2009-2010', *Gaceta Sanitaria*. Elsevier, 25(1), pp. 29–34.

Singelis, T. M. *et al.* (1995) 'Horizontal and Vertical Dimensions of Individualism and Collectivism: A Theoretical and Measurement Refinement', *Cross-Cultural Research*, 29(3), pp. 240–275..

Thomas, R. *et al.* (2006) 'Influenza vaccination for health-care workers who work with elderly people in institutions: a systematic review', *The Lancet Infectious Diseases*, 6(5), pp. 273–279.

To, K. W. *et al.* (2016) 'Increasing the coverage of influenza vaccination in healthcare workers: review of challenges and solutions', *Journal of Hospital Infection*. W.B. Saunders, 94(2), pp. 133–142.

Triandis, H. C. and Gelfand, M. J. (1998) 'Converging Measurement of Horizontal and Vertical Individualism and Collectivism', *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), pp. 118–128.

Vacc.info (2016) *Vaccination contre la grippe (adulte)*.

Vallée-Tourangeau, G. *et al.* (2017) 'Motors of influenza vaccination uptake and vaccination advocacy in healthcare workers: Development and validation of two short scales', *Vaccine*..

Wallston, K. A., Wallston, B. S. and DeVellis, R. (1978) 'Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales.', *Health education monographs*, 6(2), pp. 160–70.

Weingarten, S. *et al.* (1989) 'Barriers to influenza vaccine acceptance. A survey of physicians and nurses.', *American journal of infection control*. Williams & Wilkins, Baltimore, 17(4),

Wicker, S. *et al.* (2009) 'Vaccination against classical influenza in health-care workers: self-protection and patient protection.', *Deutsches Arzteblatt international*. Deutscher Arzte-Verlag GmbH, 106(36), pp. 567–72.

YANE, F, THOMAS, I, LIBOTTE, M-L, HANQUET, G, MAES, S, BROCHIER, B. (2005) 'Surveillance de la Grippe en Belgique saison 2004-2005', *Influenza*.

## 8. Annexes

Annexe 1 : Association des variables « impact de la vaccination » et les habitudes vaccinales

Variables	Total N(%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>La vaccination est un moyen très efficace de me protéger contre la grippe.</b>				
Désaccord	129 (41,48%)	123 (95,35%)	6 (4,65%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	43 (13,83%)	40 (93,02%)	3 (6,98%)	
Accord	139 (44,69%)	50 (35,97%)	89 (64,03%)	
<b>La vaccination réduit fortement le risque que je contracte la grippe.</b>				
Désaccord	122 (39,35%)	116 (95,08%)	6 (4,92%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	26 (8,39%)	24 (92,31%)	2 (7,69%)	
Accord	162 (52,26%)	72 (44,44%)	90 (55,56%)	
<b>Me faire vacciner contre la grippe à un effet positif sur ma santé.</b>				
Désaccord	157 (50,81%)	145 (92,36%)	12 (7,64%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	61 (19,74%)	42 (68,85%)	19 (31,15%)	
Accord	91 (29,45%)	25 (27,47%)	66 (72,53%)	

Annexe 2 : Association de la variable « valeur donnée à la vaccination » et les habitudes vaccinales

Variable	Total N(%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Il est important que je me fasse vacciner contre la grippe.</b>				
Désaccord	143 (46,13%)	143(100,00%)	0 (0,00%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	33 (10,64%)	29 (87,88%)	4 (12,12%)	
Accord	134 (43,23%)	41 (30,60%)	93 (69,40%)	
<b>Le vaccin contre la grippe contribue de façon importante à ma santé et à mon bien-être.</b>				
Désaccord	181 (58,20%)	168 (92,82%)	13 (7,18%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	36 (11,58%)	23 (63,89%)	13 (36,11%)	
Accord	94 (30,22%)	22 (23,40%)	72 (76,60%)	
<b>Le vaccin contre la grippe est très important afin de protéger ma vie et celle des autres.</b>				
Désaccord	121 (39,03%)	120 (99,17%)	1 (0,83%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	34 (10,97%)	28 (82,35%)	6 (17,65%)	
Accord	155 (50,00%)	64 (41,29%)	91 (58,71%)	

Annexe 3 : Association de la variable « connaissances liées à la vaccination » et les habitudes vaccinales (N=310)

Variables	Total N(%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Je sais très bien comment la vaccination me protège de la grippe.</b>				
Désaccord	77 (24,84%)	68 (88,31%)	9 (11,69%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	38 (12,26%)	34 (89,47%)	4 (10,53%)	
Accord	195 (62,90%)	110 (56,41%)	85 (43,59%)	
<b>Je ne connais pas le fonctionnement du vaccin contre la grippe, je ne sais pas comment il m'aide à protéger ma santé (résultat inverse).</b>				
Désaccord	242 (78,57%)	156 (64,46%)	86 (35,54%)	<b>0,006</b>
Neutre	19 (6,17%)	18 (94,74%)	1 (5,26%)	
Accord	47 (15,26%)	37 (78,72%)	10 (21,28%)	
<b>Je comprends comment le vaccin contre la grippe aide mon corps à lutter contre le virus de la grippe.</b>				
Désaccord	65 (21,17%)	62 (95,38%)	3 (4,62%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	21 (6,84%)	20 (95,24%)	1 (4,76%)	
Accord	221 (71,99%)	129 (58,37%)	92 (41,63%)	

Annexe 4 : Association des variables « autonomies face à la vaccination » et les habitudes vaccinales (N=311)

Variable	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Je peux choisir de me faire vacciner contre la grippe ou non.</b>				
Désaccord	6 (1,93%)	4 (66,67%)	2 (33,33%)	<b>0,389</b>
Neutre	6 (1,93%)	4 (66,67%)	2 (33,33%)	
Accord	299 (96,14%)	203 (67,89%)	96 (32,11%)	
<b>Je me sens obligé de me faire vacciner contre la grippe (résultats inverses).</b>				
Désaccord	203 (65,27%)	164 (80,79%)	39 (19,21%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	33 (10,61%)	22 (66,67%)	11 (33,33%)	
Accord	75 (24,12%)	27 (36,00%)	48 (64,00%)	
<b>Je me fais vacciner contre la grippe uniquement parce que je dois le faire (résultats inverses).</b>				
Désaccord	235 (75,56%)	152 (64,68%)	83 (35,32%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	50 (16,08%)	47 (94,00%)	3 (6,00%)	
Accord	26 (8,36%)	14 (53,85%)	12 (46,15%)	

Annexe 5 : Association entre les variables « impact de la promotion de la vaccination » et les habitudes vaccinales

(N=309)				
Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Lorsque je parle ouvertement de la vaccination, ça a un impact positif sur les convictions de mes interlocuteurs.</b>				
Désaccord	136 (44,23%)	103 (75,74%)	33 (24,26%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	88 (28,21%)	67 (76,14%)	21 (23,86%)	
Accord	86 (27,56%)	41 (47,67%)	45 (52,33%)	
<b>Si je parle de la vaccination, cela changera fortement le point de vue de mes interlocuteurs sur le sujet.</b>				
Désaccord	160 (51,78%)	113 (70,63%)	47 (29,37%)	<b>0,019</b>
Neutre	61 (19,74%)	47 (77,05%)	14 (22,95%)	
Accord	88 (28,48%)	50 (56,82%)	38 (43,18%)	
<b>Je peux influencer l'opinion de certaines personnes lorsque je discute avec elles de la vaccination.</b>				
Désaccord	123 (39,81%)	95 (77,24%)	28 (22,76%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	54 (17,47%)	42 (77,78%)	12 (22,22%)	
Accord	132 (42,72%)	73 (55,30%)	59 (44,70%)	

Annexe 6 : Association entre les variables « Valeur donnée à la promotion de la vaccination » et les habitudes vaccinales ( N=309)

Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Selon moi, la vaccination est un sujet important de discussion, je souhaite aborder ce sujet avec d'autres personnes.</b>				
Désaccord	136 (44,01%)	108 (79,41%)	28 (20,59%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	61 (19,74%)	42 (68,86%)	19 (31,14%)	
Accord	112 (36,25%)	60 (53,57%)	52 (46,43%)	
<b>Il est important que j'aborde le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.</b>				
Désaccord	138 (44,81%)	116 (84,06%)	22 (15,94%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	50 (16,23%)	34 (68,00%)	16 (32,00%)	
Accord	120 (38,96%)	59 (49,17%)	61 (50,83%)	
<b>Il est important que je parle ouvertement de la vaccination avec d'autres personnes.</b>				
Désaccord	132 (43,14%)	106 (80,30%)	26 (19,70%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	51 (16,67%)	39 (76,47%)	12 (23,53%)	
Accord	123 (40,19%)	63 (51,22%)	60 (48,78%)	

Annexe 7 : Association entre les variables « connaissances liées à la promotion de la vaccination » et les habitudes vaccinales (N=309)

Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Je suis certain de pouvoir répondre aux questions qu'on pourrait me poser sur la vaccination.</b>				
Désaccord	127 (41,10%)	94 (74,02%)	33 (25,98%)	<b>0,006</b>
Neutre	45 (14,56%)	36 (80,00%)	9 (20,00%)	
Accord	137 (44,34%)	81 (59,12%)	56 (40,88%)	
<b>Je sais exactement comment aborder le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.</b>				
Désaccord	130 (42,20%)	103 (79,23%)	27 (20,77%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	59 (19,16%)	45 (76,27%)	14 (23,73%)	
Accord	119 (38,64%)	62 (52,10%)	57 (47,90%)	
<b>Je me sens capable de parler de la vaccination.</b>				
Désaccord	91 (29,45%)	74 (81,31%)	17 (18,69%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	41 (13,27%)	36 (87,80%)	5 (12,20%)	
Accord	177 (57,28%)	101 (57,06%)	76 (42,94%)	

Annexe 8 : Association entre les variables « autonomie face à la promotion de la vaccination » et les habitudes vaccinales (N=308)

Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Je décide librement de parler ou non de la vaccination avec d'autres personnes.</b>				
Désaccord	22 (7,12%)	18 (81,82%)	4 (18,18%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	30 (9,71%)	29 (96,67%)	1 (3,33%)	
Accord	256 (83,17%)	162 (63,28%)	94 (36,72%)	
<b>Je me sens obligé de parler de la vaccination à d'autres personnes (résultats inverses).</b>				
Désaccord	232 (75,32%)	167 (71,98%)	65 (28,02%)	<b>0,032</b>
Neutre	36 (11,69%)	22 (61,11%)	14 (38,89%)	
Accord	40 (12,99%)	21 (52,50%)	19 (47,50%)	
<b>Aborder le sujet de la vaccination avec d'autres personnes relève entièrement de mon choix personnel.</b>				
Désaccord	26 (8,44%)	18 (69,23%)	8 (30,77%)	<b>0,241</b>
Neutre	28 (9,09%)	23 (82,14%)	5 (17,86%)	
Accord	254 (82,47%)	169 (66,54%)	85 (33,46%)	

Annexe 9 : Association entre les indicateurs sur la perception de la menace que représente le virus et les habitudes vaccinales (N=314)

Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>La grippe pourrait me rendre gravement malade (gravité perçue de la grippe).</b>				
Désaccord	75 (23,89%)	55 (73,33%)	20 (26,67%)	<b>0,008</b>
Neutre	26 (8,28%)	24 (92,31%)	2 (7,69%)	
Accord	213 (67,83%)	136 (63,85%)	77 (36,15%)	
<b>Si je contracte la grippe, je serais plus malade que la plupart des personnes de mon âge. (vulnérabilité perçue)</b>				
Désaccord	196 (62,82%)	142 (72,45%)	54 (27,55%)	0,061
Neutre	84 (26,92%)	54 (64,29%)	30 (35,71%)	
Accord	32 (10,26%)	17 (53,13%)	15 (46,87%)	
<b>Si je ne me fais pas vacciner contre la grippe, les chances que je contracte la grippe sont... (perception du risque)</b>				
Nulles	10 (3,21%)	9 (90,00%)	1 (10,00%)	<b>&lt;0,001</b>
Faibles	101 (32,37%)	87 (86,14%)	14 (13,86%)	
Je ne sais pas	49 (15,70%)	37 (75,51%)	12 (24,49%)	
Limitées	96 (30,77%)	67 (69,79%)	29 (30,21%)	
Importantes	56 (17,95%)	14 (25,00%)	42 (75,00%)	

Annexe 10 : Association entre les indicateurs sur la perception de la menace que représente le vaccin et les habitudes vaccinales

Variables	Total N (%)	Habituellement vacciné ?		P-valeur
		Non	Oui	
<b>Je suis inquiet du fait que la vaccination annuelle puisse être dangereuse. (sûreté du vaccin contre la grippe)</b>				
Désaccord	115 (37,22%)	43 (37,39%)	72 (62,61%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	44 (14,14%)	33 (75,00%)	11 (25,00%)	
Accord	150 (48,54%)	137 (91,33%)	13 (8,67%)	
<b>J'ai peur de me faire vacciner contre la grippe. (peur de la vaccination)</b>				
Désaccord	174 (56,32%)	89 (51,15%)	85 (48,85%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	43 (13,91%)	39 (90,70%)	4 (9,30%)	
Accord	92 (29,77%)	82 (89,13%)	10 (10,87%)	
<b>J'ai peur que le vaccin contre la grippe me procure des symptômes comme ceux de la grippe. (préoccupation au sujet des effets secondaires)</b>				
Désaccord	117 (37,62%)	50 (42,74%)	67 (57,26%)	<b>&lt;0,001</b>
Neutre	24 (7,72%)	19 (79,17%)	5 (20,83%)	
Accord	170 (54,66%)	146 (85,88%)	24 (14,12%)	

Annexe 11 : Questionnaire dans sa version définitive

Madame/ Monsieur,

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire en Sciences de la Santé Publique, je réalise une enquête sur les perceptions de la vaccination contre la grippe chez les soignants. Le but est d'identifier vos besoins afin de pouvoir y répondre au mieux au sein de l'institution hospitalière. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponses, je vous demande simplement de répondre sincèrement afin que vos choix représentent vos opinions personnelles.

Toutes les données recueillies par ce questionnaire seront utilisées uniquement à des fins scientifiques. Elles sont anonymes et ne seront en aucun cas révélées.

Si vous acceptez de continuer, le questionnaire ne vous prendra quelques minutes.

Merci !

Bormann Audrey

1. Quel âge avez-vous ?

- 18-29 ans
- 30-49 ans
- 50-65 ans
- Plus de 65 ans

2. Êtes-vous... ?

- Une femme
- Un homme

3. Vous êtes ... ?

- Infirmière (bachelier ou brevet)  Kinésithérapeute  
 Infirmière (avec un diplôme universitaire)  Diététicienne  
 Médecin  Ergothérapeute  
 Aide-soignant  
 Autre (veuillez préciser)

4. Êtes-vous favorable à la vaccination contre la grippe chez les soignants ?

- Oui  
 Non

5. Vous faites vous habituellement vacciné contre la grippe ?

- Oui  
 Non

6. Pourquoi ?

7. Dans quel type service travaillez-vous ?

- Médecine - gastroentérologie, pneumologie  Urgences  
 Médecine - cardiologie  Soins intensifs  
 Médecine - oncologie  Chirurgie "propre"  
 Pédiatrie  Chirurgie "sale"  
 Gériatrie  Bloc opératoire  
 Autre (veuillez préciser)

8. Cochez la réponse qui correspond le plus à votre opinion personnelle :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. La plupart du temps, je me fie à moi-même ; je me fie rarement aux autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
2. Quand une autre personne fait mieux que moi, je me sens tendu et stimulé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me sens bien lorsque je collabore avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Si l'un de mes collègues remporte un prix, je me sentirais fière.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Il est de mon devoir de prendre soin de ma famille, même si je dois faire des sacrifices.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Il est important pour moi de respecter les décisions prises par mes pairs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je préfère dépendre de moi-même plutôt que dépendre des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Pour moi, le plaisir c'est de passer du temps avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Les membres d'une famille devraient se serrer les coudes, peu importe les sacrifices que cela exige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Il est important que je fasse mieux mon travail que les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La compétition, c'est la loi de la nature.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mon identité personnelle, indépendante de celle des autres, est très importante à mes yeux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je fais souvent « ce que je veux ».	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Les parents et leurs enfants doivent passer le plus de temps possible ensemble.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
15. Le bien-être de mes collègues est important à mes yeux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. L'important, c'est de gagner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. À nouveau, cochez la réponse qui coïncide le mieux avec votre opinion :

	Complètement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement en accord	Moyennement en accord	Complètement en accord
1. Si je tombe malade, c'est mon propre comportement qui détermine dans combien de temps j'aurai mieux à nouveau.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quel que je fasse, si je dois tomber malade, je tomberai malade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avoir des contacts réguliers avec mon médecin est le meilleur moyen pour moi d'éviter la maladie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La plupart des choses qui affectent ma santé, m'arrivent par accident.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Quand je ne me sens pas bien, je devrais consulter un professionnel de la santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai le contrôle de ma santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ma famille a beaucoup à voir avec mon évolution vers la maladie ou mon maintien en bonne santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quand je tombe malade, je suis à blâmer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La chance joue un grand rôle dans la détermination du moment où je me remettrai d'une maladie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Complètement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Faiblement en accord	Moyennement en accord	Complètement en accord
10. Les professionnels de la santé contrôlent ma santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ma bonne santé est en grande partie une question de chance.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. L'élément principal qui affecte ma santé est ce que je fais moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Si je prends soin de moi, je peux éviter les maladies.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Lorsque je me remets d'une maladie, c'est généralement grâce à d'autres personnes (par exemple: des docteurs, des infirmiers, la famille et les amis) qui ont pris soin de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Peu importe ce que je fais, je suis susceptible de tomber malade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Si je suis censé l'être, je resterai en bonne santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Si je prends les bonnes mesures, je peux rester en bonne santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Concernant ma santé, je peux seulement faire ce que mon docteur me dit de faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Encore une fois, répondez en cochant la proposition qui représente le mieux votre opinion :

	Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Faiblement d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord
1. La vaccination est un moyen très efficace de me protéger contre la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Faiblement d'accord	Moyennement d'accord	Tout à fait d'accord
2. Je sais très bien comment la vaccination me protège de la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Il est important que je me fasse vacciner contre la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La vaccination réduit fortement le risque que je contracte la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je comprends comment le vaccin contre la grippe aide mon corps à lutter contre le virus de la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Le vaccin contre la grippe est très important afin de protéger ma vie et celle des autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je me sens obligé de me faire vacciner contre la grippe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Le vaccin contre la grippe contribue de façon importante à ma santé et à mon bien-être.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je peux choisir de me faire vacciner contre la grippe ou non.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je ne connais pas le fonctionnement du vaccin contre la grippe, je ne sais pas comment il m'aide à protéger ma santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je me fais vacciner contre la grippe uniquement parce que je dois le faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me faire vacciner contre la grippe a un effet positif sur ma santé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Une dernière fois, cochez les réponses qui correspondent le mieux à votre opinion personnelle :

	Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Faiblement en accord	Moyennement en accord	Tout à fait d'accord
1. Lorsque je parle ouvertement de la vaccination, ça a un impact positif sur les convictions de mes interlocuteurs.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Selon moi, la vaccination est un sujet important de discussion, je souhaite aborder ce sujet avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je peux influencer l'opinion de certaines personnes lorsque je discute avec elles de la vaccination.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je décide librement de parler ou non de la vaccination avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Il est important que j'aborde le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Il est important que je parle ouvertement de la vaccination avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Si je parle de la vaccination, cela changera fortement le point de vue de mes interlocuteurs sur le sujet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je suis certain de pouvoir répondre aux questions qu'on pourrait me poser sur la vaccination.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Aborder le sujet de la vaccination avec d'autres personnes relève entièrement de mon choix personnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Faiblement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Faiblement en accord	Moyennement en accord	Tout à fait d'accord
10. Je me sens obligé de parler de la vaccination à d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je me sens capable de parler de la vaccination.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je sais exactement comment aborder le sujet de la vaccination avec d'autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. La grippe pourrait me rendre gravement malade :

Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Légèrement en accord	Moyennement en accord	Totalement en accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Si je contracte la grippe, je serais plus malade que la plupart des personnes de mon âge :

Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement en accord	Moyennement en accord	Totalement d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Je suis inquiet du fait que la vaccination annuelle puisse être dangereuse :

Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni d'accord, ni pas d'accord	Légèrement d'accord	Moyennement d'accord	Totalement d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. J'ai peur de me faire vacciner contre la grippe :

Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Légèrement d'accord	Moyennement d'accord	Totalement d'accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. J'ai peur que le vaccin contre la grippe me procure des symptômes comme ceux de la grippe :

Totalement en désaccord	Moyennement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	Légèrement en accord	Moyennement en accord	Totalement en accord
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Si je ne me fais pas vacciner contre la grippe, les chances que je contracte la grippe sont :

Nulles	Faibles	Je ne sais pas	Limitées	Importantes
<input type="radio"/>				

---

18. Cette saison (2017-2018), vous êtes-vous fait vacciner contre la grippe ?

Oui

Non

## Annexe 12 : Demande d'avis au Comité d'Éthique

### Demande d'avis au Comité d'Éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique (Version finale acceptée par le Comité d'Éthique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [dssp@ulg.ac.be](mailto:dssp@ulg.ac.be). Si l'avis d'un Comité d'Éthique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant (prénom, nom, adresse courriel) : Bormann Audrey – [audrey.bormann@ulg.ac.be](mailto:audrey.bormann@ulg.ac.be)
2. Finalité spécialisée : GEIS
3. Année académique : 2017-2018
4. Titre du mémoire : Analyse de profils psycho-sociaux du personnel soignant dans le cadre de la vaccination de la grippe.
5. Promoteur(s) (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
  - a. M. Olivier Ethgen - [o.ethgen@uliege.be](mailto:o.ethgen@uliege.be) – statisticien, département des Sciences de la Santé Publique
6. Résumé de l'étude
  - a. Objectifs
    - Identifier le profil « type » du personnel soignant se faisant vacciner contre la grippe
    - Identifier les leviers et les freins à se faire vacciner
    - Identifier des solutions possibles à ces freins
  - b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments,...) (+/- 500 mots)

Dans le cadre de ce mémoire, j'aimerais réaliser une enquête sous forme de questionnaire au sein de l'ensemble du personnel soignant du CHR de Verviers. Le questionnaire devrait être disponible au sein de l'unité où l'agent travaille. Il sera informatisé et sera mis en place sur base de participation volontaire. Ce questionnaire sera validé par la direction de l'hôpital et sera mis sur pieds en collaboration avec l'équipe informatique.

La collecte des données se déroulera entre janvier et mars 2018 afin d'avoir un maximum de données. Plusieurs relances (courriers, visites, coup de téléphone) sont prévues dans les services durant cette période.

Le questionnaire comprendra plusieurs parties :

- ✓ Une première partie de description socio-démographique,
- ✓ L'échelle d'orientation sociale et culturelle développée par Triandis et Gelfand (1998). L'échelle compte 16 items, soit 4 par dimensions afin de pouvoir identifier. Cette échelle

permettra d'identifier orientation ; il existe quatre dimensions réparties en deux axes : individualisme-collectivisme et horizontal-vertical,

- ✓ Le « locus de contrôle », ou lieu de maîtrise, développé en 1954 par le psychologue américain Julian Rotter dans le cadre de recherches sur l'apprentissage social. Ce concept met en avant que l'être humain interprète les événements comment étant le résultat de ses propres actions ou le résultat de facteurs externes (Rotter, 1966). Par la suite, cette échelle a été adaptée à de nombreux champs, dont la santé. Grâce à ces échelles, nous pourrions identifier les caractéristiques sociales et culturelles prônant au sein de l'institution et, de nouvelles méthodes de promotion pourront être mise en place (des méthodes plus adaptées à l'orientation dominante),
- ✓ L'échelle Movac-flu et MovAd (Vallée-Tourangeau *et al.*, 2017) ; deux échelle validées cette année en Angleterre auprès du personnel soignant d'une institution hospitalière. Ces deux courtes échelles permettent d'identifier les moteurs d'acceptation de la vaccination contre la grippe (Movac-flu) et les moteurs de l'engagement à la promotion de la vaccination contre la grippe (MovAd). Ces deux échelles ont été validées en anglais, dans le cadre de ce travail, elles seront traduites par deux bilingues francophones puis rétrotraduites par deux bilingues anglophones afin de s'assurer une traduction optimale.

Le questionnaire sera anonyme, aucune donnée d'identification personnelle ne sera demandée. L'analyse sera faite de manière statistique. Une fois cette analyse faite, nous pourrions identifier le profil « type » du personnel soignant qui se fait vacciner, et celui de ceux qui ne se font pas vacciner. Et de cette manière, identifier sur quels facteurs insister lors des futures campagnes.

7. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? OUI
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? OUI

8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? NON
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? NON
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? NON