

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A H1N1
DANS LES EHPAD PUBLICS :
QUEL DISPOSITIF POUR QUEL BILAN ?**

– Groupe n°22 –

- | | |
|-------------------------------|------------------------------|
| – J. BERTRAND (D3S) | – S. CUCUZZELLA (EDH) |
| – M. CATANAS (DS) | – G. DUCOLOMB (EDH) |
| – M. CIESLIK (D3S) | – C. MORISSE (IASS) |
| – C. CRISTOFINI (MISP) | |

Animateur

J. RAUDE

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LE TRIPTYQUE DU CADRE D'ETUDE : EHPAD, VACCINATION ET DETERMINANTS.....	3
1.1 Les EHPAD publics : support institutionnel de notre étude.....	4
1.2 Le principe de la vaccination : une politique de santé publique éprouvée.....	6
1.3 Notions générales sur les déterminants.....	8
2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE ET ANALYSE DES RESULTATS.....	10
2.1 La méthode retenue.....	10
2.2 Résultats et analyse.....	14
3 DISCUSSION SUR LES THEMATIQUES PRINCIPALES MISES EN LUMIERE PAR L'ANALYSE DE CES DETERMINANTS.....	23
3.1 L'individualisme : une source de réticence vis-à-vis du vaccin.....	23
3.2 Une organisation nationale complexe, un frein à la vaccination.....	24
3.3 Les effets pervers d'une information trop hétérogène et trop abondante.....	25
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	29
LISTE DES ANNEXES.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier tout d'abord Jocelyn RAUDE pour son orientation dans le cadre de ce travail de terrain et de réflexion. Nous remercions également l'équipe de coordination du MIP, M. SCHWEYER et Mlle GUEVARA pour nous avoir donné les moyens matériels de réaliser cette enquête. Enfin nous aimerions remercier tous les personnels rencontrés au sein des établissements qui ont accepté de nous ouvrir leurs portes afin de mener au mieux nos investigations.

Liste des sigles utilisés

AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
CIC	Cellule Inter ministérielle de Crise
CLIN	Centre de coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CPS	Cadre de Professionnel de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CTV	Comité Technique de Vaccination
DASRI	Déchet d'Activité de Soins à Risques Infectieux
DASS	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DESSMS	Directeurs d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
DS	Directeur des Soins
DGAS	Direction Générale des Affaires Sanitaires
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des soins
DPSN	Direction des Produits de Santé Naturels
EDH	Elève Directeur d'Hôpital
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GIR	Groupe Iso Ressources
GOARN	Global Outbreak Alert and Response Network
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HFD	Haut Fonctionnaire de Défense
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCA	Plan de Continuité d'Activité
PHA	Produit Hydro Alcoolique
RSI	Règlement Sanitaire International
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence

M E T H O D O L O G I E

Le sujet des déterminants sociaux de la vaccination A H1N1 au sein des établissements médico-sociaux a réuni, dans le cadre du Module Interprofessionnel de Santé Publique, sept élèves : deux élèves directeurs d'hôpital (E.DH), deux directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D.E.S.S.M.S), un médecin inspecteur de santé publique (M.I.SP), un directeur des soins (D.S) et un inspecteur de l'action sanitaire et sociale (I.A.S.S).

La première réunion de travail supervisée par notre animateur Jocelyn Raude nous a permis de préciser notre problématique en choisissant, comme terrain d'étude, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Notre choix a été influencé par le caractère récent de cette grippe A H1N1, pour laquelle, il n'y a pas, à ce jour, en France, d'étude répertoriée dans ce type de structure. En conséquence, nous avons décidé pour une partie de notre travail d'enquêter, par des entretiens directs, au sein de ces établissements

Nous avons réservé la première semaine à mettre en place notre stratégie d'actions : définition de nos objectifs en fonction de la problématique, choix des établissements et prises de rendez-vous auprès des directeurs d'EHPAD, recherches documentaires, élaboration du plan du rapport et création de la grille d'entretien. Dans le même temps, en fonction de nos affinités et compétences personnelles, nous nous sommes répartis des thèmes de recherche et d'écriture pour établir le contexte de notre étude. Nous avons ainsi pu travailler seuls, en binôme ou en groupe pour avancer dans la rédaction de notre rapport à partir des sources d'information identifiées.

Nous sommes partis, la seconde semaine, dans nos six Régions respectives afin de réaliser nos entretiens, de procéder à leur synthèse et analyse avant de les mettre en commun lors de la troisième semaine. Cette dernière phase de dépouillement et d'analyse des données nous a permis de mettre en évidence les déterminants que nous cherchions à identifier et d'en débattre. La recherche d'un consensus au sein du groupe quant aux modalités de rédaction et d'élaboration de nos travaux a été présente tout au long de la construction de ce document. Celui-ci est une première approche d'un sujet d'actualité qui reste à approfondir dans l'ensemble des établissements médico-sociaux.

INTRODUCTION

Le 11 juin 2009, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclenchait le niveau six d'alerte signifiant ainsi qu'une pandémie mondiale était en cours. Le virus de la grippe A H1N1, à l'origine de cette pandémie, était apparu quelques mois plus tôt au Mexique. Comme tout virus de la grippe, il se caractérise « *par une infection respiratoire aigüe, due aux virus Influenzae de type A, B ou C.* »¹. D'autres signes cliniques peuvent être associés : fièvre, douleurs lombaires ou articulaires, asthénie, nausées, etc.

Ce nouveau virus a pour spécificité d'être le résultat d'une combinaison entre des virus d'origine humaine, aviaire et porcine. S'il n'est pas plus létal que le virus de la grippe saisonnière il est en revanche beaucoup plus contagieux (taux d'attaque estimé à l'époque entre 35% et 50 %²), ce qui mécaniquement aurait pu entraîner un nombre de décès plus important.

Face à cette menace, l'OMS s'est appuyée sur le Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005, qui a pour objectif à la fois de prévenir la propagation des maladies et de réagir par des actions de santé publique. L'enjeu est de concilier la sécurité sanitaire des individus en entravant le moins possible le trafic des biens et des personnes. Ce règlement explicite six niveaux d'alerte. L'OMS s'est informée et a coordonné sa réponse grâce notamment au réseau Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) en partenariat avec les Etats. Le plan mondial de préparation à une pandémie grippale, datant d'avril 2009, définissait plus spécifiquement les actions susceptibles d'être engagées.

A l'échelon national, les autorités sanitaires ont activé le plan pandémie grippale³ actualisé en février 2009. Comme au niveau de l'OMS, ce plan comprend des niveaux d'alertes auxquels correspondent des actions prédéfinies. A partir du niveau 3B une Cellule Inter ministérielle de Crise (CIC), sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur, a été constituée, associant plusieurs ministères (santé, agriculture...). En France le seuil d'alerte maximum déclenché sera le niveau 5A engagé le 30 avril 2009.

¹ www.sante.gouv.fr

² A (H1N1 journal de la pandémie, entre panique et déni, La réalité, Dr Antoine Flahault, Dr Jean Yves Nau, édition Plon septembre 2009

³ Plan pandémie grippale, n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009

Diverses actions vont être menées en collaboration avec l'OMS pour lutter contre cette épidémie : conseils aux voyageurs, rappel des règles d'hygiène, lavage des mains, distribution de solution hydro alcoolique, port de masques pour les personnes contaminées, ainsi qu'une campagne de vaccination mondiale. La France a, dans ce cadre, acheté initialement 94 millions de doses de vaccins.

Nous ne referons pas ici l'exégèse des choix et des actions mais deux constats émergent à posteriori :

- Le nombre de décès semble inférieur aux prédictions, 18 000 au niveau mondial⁴ dont 312 officiellement recensés pour la France à la fin avril 2010⁵. Il semble aujourd'hui, en ce qui nous concerne, prématuré d'aborder ici le débat sur le nombre de décès liés à cette épidémie.
- La campagne de vaccination dans les pays développés a été moyennement suivie par les populations de l'ordre de 15 % aux Etats Unis, 10 % en France et en Allemagne, un peu moins au Royaume Uni. Seul le Canada avec un taux de 80% et quelques pays du nord de l'Europe ont connu des taux de vaccination plus importants⁶. Ces chiffres pourraient être mis en corrélation avec la proportion déjà insuffisante de population vaccinée contre la grippe saisonnière chez les personnes de moins de 65 ans (26 %⁷). Ceci a conduit les autorités sanitaires européennes à mettre en place, depuis 2007, des mesures spécifiques, dont la semaine européenne de la vaccination. Il est à noter que les personnels des établissements de santé ne se distinguent pas de la population générale puisqu'ils ont des taux de vaccination tout aussi bas (25 %⁸).

Dans ce cadre, un éclairage sur la thématique des motivations des individus à se faire vacciner ou non contre la grippe A H1N1 pourrait nourrir les débats de façon plus objective à l'heure où les commissions, internationale et nationale, tentent d'établir un premier bilan de cette gestion de crise. Or, si des études sont déjà parues sur les

⁴Source OMS bulletin épidémiologique du 30 avril 2010

⁵ Source InVS bulletin épidémiologique du 20 avril 2010

⁶ Libération.fr H1N1 : « On ne referait pas différemment » interview de Didier Houssin, Directeur Général de la Santé, le 02/03/2010

⁷ Données InVS 2007-2008

⁸ DELAHAYE, C., Quotidien du Médecin, 20 octobre 2009

déterminants généraux⁹ de la vaccination et plus spécifiquement concernant ceux des soignants en milieu hospitalier¹⁰, aucune étude à ce jour ne semble aborder cette thématique en milieu médico-social. Nous n'avons pas prétention en l'espèce de décrire en si peu de temps l'ensemble de cette thématique mais de poser les bases d'une réflexion à partir de la problématique suivante :

Quelles ont été les raisons de la vaccination (ou de la non-vaccination) contre la grippe A H1N1 dans la population des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ?

Notre étude a donc pour objectif de faire émerger les déterminants qui ont guidé le choix des personnels des EHPAD à se faire vacciner ou non contre la grippe A H1N1. Dans un premier temps, nous en définirons le cadre et la population, à savoir le personnel des EHPAD ainsi que les notions de vaccination et de déterminants ayant conditionné les choix des acteurs. Puis nous expliciterons notre méthode d'investigation pour, ensuite, analyser et définir des axes de résultats. Enfin dans une troisième partie nous aborderons les thématiques principales mises en lumière par ces déterminants.

1 Le triptyque du cadre d'étude : EHPAD, vaccination et déterminants

Notre cadre d'étude s'est centré sur les décisions des personnels travaillant en EHPAD vis-à-vis de la vaccination et les déterminants qui ont pu conditionner leur choix. La loi 2002-2

⁹ Mills, E et Al. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *Journal of clinical Epidemiology*, 58 (2005) 1081-1088.

Streetland, P et al. Patterns of vaccination acceptance. *Social Science & Medicine*, 1999; 49: 1705-1716.

Jones, T.F et al. Determinants of influenza Vaccination, 2003-2004: Shortages, Fallacies and Disparities. *Clinical Infectious Diseases*, 2004; 39: 1824-8

¹⁰Rachiotis G. et al., Low acceptance of vaccination against the 2009pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece, *Euro Surveill.* 2010; 1-7

Hollmeyer, H. G et al. Influenza vaccination of health care workers in Hospital- A review of studies on attitudes and predictors vaccine 27 (2009): 3935-3944.

du 2 janvier 2002 dispose que les établissements médico-sociaux sont des établissements accueillant de manière ponctuelle ou permanente des personnes âgées dépendantes ou non ainsi que des personnes souffrant de handicap. Le secteur social et médico-social représente en France, en 2007, 24 500 établissements et services et concerne 400 000 salariés¹¹. Les financements publics qui lui sont alloués s'élèvent à 84 milliards d'euros. Notre présente étude est orientée plus spécifiquement sur les EHPAD publics.

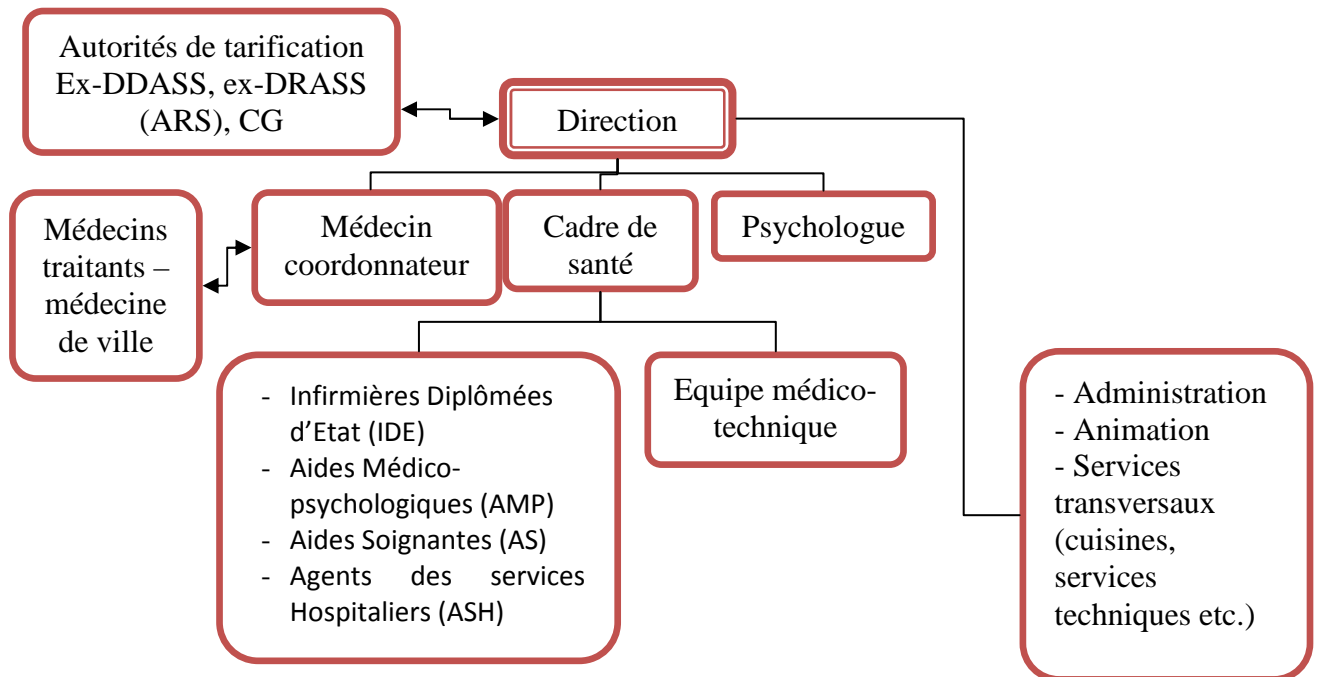
1.1 Les EHPAD publics : support institutionnel de notre étude

Les EHPAD ont des caractéristiques propres, étant à la fois des espaces d'habitation collectifs et privés. En effet la chambre du résident est considérée comme son espace privatif et sa résidence principale. Les EHPAD accueillent donc une population âgée, vivant à temps complet dans l'établissement. Ils disposent d'une équipe médicale, paramédicale, médico technique et administrative organisant la vie en collectivité ce qui les différencie d'un foyer logement. Nous sommes donc ici à la rencontre de la responsabilité individuelle de part le caractère privatif de la chambre du résident et de sa volonté, et de la responsabilité publique du fait de l'organisation par l'Etat du vivre ensemble en établissement. Pour le résident, même s'il reste libre dans son choix de vaccination, il est de la responsabilité de l'établissement de tout mettre en œuvre pour permettre cette vaccination. Les directives sanitaires, en matière de gestion des risques et de principe de précaution, face à cette nouvelle grippe A H1N1, fortement médiatisée, ont donc demandé aux établissements sanitaires et médico-sociaux de mettre en place un dispositif solide afin d'assurer la protection des personnes qui leur sont confiées.

Le schéma ci-après reprend l'organisation type d'un EHPAD de taille moyenne (doté d'une capacité d'environ 100 lits) :

¹¹ Documents cycle préparatoire DH-DESSMS, Fanny SALLE

Organigramme type d'un EHPAD



D'une manière générale, se côtoient toujours trois types de fonctions :

- une catégorie dite administrative avec le directeur, son équipe de gestion et les services techniques,
- une catégorie médicale composée des médecins, coordonnateurs et libéraux intervenant partiellement
- une catégorie regroupant les professions paramédicales, notamment infirmières, aides soignantes, masseurs-kinésithérapeutes et psychologues.

Ce schéma nous permet aussi d'appréhender les canaux décisionnels et les liens qui existent entre les autorités sanitaires (DDASS/DRASS, aujourd'hui ARS), l'établissement et sa direction. Cette dernière, étant elle-même en lien avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé et les médecins traitants pour organiser la mise en place des dispositifs de vaccination pour le personnel soignant et les résidents.

Les EHPAD ont, dans ce cadre, fait l'objet d'une attention particulière de la part des autorités sanitaires pendant la phase de prolifération du virus H1N1. Ainsi, le 29 juillet 2009 la Secrétaire d'Etat chargée des Aînés, Nora BERRA, émet le souhait de préparer au mieux les établissements d'hébergement pour personnes âgées à la pandémie grippale en prenant appui sur le plan national de prévention et de lutte contre la « Pandémie grippale »

cité précédemment. Ce dernier établit des fiches d'actions spécifiques selon les niveaux d'alertes émis. Ces dernières sont complétées par des fiches de recommandations de la Direction Générale des Affaires Sanitaires (DGAS)¹², de mars 2007, dont l'objectif est de prévenir une pandémie grippale dans le secteur médico-social et le secteur social. Cette communication est relayée par la mise en place de sites internet dédiés : www.pandemie-grippale.gouv.fr ou bien encore www.grippe.sante.gouv.fr. En août 2009 toujours, des recommandations appelées « Mesures barrières » sont faites pour les professionnels, par le Ministère de la Santé afin de « *se protéger soi-même de la grippe et de ne pas contaminer les autres* »¹³. Début septembre 2009, une fiche relative aux « *mesures à mettre en œuvre dans les EHPAD en cas de syndrome respiratoire aigu lors d'une pandémie de grippe A(H1N1)* »¹⁴ est diffusée par le biais des DDASS aux directeurs de structures. Un courrier du ministère de la santé en date du 9 novembre à l'attention des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux rappelle l'intérêt de la vaccination et invite ces responsables d'établissements à informer leur personnel et à favoriser sa vaccination.¹⁵ Enfin, le 12 novembre 2009, les personnels soignants et non soignants des établissements médico-sociaux font partie des populations appelées à se faire vacciner en priorité. Cet historique met en évidence l'implication des autorités pour sensibiliser et inciter les personnels à la vaccination.

1.2 Le principe de la vaccination : une politique de santé publique éprouvée

La vaccination contre la grippe apparaît comme un des moyens de santé publique les plus efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité associées à certaines maladies. Cette action relève à la fois de choix individuels et collectifs qui mettent en jeu différents déterminants. Elle consiste à « *introduire un agent extérieur, le vaccin, dans un organisme afin de créer une réaction immunitaire positive contre une maladie infectieuse. Cela*

¹² Fiche DGAS en collaboration avec la DGS, DHOS et la DPM, Mars 2007, préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale

¹³ http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Mesures_barrieres_-_Recommandations_pour_le_professionnel_-_Protections_individuelles_pour_se_proteger_et_ne_pas_contaminer_les_autres-2.pdf

¹⁴ cf. Fiche spécifique aux EHPAD en annexe 1, p II

¹⁵ Courrier du Ministère de la santé à l'attention des directeurs d'établissements sanitaires et sociaux Paris le 9 novembre 2009

permet d'induire la production par l'organisme d'anticorps, agents biologiques naturels de la défense du corps vis-à-vis d'éléments pathogènes précédemment identifiés »¹⁶. Chaque vaccin est donc spécifique à une maladie. L'action de la vaccination est triple : elle permet de protéger l'individu vacciné de l'agent infectieux, ses proches et son entourage et limite la propagation de l'agent infectieux en stoppant la chaîne de transmission que constituent les individus malades. Sa procédure est régie par un cadre défini : comme tout médicament, les vaccins font l'objet d'une procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). En France, un Comité Technique de Vaccination (CTV) définit le calendrier vaccinal¹⁷. Ce comité est partie intégrante du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). La politique globale de vaccination est décidée et organisée par le Ministère de la Santé¹⁸. Cette première définition de la vaccination et de son cadre en fait apparaître plusieurs de ses dimensions. Elle confronte ainsi des logiques différentes, individu/groupe, préventif ou curatif notamment :

- La dimension sanitaire, avec le gain en termes de santé pour l'individu et la société qu'induit la vaccination et le risque que cette dernière implique en termes d'effets secondaires pour la personne, est un premier point de réflexion. Ici se pose la question de l'interaction entre la logique individuelle et collective. Dès lors qu'il ne présente pas de vulnérabilité particulière, il apparaît que l'individu prend seul les risques alors que le gain est davantage collectif. Cela est d'autant plus vrai que l'on estime qu'il n'est pas systématiquement nécessaire de vacciner toute une population pour la protéger. Certains prendraient donc le risque pour tous sans pour autant en tirer plus de bénéfice.
- La thématique financière relève aussi d'un arbitrage entre des bénéfices attendus ou supposés et des risques encourus. Est-il préférable de vacciner ou d'accepter le coût de traitement d'une pathologie déclarée ? De même, les moyens utilisés pour vacciner contre une maladie de faible incidence un groupe d'individus restreint, ne seraient-ils pas plus efficaces s'ils étaient mobilisés pour des problèmes de santé publique à l'incidence et aux conséquences plus importantes ? Ici la question qui est posée est la répartition des moyens financiers contraints qui impliquent l'arbitrage entre des politiques de santé

¹⁶ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Vaccination>

¹⁷ Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n 14/15, 22 avril 2010, Le calendrier des vaccinations.

¹⁸ Code de la santé publique art L 3111-1

publique. Ici plusieurs facteurs sont à prendre en compte : la fréquence de la maladie, sa mortalité, sa létalité, sa perception sociale...

Ces deux exemples relatifs à la notion d'individu et à l'aspect financier mettent en exergue l'étendue des interactions lors de décisions arrêtées par les autorités sanitaires (études « bénéfice/risque »). C'est l'objectif des commissions citées précédemment dont les règles établies ne sont pas figées et évoluent régulièrement. C'est ainsi qu'est défini le calendrier vaccinal. Il prévoit de manière obligatoire pour la population générale, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite¹⁹. Le Code de la Santé Publique dans son article L3111-4 prévoit aussi pour le personnel soignant les vaccinations contre la tuberculose et l'hépatite B. Concernant la grippe saisonnière ou la grippe A H1N1, le personnel et les résidents n'ont pas d'obligation de se faire vacciner. En revanche les autorités incitent fortement à la réalisation de ce vaccin²⁰. C'est ici que la notion de déterminants prend toute sa dimension et conditionne les choix individuels.

1.3 Notions générales sur les déterminants

Dans le domaine de la santé publique, un déterminant est un facteur qui conditionne ou influence, de façon positive ou négative, l'émergence d'un problème de santé. Il est considéré comme décisif en matière d'opinion et de comportement. Il permet de résoudre un problème face à un état de fait comme par exemple l'état de santé d'une population. Dans ce cadre, les déterminants de la santé peuvent être classés en 4 grandes catégories :

- les caractéristiques biologiques individuelles (notamment la génétique et l'âge),
- l'environnement, entendu au sens large du terme puisque incluant le milieu physique (par exemple l'air ou l'eau), le milieu social, l'environnement au travail,
- les comportements individuels relatifs par exemple à l'activité physique, à l'alimentation... ou la consommation d'alcool et de tabac, qui sont eux-mêmes souvent associés à des facteurs psychoculturels et socioéconomiques...
- l'accès aux soins de santé.

¹⁹ Articles L3111-2 et L3111-3 du Code de la Santé Publique (CSP)

²⁰ Ibid note 13

Il faut noter l'interdépendance de ces différentes catégories de déterminants qui leur donnent une perspective sociale. Ainsi, c'est la manière de gérer ces facteurs intra-personnels et interindividuels c'est-à-dire les dispositions biologiques ou psychologiques par rapport à une série d'éléments environnementaux qui va influencer sur les choix, les décisions, les comportements de la personne. Dans cette interface entre individus, environnements et sociétés, on trouve la gestion du stress, les styles de vie et les comportements de santé²¹. C'est pourquoi, le choix de se faire vacciner fait partie de ces comportements qui dépendent des déterminants précédemment définis. A cet égard, le fait d'être vacciné ou non pourra secondairement influencer sur l'état de santé.

Dans les résultats des études nationales et internationales²², des motifs d'acceptation ou non de la vaccination ont déjà été inventoriés. Ceux-ci peuvent être classés en deux groupes²³ :

	Facteurs favorisant la vaccination	Barrières à la vaccination
Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles	Age avancé, niveau d'études supérieur, statut élevé de l'emploi occupé, perception du rôle de la hiérarchie et des pairs, revenus élevés, présence à domicile d'une personne fragile,	niveau d'études bas,
Caractéristiques médicales de la personne	préservation de l'état de santé personnel, peur de la maladie, désir de protéger de la maladie (soi-même et/ou les autres), vaccinations grippe saisonnière antérieures, vaccination dans l'entourage, avis favorable du médecin traitant	Mauvaise expérience de vaccinations antérieures (infections respiratoires après vaccination antigrippe saisonnière par exemple), antécédents médicaux de contre-indication, recours aux traitements alternatifs (homéopathie, vitamines...), opinion défavorable du médecin traitant
Caractéristiques culturelles	Connaissances sur la grippe et ses risques ainsi que sur le vaccin	Positionnement systématique anti vaccin (pratiques, croyances religieuses ou morales), manque de confiance sur l'information délivrée au public par les autorités et sur la sécurité des vaccins (recul et contrôles insuffisants), doute sur

²¹ J. POMMIER, Introduction à l'éducation et à la promotion de la santé, Presse de l'EHESP, département Politiss, (enseignement statutaire)

²² InVS, Etude des déterminants de la vaccination antigrippale chez le personnel des centres hospitaliers de Vichy et Montluçon (03), nov 2004

²³ Étude des déterminants de la vaccination antigrippale chez le personnel, des Centres hospitaliers de Vichy et Montluçon (Allier) – Novembre 2004

		l'efficacité du vaccin, trop grand nombre de vaccinations, suspicion sur les intérêts financiers des laboratoires pharmaceutiques et sur les conflits d'intérêt entre décideurs et industriels (sentiment de conspiration), ne se sent pas concerné par le risque ou le minimise car n'envisage pas la gravité, peur des effets secondaires, des conséquences à long terme, peur des piqûres, croyance « en sa bonne santé » (protection)
Caractéristiques organisationnelles	bonne information, bonne accessibilité	difficulté pratique à se faire vacciner, problème d'accessibilité, défaut d'information.

Dans notre travail d'enquête auprès des personnels des EHPAD, nous nous proposons d'identifier ces déterminants précédemment cités, d'en rechercher de nouveaux et de relever ceux qui sembleraient spécifiques à la population des EHPAD dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe A H1N1.

2 Méthodologie de recherche et analyse des résultats

2.1 La méthode retenue

2.1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative et qualitative réalisée à partir d'un questionnaire administré en face à face dans le cadre d'entretiens semi-directifs d'environ 45 minutes auprès des personnels des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes publics.

2.1.2 Le choix des établissements et choix de la population

Le choix de cette population a été motivé par différents facteurs :

- Une forte représentation des EHPAD publics du secteur médico-social (42% soit 273 867 pensionnaires en 2007²⁴).
- Un intérêt professionnel vis-à-vis de ce secteur, ses enjeux et sa population dans le cadre de notre future activité.

2.1.3 Modalités de recrutement

Nous avons fait le choix de nous rendre chacun dans deux établissements de nos Régions respectives soit six Régions, huit départements et quatorze établissements. Ce choix a été guidé par plusieurs raisons :

- La rapidité d'obtention des rendez vous sur une courte période, grâce à l'activation de réseaux professionnels et locaux sur le terrain. Pour cela, chacun d'entre nous a contacté directement, par téléphone, les directeurs des établissements retenus. Nous nous sommes présentés en tant qu'élèves de l'EHESP. Dans le cadre d'un travail de recherche et de réflexion collective, nous devons rédiger un rapport relatif à la vaccination A H1N1 dans les EHPAD. L'organisation de chaque journée d'entretiens a ainsi été fixée par le directeur selon ses choix.
- La constitution d'un échantillon diversifié de structures afin qu'il soit relativement représentatif sur un plan géographique sans prétendre à l'exhaustivité pour une première étude exploratoire en EHPAD.
- La recherche d'une certaine homogénéité de structures : taille comprise entre 50 et 250 lits, uniquement des établissements publics attachés ou non à des centres hospitaliers, pas de prise en compte du niveau de dépendance des résidents.

²⁴ Fiche DREES, études et résultats, Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007, n°699 d'Août 2009

2.1.4 Le choix de la population rencontrée

Concernant la population étudiée le choix s'est dessiné progressivement. Tout d'abord, le facteur temps était une contrainte majeure dans la réalisation de notre étude. Très rapidement, nous nous sommes aperçus qu'il nous serait difficile en trois semaines de rencontrer tous les protagonistes de cette campagne de vaccination et ce, même en nous limitant au secteur EHPAD. Nous avons alors choisi d'orienter plus spécifiquement notre étude vers les personnels et non vers les résidents et ce pour plusieurs motifs. Effectivement, nous avons le sentiment que notre étude, en se portant uniquement sur les personnels, serait moins sujette à certains biais. La population des pensionnaires d'EPHAD est, par définition, une population âgée. Or, pour certains pensionnaires l'expression de leurs choix et de leurs motifs est rendue difficile en raison de leur état de santé. Cela risquait d'induire dans nos rencontres sur le terrain un biais de réponse sur les motifs même de leur choix. Ceux-ci risquaient d'être fortement influencés par un tiers : famille, médecin ou bien encore pour certains organismes de tutelle ou de curatelle...

Dans un second temps et sans dévoiler plus avant les premiers résultats de l'étude, nous nous sommes aperçus lors de nos prises de contact avec les directeurs et en fonction de nos connaissances individuelles, que les résidents de ces établissements avaient pris leur décision, dans leur grande majorité, selon l'avis de leur médecin. Ce constat nous a confortés dans notre choix d'étude et d'analyse des déterminants des personnels qui nous semblait alors plus riche d'enseignements. Concernant les variables individuelles retenues, nous avons séparé le personnel encadrant du personnel non cadre. Nous n'avions pas de restrictions quant à la population à enquêter, en revanche, nous devions tenter dans nos visites d'établissement, de rencontrer une personne, au moins, de chaque catégorie professionnelle. Enfin, le directeur et le médecin coordonateur étaient, dans la mesure du possible, systématiquement rencontrés. L'entretien de ces derniers était élargi au recueil d'informations relatives à l'établissement : nombre de lits, Groupe Iso Ressources (GIR) Moyen Pondéré...

2.1.5 Recueil de données

La collecte des données a été réalisée sur le terrain au cours d'une seule journée en utilisant une grille d'entretiens semi-directifs établis à partir des données de la littérature sur les

déterminants de la grippe dans la population générale. L'intérêt et l'originalité de notre étude résident dans le fait que les dispositifs mis en œuvre au sein des EHPAD dans le contexte de la pandémie de grippe A H1N1 n'ont jamais fait l'objet d'études spécifiques.

2.1.6 Construction des entretiens et réalisation

Après avoir fait le choix des établissements et de notre population, nous avons au cours de notre première semaine, construit une grille en vue de réaliser des entretiens semi-directifs²⁵. Ils ont été formalisés par une technique de recueil d'informations se déroulant dans une relation de face à face. Ils ont porté sur un certain nombre de thèmes identifiés dans la grille. Ce type de démarche permet d'obtenir des informations sur les perceptions, les sentiments, les attitudes ou les opinions des enquêtés. Il permet d'approfondir les points importants en initiant une démarche participative chez la personne rencontrée.²⁶ L'utilisation de cette technique nous semblait opportune dans le cadre de notre étude. En effet, nous devions à la fois rechercher des informations qualitatives en matière d'opinions et de comportements mais aussi quantitatives et cela dans un temps relativement court. Pour ce faire tous les membres de l'équipe devaient donc pouvoir réaliser ces entretiens en deuxième semaine et ainsi rapporter une masse suffisante d'informations.

Notre grille d'entretien comportait schématiquement deux parties :

- La première s'adressant spécifiquement au directeur et au médecin coordonnateur du site (établissement, structure, nombre de lits, GIR pondéré moyen, nombre d'agents, taux de vaccination des personnels et des résidents ainsi que deux questions A/B éclairant sur les sources d'informations de l'établissement et la mise en œuvre locale des directives nationales),
- La deuxième partie (questions 2 à 11), adressée à tout le personnel avait pour objectif de mieux cerner les déterminants individuels de chacun.

²⁵ cf. grille d'entretien, annexe 2 , p XIV

²⁶ www.anfh.asso.fr, l'entretien.

2.1.7 Analyse des données

Les grilles d'entretien ont été dépouillées lors de la troisième semaine pour en établir l'analyse et la discussion. Les questions fermées ont fait l'objet d'un traitement statistique afin de connaître précisément la structure de la population étudiée et de comparer les taux de vaccination. Les questions ouvertes ont fait l'objet d'un traitement plus complexe. Tout d'abord, toutes les réponses ont été listées, sans distinction de formulation, puis reclassées en catégories selon le sens des réponses apportées, enfin analysées de façon statistique (pourcentages). Cette méthode nous a permis d'obtenir des données comparables entre elles. Il n'a pas été choisi de réaliser des tests statistiques de type (CHI²) compte tenu de la taille de notre échantillon et de la nature essentiellement qualitative de nos entretiens.

A l'issue de ces travaux, nous avons procédé à l'analyse des résultats en fonction des réponses majoritaires. Les croisements des données obtenues ont ensuite été réalisés. L'analyse plus approfondie, lors de la discussion des résultats a permis de mettre en exergue les déterminants de la vaccination et les enjeux dans l'organisation de celle-ci.

2.1.8 Aspects éthiques et légaux

A partir de notre prise de rendez-vous et à la demande de certains directeurs, la grille d'entretien a parfois été communiquée au préalable, accompagnée d'un courrier explicatif. Les entretiens avec les personnels volontaires proposés par la direction ou le médecin coordonnateur se sont déroulés dans un lieu isolé afin de permettre à la personne interrogée de s'exprimer le plus librement possible. Afin de préserver l'identité des interlocuteurs, chaque grille d'entretien est restée anonyme, en ne conservant que la fonction de la personne.

2.2 Résultats et analyse

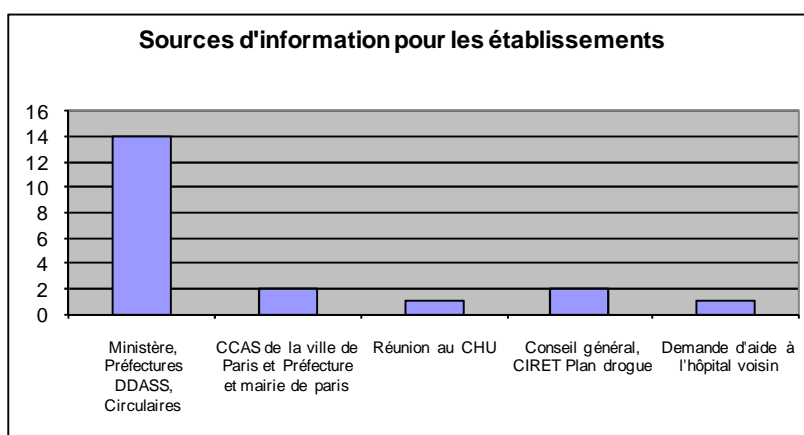
Afin de pouvoir analyser nos résultats ces derniers ont été regroupés en quatre grandes catégories de réponses :

- le cadre organisationnel (questions A et B, 6 et 7) destiné à étudier la perception des directives nationales et leur mise en œuvre au niveau local .

- Les taux de vaccination (fiche établissement et question 1, 11) afin de comparer les taux entre personnel et résidents et rechercher un éventuel lien entre vaccination contre la grippe saisonnière et la grippe A H1N1. Il s'agit également ici d'étudier la perception des taux de vaccination au sein de l'établissement chez les personnes interrogées.
- Les déterminants individuels de vaccination (questions 2, 3, 4, 5, 8, 9) qui peuvent être mis en évidence à travers les motifs d'acceptation ou de refus de la vaccination ainsi que les éléments entrant en jeu dans le processus décisionnel.
- L'analyse des interactions personnel/résidents et personnel/personnel dans le cadre du processus décisionnel (question 10)

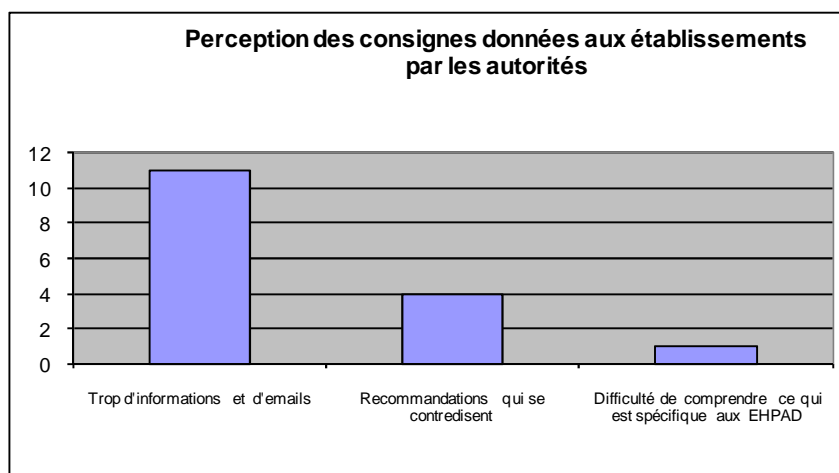
2.2.1 L'organisation de l'information interne et externe dans les EHPAD

A) Les informations reçues par les établissements : entre abondance et confusion



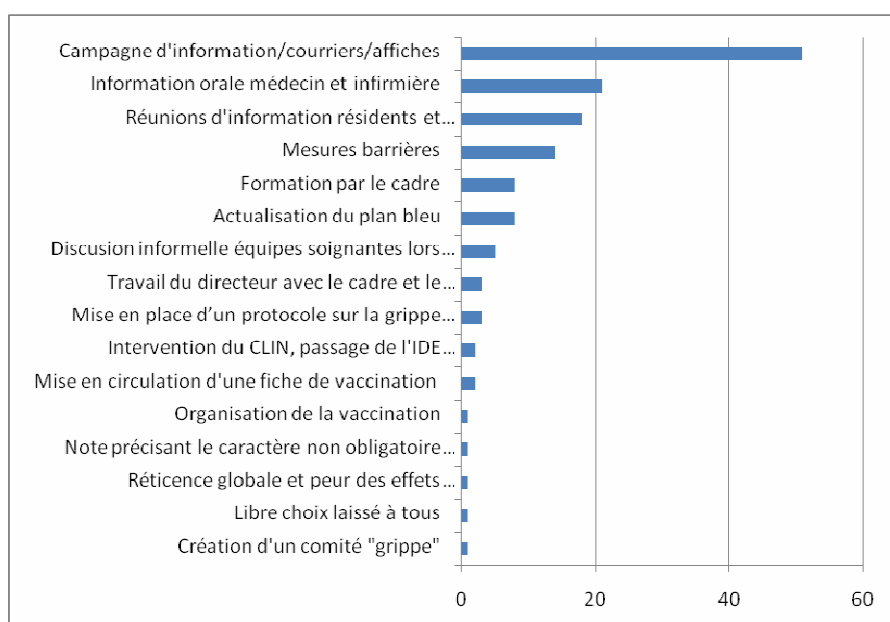
A la question posée : « Avez-vous reçu des consignes de la part des autorités sanitaires concernant la pandémie grippale et la vaccination ? », l'ensemble des EHPAD que nous avons interrogés répondent avoir été renseignés et orientés par le Ministère de la Santé, par la Préfecture, par la DDASS ainsi que par les DRASS. Parallèlement à ces informations diffusées nationalement, d'autres entités ont ponctuellement envoyé des recommandations ou des informations à certains EHPAD. Ainsi, le Centre d'action sociale de la ville de Paris a-t-il fait parvenir des documents sur la vaccination contre la grippe H1N1 aux huit EHPAD parisiens qui lui sont rattachés. Autre illustration, certains Conseils Généraux ont diffusé des informations spécifiques aux EHPAD. Quelques CHU ou préfectures ont

également organisé, au niveau départemental, des réunions d'informations destinées aux établissements sanitaires et médico-sociaux.



Nous observons donc une grande diversité des sources d'information, celle-ci ayant elle-même été souvent jugée trop abondante. Globalement, les médecins coordonnateurs et les directeurs d'EHPAD se sont plaints de la trop grande quantité d'email et de courriers reçus. Parmi ce flot d'informations, la difficulté de faire le tri entre les données essentielles et les données subsidiaires a été soulignée. Pendant la mise en place de la vaccination contre la grippe A H1N1 dans les EHPAD s'est ainsi dégagée chez les directeurs et les médecins coordonnateurs, une impression de confusion voire quelques fois de contradiction des informations reçues.

B) Mise en œuvre des consignes au sein des établissements : des outils traditionnels mobilisés par des acteurs internes.



Outils de mise en œuvre des consignes au sein des établissements (en occurrence)

L'analyse de la mise en œuvre au sein des EHPAD des consignes reçues de la part des différentes autorités met en exergue plusieurs points. Dans toutes les structures étudiées, la communication sur la grippe H1N1 a été importante et globale. La forte mobilisation des personnels s'est matérialisée à travers :

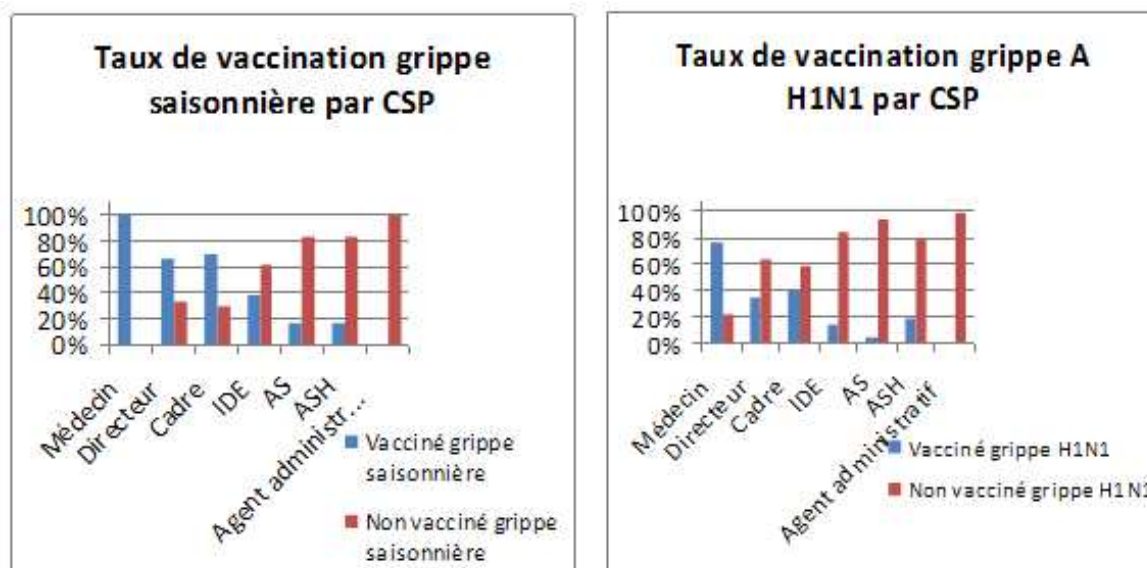
- l'actualisation du Plan bleu
- la mise en place des mesures barrières (port du masque, gel hydro alcoolique ...)
- les campagnes d'information (affichages, réunions, notes de service...),

La mise en œuvre des consignes a dans la majorité des cas été assurée par le directeur en collaboration avec le cadre de santé et le médecin coordonnateur. Nous ne retrouvons pas systématiquement de référent grippe spécifiquement désigné. D'autres acteurs ont pu intervenir comme par exemple l'infirmière hygiéniste en lien avec le CLIN.

Ainsi, qu'il s'agisse des outils utilisés ou des acteurs concernés, les choix de lutte contre la grippe H1N1 restent classiques. On ne constate pas la mise en place d'outils novateurs ou d'interventions extérieures au sein des EHPAD, comme par exemple les équipes mobiles de vaccination.

2.2.2 Un faible taux de vaccination dans les EHPAD et de fortes disparités selon les catégories socioprofessionnelles

D'une manière générale, on constate que les taux de vaccinations sont plus élevés concernant la grippe saisonnière que la grippe A H1N1. Ces taux sont aussi 2,5 fois supérieurs chez les résidents que chez les personnels. En valeur « brute », pour les deux vaccinations, le taux est plus important chez les résidents.



Quand nous analysons plus spécifiquement la population dite « personnel » plusieurs constats apparaissent :

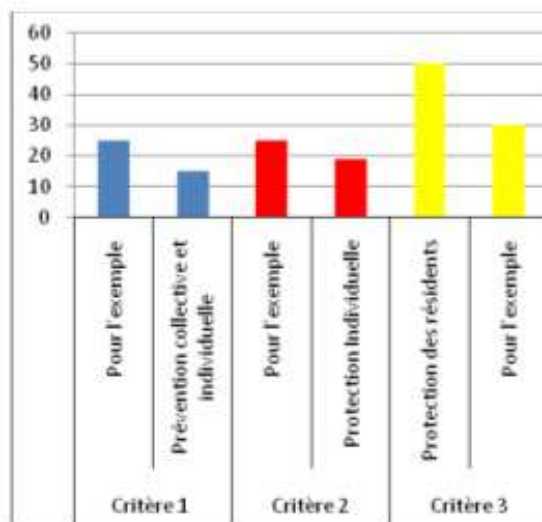
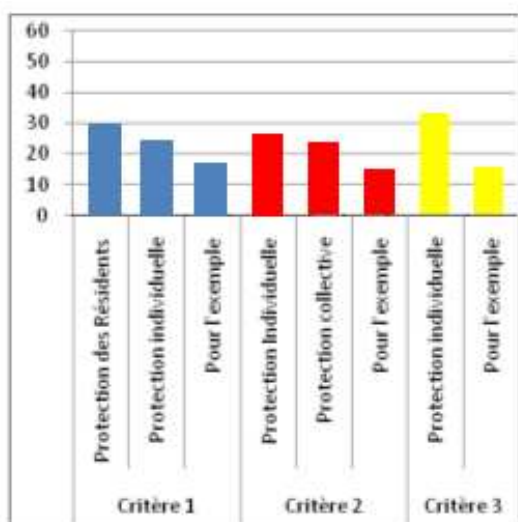
- Globalement cette population est faiblement vaccinée (34% grippe saisonnière et 11.3% grippe A H1N1 selon nos résultats).
- A l'intérieur de cette population on note de fortes disparités de vaccination. On observe une différence du taux de vaccination en fonction de la catégorie socioprofessionnelle étudiée. Ainsi, les médecins, les directeurs et les cadres d'établissement sont de façon significative plus vaccinés que les populations Infirmière, aides soignante, agent de service ou administratifs.
- Ce constat est reproductible quelque soit la grippe étudiée, saisonnière ou A H1N1. Concernant cette dernière, on note une augmentation de la non vaccination toutes catégories confondues.
- Certaines populations semblent évoluer en binôme. En effet, on constate des similitudes entre les catégories : « Directeur et cadre » ainsi « qu'aide soignante et agent de service ». L'évolution des taux de vaccination est différente au sein du binôme médecin/infirmière. Ainsi l'organisation du travail dans ces établissements semble être la cause de ce phénomène. La proximité induite dans l'organisation se répercuterait sur les taux de vaccination. Le binôme médecin / IDE peut lui aussi être interprété ainsi. A la différence du secteur hospitalier, la proximité est moins grande en EHPAD, un certain nombre de médecins étant sous statut libéral et n'intervenant que partiellement au sein de la structure.

2.2.3 Des déterminants différents selon le type de grippe

A) Les motifs d'acceptation de la vaccination : entre protection individuelle, protection collective et sens du devoir.

Motifs acceptation grippe saisonnière (%)

Motifs acceptation, grippe A H1N1 (%)



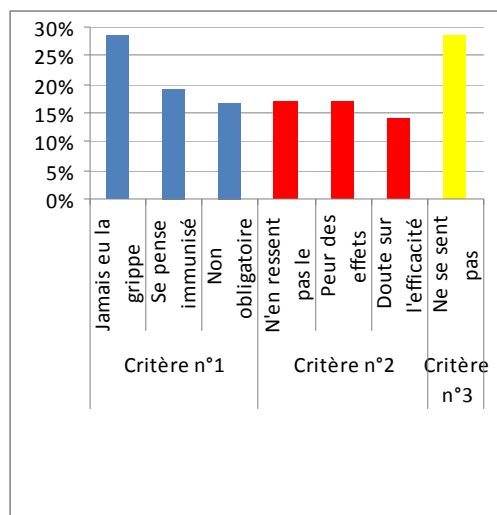
S'agissant de la grippe saisonnière, il apparaît qu'une proportion significative de personnes, travaillant en EHPAD choisit la vaccination aux fins de protéger les résidents contre les complications engendrées par celle-ci²⁷. Cela corrobore la politique promue au plan national et local en la matière au regard de l'importance que représente la vaccination des personnels sur la morbidité et la mortalité des personnes âgées prises en charge. Pour autant, leur propre protection contre cette affection est aussi une des motivations principales. Il est enfin à noter que certains cadres de direction disent s'être fait vacciner dans le but de donner l'exemple.

Concernant la grippe A H1N1, les personnels médicaux et d'encadrement ont là aussi donné à leur démarche de vaccination une valeur d'exemple envers les personnels mais c'est ici le premier critère avancé. Pour l'ensemble du personnel, vient ensuite une position liée à la protection individuelle avant celle des résidents, ce qui pourrait traduire d'une part la volonté de ne pas être contaminé par autrui, mais aussi le constat que les personnes âgées ne sont pas considérées à risque vis-à-vis du virus H1N1.

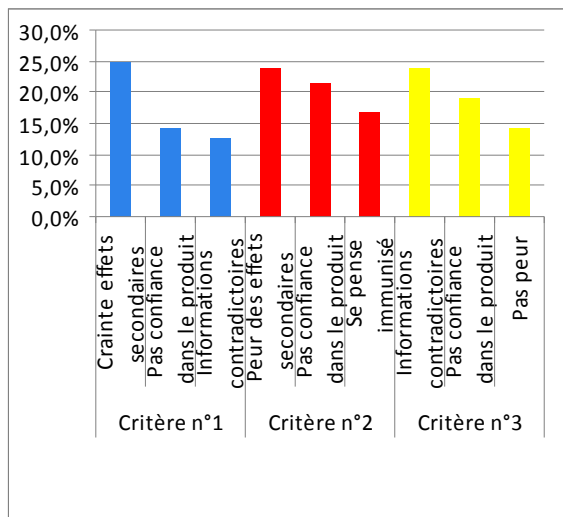
²⁷ cf. annexe 3.d, p XXI

B) Les motifs de refus : entre confiance dans sa propre immunité et défiance dans le produit vaccinal

Motifs refus grippe saisonnière



Motifs refus grippe A H1N1



Concernant les motifs de refus de la vaccination chez le personnel des EHPAD, plusieurs facteurs émergent. Une proportion notable de personnes ayant refusé la vaccination contre la grippe saisonnière ne se sent pas concernée par cette démarche non obligatoire qui ne leur paraît pas nécessaire au regard de leurs besoins de santé²⁸. Cela correspond à une approche individualiste du sujet. Enfin, le refus est également justifié par la crainte des effets secondaires et la remise en cause de l'efficacité du vaccin.

Pour ce qui est de la vaccination contre le virus de la grippe A H1N1, les deux tendances principales qui se dégagent traduisent d'une part une crainte importante des effets secondaires et un manque de confiance vis-à-vis du produit, et d'autre part la remise en question des informations diffusées sur le sujet qui sont vécues comme contradictoires. Par ailleurs, il est à noter que l'attitude de refus est aussi conditionnée par le fait de ne pas croire à l'aspect dangereux et pandémique du virus, mais également par des avis médicaux divergents.

²⁸ cf. annexe 3.c, p XIX

C) Les sources d'influence déterminant la décision de vaccination

Dans cette enquête, il nous est apparu important, afin d'apporter un éclairage aux raisons qui ont amenés les personnels à se faire vacciner ou non contre la grippe A H1N1, d'avoir une idée précise des sources d'information ayant pu avoir une conséquence dans la prise de décision de chaque individu. Il ressort ainsi de l'analyse de la question 4 que les sources d'informations sont assez diversifiées avec toutefois une nette différence entre celles déclarées par le personnel encadrant et celles déclarées par le personnel non cadre. On constate effectivement que le personnel encadrant se réfère le plus à des sources officielles (sites gouvernementaux, autorités sanitaires) ainsi qu'aux médias spécialisés auxquelles ils apportent un crédit plus important. La nécessité, au niveau de l'encadrement, de se réserver, quotidiennement, une place pour la lecture d'articles contradictoires semble avoir permis à beaucoup d'entre eux de pouvoir apporter des réponses éclairées au personnel et de se « former » individuellement. A ce titre, la place des médias hors TV a été beaucoup plus importante chez les personnels encadrant. L'avis du corps médical, même s'il n'apparaît qu'en 3^{ème} critère dans notre enquête, a été primordial dans le décodage des différentes sources d'information spécialisées.

En revanche, chez le personnel non cadre, les principales sources d'information ont été la télévision et les discussions avec l'entourage. L'information en interne – même si elle a été globalement importante par le biais de réunions d'information, de notes de services, d'affichage dans les locaux, de sensibilisation de la part du corps médical – ne semble pas avoir été suffisante ou convaincante pour encourager ce personnel à se faire vacciner. La part de la décision individuelle reste dans ce domaine prépondérant et a régulièrement été évoquée dans les entretiens. Les personnes ont essayé de se faire leur propre opinion parmi une multitude d'informations souvent contradictoires qui ont fini par brouiller le message et placer ainsi l'individu face à sa propre conscience.²⁹

S'agissant d'une décision personnelle pouvant avoir potentiellement un impact sur la santé de la personne vaccinée et sur la santé publique en général, nous avons plus particulièrement souhaité savoir si le médecin traitant avait été consulté et si son avis concernant la vaccination A H1N1 avait été suivi, notamment lorsque ce dernier était

²⁹ cf. annexe 3.e, p XXIII

favorable³⁰. Nous remarquons qu'en règle générale le médecin traitant a été moyennement consulté (à peine plus d'une fois sur deux). Cependant, lorsque son avis a été sollicité celui-ci a été suivi dans 80% des cas. Cette dernière constatation prend ici toute son importance dans un contexte de vaccination où le médecin traitant n'a pas été placé au cœur du dispositif tant au niveau de la formation que de l'action. Dans le domaine que nous étudions, seulement 10 % des personnels se sont rapprochés de leur médecin traitant. Par contre, 65% des personnels interrogés ont été plus particulièrement encouragés à la vaccination au sein de l'EHPAD³¹, certains allant même jusqu'à évoquer une forme d'harcèlement. Ainsi, après regroupement des éléments recueillis lors des entretiens, nous constatons qu'à la grande majorité d'entre eux, (64,63%) les personnes ne se sont pas senties influencées dans leur décision de vaccination par le fait de travailler dans un établissement pour personnes âgées³².

2.2.4 Sensibilisation à la vaccination des résidents

A la question "Avez-vous sensibilisé les résidents pour se faire vacciner contre la grippe A H1N1 ?" 61% des personnes interrogées répondent non alors que 38% des personnes ont consciemment tenté d'inciter les résidents à se faire vacciner³³.

Cette influence s'est exercée sous forme :

- discussions individuelles formelles ou informelles avec les résidents et leur famille.
- organisation de réunions collectives pour les résidents et parfois leur famille à part égale avec l'intervention directe des médecins et des soignants (équipe médecin/IDE)

Ces réponses montrent qu'une plus grande place est accordée à la communication directe individuelle ou collective. Les arguments employés sont quant à eux divers mais il ressort nettement que la notion relative à la préservation de l'état de santé de l'utilisateur reste

³⁰ cf. annexe 3.f, p XXIV

³¹ cf. annexe 3.g, p XXIV

³² cf. annexe 3.h, p XXV

³³ cf. annexe 3.i, p XXV

primordiale. Lorsqu'elle a eu lieu, l'incitation à la vaccination est majoritairement estimée efficace.

3 Discussion sur les thématiques principales mises en lumière par l'analyse de ces déterminants

L'étude menée sur les déterminants de la vaccination contre la grippe A H1N1 chez le personnel des EHPAD publics démontre que le taux de vaccination a été faible. 30% des membres du personnel que nous avons interrogé se sont fait vacciner contre la grippe saisonnière, alors que seuls 11% l'ont été contre la grippe A H1N1. Il convient à ce stade de s'interroger sur les raisons qui ont mené à un tel résultat. En l'espèce, trois causes majeures semblent être à l'origine de la faible vaccination du personnel travaillant en EHPAD publics. L'individualisme croissant des sociétés occidentales – même si il existe des exceptions tels le Canada ou la Suède - est une hypothèse d'explication. Une organisation perfectible de la vaccination contre la grippe A H1N1 au niveau national avec ses répercussions au sein des EHPAD publics peut être vue comme une deuxième piste d'analyse. Enfin, l'hétérogénéité et l'abondance de l'information quant à la pandémie et à sa gestion a également pu contribuer à accroître la réticence du personnel des EHPAD à se faire vacciner.

3.1 L'individualisme : une source de réticence vis-à-vis du vaccin

Deux motifs centrés sur l'individu sont principalement apparus pour expliquer les réticences du personnel face à la vaccination. La peur des effets secondaires du vaccin et le manque de confiance dans le produit ont été des sources de motivation du personnel à ne pas se faire vacciner. De plus, il est clair que les personnels non vaccinés ne se sentaient ni en danger ni concernés par la grippe A H1N1. On constate ici qu'une majorité de soignants ont une attitude paradoxale vis-à-vis de la vaccination. Ils ne s'imaginent pas comme de potentiels contaminants. L'individualisme semble donc aujourd'hui se transformer en choix de ne pas se faire vacciner plutôt qu'en chance d'avoir accès au vaccin. Ceci nous renvoie à une thèse développée par François de Singly dans son ouvrage « *L'individualisme est un Humanisme* », dans lequel il évoque cette évolution dans le positionnement des individus. L'auteur montre comment, au XIXe siècle, la notion de reconnaissance de l'individu se réalisait à travers la participation aux enjeux communs,

participation aux élections, campagne de vaccination alors qu'aujourd'hui cet individu tend à se réaliser en marquant sa différence voir sa défiance envers les mouvements collectifs. C'est par cette démarche, selon lui, que l'individu tend à trouver une reconnaissance propre. Cela pourrait expliquer que ce sont les professions les moins « reconnues » qui s'opposent le plus à la vaccination. Ce comportement pourrait alors être interprété comme une volonté de reconnaissance, d'existence.

A l'inverse des motifs avancés pour refuser la vaccination contre la grippe A H1N1, les motifs principaux qui ont poussé certains membres des équipes à se faire vacciner, relèvent de l'altruisme et du sens du devoir. Il leur est apparu essentiel de servir d'exemple en se faisant vacciner et en tenant un discours favorable à la vaccination. Leur choix de se faire vacciner a également été motivé par l'envie de protéger la collectivité, et notamment les résidents de leurs EHPAD.

La campagne de vaccination contre la grippe A H1N1 qui est, par essence collective, est finalement entrée en conflit avec les intérêts des individus, souvent sceptiques et surtout libres de se faire ou non vacciner dans la mesure où le vaccin n'était pas obligatoire.

3.2 Une organisation nationale complexe, un frein à la vaccination

Un écart important existe entre le taux de vaccination du personnel contre la grippe saisonnière et celui de la grippe A H1N1. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les personnes âgées sont une population prioritaire dans la vaccination contre la grippe saisonnière. Pour ces raisons, le personnel peut se trouver ipso facto plus impliqué dans cette campagne. A l'inverse, les personnes âgées ne faisant pas partie des populations à vacciner en priorité contre la grippe A H1N1, le personnel a pu se sentir désintéressé ou peu stimulé. Parallèlement à ce facteur, une des explications de la moindre vaccination nationale s'explique par la non implication, dans le dispositif, du médecin traitant dans la campagne. Cet argument peut être transposé au personnel des établissements visités. Enfin, la complexité de l'organisation de la campagne de vaccination et la lourdeur des procédures administratives ont d'autant plus freiné la démarche de vaccination des

membres du personnel des EHPAD publics. Nous pourrions citer ici H Mintzberg et son ouvrage sur les organisations³⁴, et établir un parallèle avec la mise en place des centres de vaccination. Comme ce type de modèle, ces centres ont eu pour objectif une production de biens et de services de masse assurant une haute qualité et une haute sécurité des procédures. Mais ce type d'organisation amène à une multiplication des normes et des règles, qui in fine cloisonnent les dispositifs et alourdissent les procédures. L'enjeu est de trouver le bon équilibre entre la norme de sécurité et les actions, les initiatives, qui permettent de garder de la réactivité, de la souplesse. La mise en place des centres de vaccination, au dépend des médecins libéraux, peut sur certains points être analysée ainsi.

3.3 Les effets pervers d'une information trop hétérogène et trop abondante

L'envoi massif d'informations par les autorités sanitaires aux EHPAD s'explique par deux caractéristiques principales. En premier lieu, l'avènement d'internet et de la communication instantanée a facilité la transmission abondante de renseignements et de recommandations aux EHPAD. Selon plusieurs témoignages de médecins coordonnateurs et de directeurs, nombre de données reçues ne concernaient pas directement les EHPAD. Le personnel encadrant devait procéder au tri des documents en plus de la gestion de la mise en œuvre de la campagne vaccinale. En outre, nous vivons à une époque et dans une société où le rapport collectif au risque a changé. Dans le cadre de sa politique de gestion des risques, le Ministère de la Santé a fait le choix d'une communication importante en temps réel, générant ainsi un flot important d'informations. Cette pratique des autorités sanitaires peut être mise en relation avec « *La société du risque* », un ouvrage d'Ulrich BECK. Selon cet auteur, le développement technologique et scientifique a engendré une diminution de la tolérance au risque et une augmentation de l'assurabilité. Celui-ci lorsqu'il évoque la société du risque, note que l'action collective ou individuelle ne doit désormais comporter aucun risque à l'instar du principe de précaution (loi Barnier 1995), qui prévoit que « l'absence de certitudes, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures effectives et proportionnées visant à prévenir un risque de dommages graves et irréversibles à

³⁴ Le management : Voyage au centre des organisations, dernière édition Avril 2004 (Broché), Henry Mintzberg, Editions d'Organisation

l'environnement à un cout économiquement acceptable ». C'est sur ces fondements que les pouvoirs publics, suite à l'épisode de la canicule d'aout 2003 et à celui de la grippe aviaire de 2005, ont tenté de juguler un risque de pandémie par le virus H1N1. A l'opposé, c'est aussi pour éviter certains risques que les individus ne se sont pas engagés dans la vaccination contre la grippe A H1N1, par crainte des effets secondaires du produit dans un contexte non pandémique.

Si les autorités sanitaires ont diffusé une quantité conséquente d'informations, les médias n'ont pas été en reste. Toutefois, alors que les autorités sanitaires promouvaient la vaccination, les médias ont globalement nuit à cette campagne. Les directeurs et les médecins des EHPAD ont entretenu une relation de proximité avec les autorités sanitaires pendant toute la période de la crise. Les taux de vaccination de ces catégories professionnelles sont élevés. A contrario, les infirmiers, les aides soignants et les agents des services hospitaliers, ont principalement suivi l'évolution de la pandémie via les médias en général et ces catégories de populations se retrouvent avec des taux de vaccination faibles voire très faibles. On peut en l'espèce faire un lien entre le taux de vaccination d'une catégorie socio professionnelle et son accès ou pas à une information particulière.

Conclusion

Malgré les récentes parutions d'études sur la campagne de vaccination contre la grippe A H1N1, aucune recherche spécifique n'existait, jusqu'à ce jour, sur les EHPAD. Cette absence de données a, en partie, motivé les membres de notre groupe à choisir ce sujet. Notre étude portait sur quatorze EHPAD publics. Elle a permis de constater que la tendance des taux de vaccination contre la grippe A H1N1 du personnel en EHPAD (11%)³⁵, était proche de la tendance nationale (10%) et de celles d'études hospitalières déjà parues³⁶.

Les déterminants mis en évidence, lors de l'étude, sont pour certains d'entre eux déjà connus, comme la différence de vaccination selon les catégories socio professionnelles. D'autres déterminants semblent, quant eux, plus spécifiquement liés au vaccin de la grippe A H1N1, générateur de manque de confiance relatif à la rapidité perçue de sa fabrication.

Un phénomène plus global lié à la réussite historique de la vaccination tend à faire disparaître aujourd'hui ses apports positifs pour la santé publique des populations. Victime de son succès, les individus ne perçoivent plus aujourd'hui que les risques de la vaccination, occultant le bénéfice global pour la santé collective.

Aujourd'hui nous pourrions évoquer d'autres pistes d'actions si une pandémie sévère devait se présenter. Mais celles-ci apparaissent aussi en proie à des limites. En partant de ce postulat, nous pourrions nous demander si les autorités sanitaires n'auraient pas du rendre la vaccination obligatoire, en particulier pour le personnel travaillant aux côtés des populations fragiles du secteur sanitaire et médico-social. Toutefois cette hypothèse rencontre rapidement une limite, l'intérêt collectif entrant en conflit d'intérêt avec les libertés individuelles.

Les autorités sanitaires ont diffusé une très grande quantité d'informations aux EHPAD dans un souci d'exhaustivité. Mais, à l'inverse, un tri trop sélectif aurait pu aussi, faire perdre la confiance de la population dans les autorités sanitaires.

Enfin, le recours au médecin traitant aurait pu être envisagé très tôt en vue d'une meilleure gestion de la crise. Toutefois, cette option n'a pas, dans un premier temps, été retenue estimant initialement que cette organisation serait trop onéreuse. Secondairement, l'appel à

³⁵ 3.K p XXVI

³⁶ Etude Hôpital de vichy

la médecine de ville par les pouvoirs publics montre le pragmatisme des autorités et la difficulté de réguler de tels évènements.

La principale limite de notre étude fut liée au temps très court qui nous était imparti, pour traiter un sujet aussi vaste. Toutefois, au-delà de l'intérêt de cette recherche, un des sens de ce travail résidait aussi dans le « savoir travailler ensemble », en interfiliarité. Cet enjeu recouvrait les mêmes problématiques que celles rencontrées au sein de notre étude à savoir : comment faire pour que la diversité des sources d'information, des compétences des acteurs soit une force et non un handicap ?

Bibliographie

Ouvrages et monographies

- ❖ BECK U. *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris, Aubier, 2001, 521 p.
- ❖ BOURDILLON F., BRÜCKER G., TABUTEAU D., *Traité de santé publique*, 2ème édition, 2007, Flammarion Médecin-sciences, 745 p.
- ❖ DE SINGLY F. *L'individualisme est un humanisme*. La Tour d'Aigues, L'aube - Essai, 2005, 125 p.
- ❖ DGAS, *Préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale*, Mars 2007
- ❖ DREES, *études et résultats, Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007*, n°699 d'Août 2009
- ❖ FLAHAULT A., NAU J.Y. *A (H1N1) journal de la pandémie, entre panique et déni. La réalité*. Edition Plon, 2009, 320 p.
- ❖ InVS, *Etude des déterminants de la vaccination antigrippale chez le personnel des centres hospitaliers de Vichy et Montluçon (03)*, nov 2004
- ❖ MINZTBERG H. *Le management : Voyage au centre des organisations*, dernière édition, 2004, Editions d'Organisation, 703 p.
- ❖ CH de Vichy et Montluçon (03), *Étude des déterminants de la vaccination antigrippale chez le personnel – Novembre 2004*

Cadre législatif et règlementaire

- ❖ Code de la santé publique
- ❖ Ministère de la Santé, *Fiche pour les responsables des EHPAD*, novembre 2009
- ❖ OMS, *bulletin épidémiologique* du 30 avril 2010
- ❖ *Plan pandémie grippale*, n° 150/SGDN/PSE/PPS du 20 février 2009
- ❖ *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°14/15 , *Le calendrier des vaccinations*, 22 avril 2010

Articles de périodiques

- ❖ Streetland, P et al., *Patterns of vaccination acceptance*, *Social Science & Medicine*, 1999; 49: 1705-1716.
- ❖ Jones, T.F et al., *Determinants of influenza Vaccination, 2003-2004: Shortages, Fallacies and Disparities*. *Clinical Infectious Diseases*, 2004; 39: 1824-8
- ❖ Rachiotis G. et al., *Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A (H1N1) among healthcare workers in Greece*, *Euro Surveill*. 2010; 1-7

- ❖ Hollmeyer, H. G et al., *Influenza vaccination of health care workers in Hospital- A review of studies on attitudes and predictors*, Vaccine 27 (2009): 3935-3944

Dossier de presse

- ❖ Libération.fr H1N1 : « On ne referait pas différemment » interview de Didier Houssin, Directeur Général de la Santé, le 02 mars 2010
- ❖ DELAHAYE, C., Grippe A (H1N1) / Lancement aujourd’hui de la vaccination à l’hôpital, Quotidien du Médecin, 20 octobre 2009
- ❖ Mills, E et Al. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. Journal of clinical Epidemiology, 58 (2005) 1081-1088.

Sites internet

www.anfh.asso.fr

www.inpes.sante.fr

www.pandemie-grippale.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

www.wikipedia.fr

Enseignement à l’EHESP

- ❖ SALLE F., Documents cycle préparatoire DH-DESSMS
- ❖ POMMIER J., *Introduction à l’éducation et à la promotion de la santé*, Presse de l’EHESP, département Politiss, (enseignement statutaire)

Liste des annexes

Annexe 1 : Fiche de recommandation à destination des EHPAD.....	II
Annexe 2 Grille d’entretien	XIV
Annexe 3 Résultats de l’enquête.....	XVII
3.a Structure de la population étudiée	XVII
3.b Taux de vaccination dans les établissements chez les personnels et les résidents	XVIII
3.c Motifs de refus de la vaccination (questions 2 et 3)	XIX
3.d Motifs d’acceptation de la vaccination (questions 2 et 3).....	XXI
3.e Sources d’information en fonction des CSP (question 4)	XXIII
3.f Avis du médecin traitant (question 5).....	XXIV
3.g Encouragement à la vaccination (question 8).....	XXIV
3.h Impact de l’environnement professionnel (question 9)	XXV
3.i Sensibilisation d’autrui à la vaccination (question 10).....	XXV
3.j Tableau synthétique issu des fiches de renseignements	XXVI
3.k Taux de vaccination des personnels et des résidents	XXVI

Annexe 1 : Fiche de recommandation à destination des EHPAD (août 2009 – annexe au courrier de Mme la Secrétaire d'Etat aux Aînés du 2 septembre 2009)

Mesures à mettre en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en cas de syndrome respiratoire aigu lors d'une pandémie de grippe A(H1N1)

Fiche pour les responsables des établissements d'hébergement pour personnes âgées

La grippe est une infection respiratoire aiguë très contagieuse et les mesures à mettre en œuvre s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre les infections respiratoires aiguës basses. L'hébergement en collectivité est susceptible de favoriser la circulation du virus. Les personnels et les visiteurs peuvent être à l'origine de l'introduction et/ou de la diffusion de l'épidémie. Les personnes âgées hébergées, surtout dans les EHPAD (établissements pour personnes âgées dépendantes), présentent une vulnérabilité aux infections respiratoires aiguës et sont le plus souvent atteintes de maladie(s) chronique(s) qui peuvent constituer autant de facteurs de risque pour la grippe.

L'objectif des mesures est de protéger les résidents, et tout particulièrement les plus à risque de complications, les personnels et de maintenir l'activité de l'établissement.

La conduite à tenir s'appuie en grande partie sur les Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées (rapport du Conseil supérieur d'hygiène publique de France - Section des maladies transmissibles - 18 novembre 2005) et le document élaboré par la Direction générale de la santé en lien avec la Direction générale de l'action sociale «Conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées».

La conduite à tenir développée dans le présent document a été adaptée à la situation particulière liée à une pandémie due au virus A(H1N1).

Les liens utiles sont indiqués au paragraphe 8 et les textes de référence sont rappelés au paragraphe 9 du présent document.

Quel que soit le virus grippal en cause, l'établissement aura à faire face à des difficultés similaires et, sans précautions suffisantes de prévention, la maladie pourra toucher très rapidement de nombreux résidents et membres du personnel et sera susceptible de désorganiser le fonctionnement de la structure.

1- Mesures de prévention :

Le responsable de l'établissement doit sensibiliser les membres du personnel sur la responsabilité personnelle de chacun en matière de limitation de propagation du virus.

A ce titre, le responsable de l'établissement procède dès à présent à la désignation d'un référent grippe qui s'assure de la mise en application de ces mesures.

Dans les EHPAD, le référent grippe est le médecin coordonnateur.

1-1- Précautions standard à prendre au quotidien

Le respect des précautions standard par le personnel au quotidien est une mesure clé de la lutte contre les germes pathogènes respiratoires quels qu'ils soient (grippe saisonnière, grippe pandémique, coqueluche,...).

- L'hygiène des mains :

- avant et après tout contact direct avec un résident ;
- après contact avec des liquides biologiques ou des objets potentiellement contaminés ;
- après retrait des gants ;
- avant de préparer, de manipuler ou de servir des aliments et de nourrir un résident.

Produits hydro alcooliques (PHA).

L'hygiène des mains par friction avec PHA doit être privilégiée sur des mains sèches, ni souillées, ni poudrées. Les PHA sont efficaces pour la désinfection des mains et doivent être facilement accessibles. Un lavage doux des mains (avec un savon liquide) doit être effectué lorsque les mains sont visiblement souillées ou au retrait de gants poudrés, elles doivent être lavées avec un savon liquide. Puis, si nécessaire, une friction avec un PHA est réalisée sur les mains correctement séchées.

Les instructions d'hygiène des mains doivent être affichées pour les résidents et les visiteurs.

- Le port de gants

Cette mesure ne remplace pas le lavage des mains.

Le port de gant est recommandé lors d'un contact avec des liquides biologiques, avec une muqueuse ou une peau lésée et en cas de lésions sur les mains.

1-2- Vaccinations

Les recommandations portant sur la vaccination contre le virus pandémique A(H1N1) pourront évoluer en fonction de l'évolution de la pandémie et il conviendra de suivre régulièrement les mises à jour sur le site internet du ministère de la santé.

1-2-1- Professionnels

- La vaccination contre la grippe saisonnière est fortement recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec les résidents.
- La vaccination contre le virus pandémique A(H1N1), lorsque le vaccin sera disponible, sera recommandée pour les professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec les résidents en fonction de la disponibilité du vaccin.

1-2-2- Les résidents :

- La vaccination contre la grippe saisonnière est recommandée.
- L'intérêt de la vaccination des personnes de plus de 60 ans à l'aide d'un vaccin contre le virus pandémique A(H1N1) avec ou sans adjuvant est en cours d'évaluation. En effet, ces personnes semblent actuellement peu affectées par la grippe à virus A(H1N1) et certaines d'entre elles pourraient bénéficier d'une mémoire immunitaire résiduelle.
- La vaccination contre le pneumocoque (avec le vaccin polysidique 23-valent) est recommandée pour les résidents atteints des pathologies suivantes : insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, personnes ayant des antécédents d'infections pulmonaires ou invasive à pneumocoque, syndrome néphrotique, patients alcooliques avec hépatopathie chronique, drépanocytose homozygote, asplénie

fonctionnelle ou splénectomie (voir note DGS/DHOS/DGAS aux directeurs d'établissements de santé et médico-sociaux du 13 juillet 2009).

1-3- Les visiteurs

- L'établissement doit informer les visiteurs de reporter leur visite s'ils sont symptomatiques malades ou à défaut de porter un masque chirurgical.
- Une affiche placée dans l'entrée de l'établissement informera les visiteurs de ces recommandations. Des affiches sont téléchargeables sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr/grippeAH1N1/>

2- Surveillance et signalement :

Un cas possible de grippe est une personne présentant un syndrome respiratoire aigu à début brutal avec :

- signes généraux : fièvre > 38°C ou courbature ou asthénie,
- et signes respiratoires : toux ou dyspnée.

Chez les personnes âgées, le tableau clinique de la grippe est souvent atypique et trompeur : fièvre et toux peuvent être absentes et les signes cliniques peu spécifiques (état confusionnel, anorexie, chute, altération de l'état général...).

Le médecin traitant tiendra régulièrement informé le responsable de l'établissement et le médecin coordonnateur de l'EHPAD de l'évolution de l'état de santé des résidents malades qu'il prend en charge au sein de la structure.

Si l'examen médical met en évidence un signe de gravité, le patient est adressé vers une consultation hospitalière spécifique « grippe » après régulation par le SAMU – centre 15.

2-1- Dès le premier cas, il convient de mettre en place immédiatement des précautions complémentaires de type « gouttelettes » autour de ce cas :

L'essentiel de la transmission du virus s'effectue en effet sur le mode de type « gouttelettes de Pflüge »

2-1-1- Autour du résident :

Renforcement de l'hygiène des mains (voir ci-dessus paragraphe 1-1-1).

Maintien du résident dans sa chambre, dans la mesure du possible. Ce maintien en chambre sera levé dès que possible et au plus tard une semaine après le début des symptômes.

Port du masque chirurgical par le résident malade lorsqu'il quitte sa chambre, dans la mesure du possible.

Aération régulière de la chambre.

Nettoyage régulier des surfaces possiblement contaminées par le malade en toussant ou en éternuant : plateau repas, accoudoirs du fauteuil, sonnette, commandes de lumière ou de téléviseur, toilettes, poignées de portes, robinets, lavabo...

2-1-2- Pour le personnel

Sensibilisation aux règles d'hygiène (voir ci-dessus paragraphe 1-1-1).

Port du masque FFP2 par le personnel lors des contacts étroits avec un résident malade.

Les mesures barrières à appliquer sont décrites dans le document accessible par le lien suivant : Mesures barrières recommandations pour le professionnel

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Mesures_barrieres -
Recommandations pour le professionnel -
Protections individuelles pour se proteger et ne pas contaminer les autres-2.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Mesures_barrieres_-_Recommandations_pour_le_professionnel_-_Protections_individuelles_pour_se_proteger_et_ne_pas_contaminer_les_autres-2.pdf)

Si un membre du personnel est malade :

- Si les signes cliniques surviennent au domicile :
Signalement par le personnel au référent grippe de son établissement et mise en place des mesures d'hygiène adaptées. Eviction jusqu'à deux jours après l'arrêt des signes cliniques généraux.

- Si les signes cliniques surviennent sur le lieu de travail :
Port immédiat du masque chirurgical par le personnel malade, consultation médicale par un médecin traitant pour prise en charge adaptée et isolement à domicile.
Eviction jusqu'à deux jours suivant l'arrêt des signes généraux.

- **Recommandations de mise sous traitement antiviral**

Il est rappelé que la mise sous prophylaxie au long cours des professionnels de santé n'est pas recommandée. Toutefois, la mise sous traitement antiviral d'un professionnel de santé dès la constatation qu'il présente un syndrome grippal est justifiée, notamment pour éviter la contamination ultérieure des patients dont il a la charge. Si cela est possible, compte tenu de l'environnement dans lequel ces professionnels travaillent, un prélèvement naso-pharyngé pour diagnostic biologique pourra être effectué.

Dans l'hypothèse où un professionnel de santé estimerait avoir été exposé au virus, l'opportunité d'une mise sous prophylaxie post-exposition serait à examiner au cas par cas, en fonction notamment des soins dispensés au malade et de l'appartenance du professionnel à un des groupes à risque de complications.

- **Mesures complémentaires**

Dès confirmation d'un cas de grippe A H1N1 chez un personnel, s'assurer de l'application stricte des mesures de précaution standard (notamment l'hygiène des mains) et complémentaires de type "gouttelettes" si certains patients le nécessitent.

2-1-3- Pour tous les cas :

Se couvrir la bouche et le nez chaque fois que l'on tousse ou éternue puis se laver les mains.

Se moucher et cracher dans des mouchoirs en papier à usage unique puis se laver les mains.

Jeter les mouchoirs souillés et les masques dans un sac plastique, présent dans la chambre, qui sera hermétiquement fermé avant le transport.

2-2- Devant plusieurs cas de grippe :

2-2-1- Précautions

Mesures de type « gouttelettes » autour de chaque cas (voir ci-dessus paragraphe 2-1).

Arrêt des activités collectives.

Le regroupement des résidents grippés dans un secteur géographique spécifique fera l'objet d'une réflexion particulière de la part des responsables d'établissement et des médecins coordonnateurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les décisions prises dans ce cadre seront des mesures adaptées prenant en compte à la fois le besoin de limiter le risque de transmission et les difficultés de mises en œuvre, principalement dans les EHPAD.

2-2-1- Recherche active de nouveaux cas

Chez les résidents et le personnel.

2-2-3- Signalement

La survenue d'au moins 3 cas dans un délai de 8 jours chez les personnes partageant les mêmes lieux qu'elles soient résidentes ou membres du personnel sont à signaler à la DDASS.

Le signalement à la DDASS du département est effectué par :

- le médecin coordinateur de l'EHPAD,
- ou par le référent grippe de l'établissement,
- ou par le professionnel de santé chargé du signalement des infections nosocomiales si l'établissement est géré par un établissement de santé.

Le processus de signalement doit être formalisé par des procédures claires.

2-3- Prélèvements

Des recommandations sur les prélèvements sont accessibles par lien suivant :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Le_prelevement_naso-pharynge-2.pdf

Conformément à ces recommandations, le prélèvement rhino-pharyngé est indiqué :

- pour les patients à risque ou patients présentant des signes de gravité ;
- pour les patients traités et présentant une aggravation clinique ;

- dans le cadre de cas groupés de grippe A(H1N1), il est conseillé qu'au moins 3 prélèvements de patients différents soient effectués. Le nombre de prélèvements à réaliser dépendra de la taille de l'épisode ;
- dès suspicion d'un cas d'infection grippale chez un ou plusieurs personnels au sein d'un même service : réalisation d'un prélèvement chez le personnel suspect de grippe, quand cela est possible, en fonction de l'environnement de travail. Une fois la circulation du virus établie dans le service, la réalisation de prélèvement chez tous les nouveaux cas suspects n'est plus nécessaire.

Les prélèvements sont à privilégier chez les personnes ayant des signes cliniques les plus récents et si possible dans les 48 heures après le début des signes.

Les tests de diagnostics rapides utilisés en ambulatoires et pouvant donner le résultat au lit du malade pendant la grippe saisonnière ne sont pas recommandés dans le cadre de la nouvelle grippe A(H1N1). En effet, la faible sensibilité de ces tests ne justifie pas leur utilisation.

3-Prise en charge

La prise en charge et le traitement des patients atteints de grippe A(H1N1) s'effectue selon les recommandations de la Fiche d'utilisation des antiviraux en extrahospitalier et en période pandémique accessible sur le site internet du ministère de la santé. Ces recommandations sont susceptibles d'être actualisées et les responsables des établissements et les médecins coordonnateurs des EHPAD sont donc invités à consulter régulièrement le site du ministère de la santé.

Le traitement antiviral doit être prescrit dans les 48 heures suivant l'apparition des signes cliniques. La mise en œuvre d'un traitement antiviral en prophylaxie n'a plus d'intérêt au-delà de 48 heures après le dernier contact avec le ou les cas index identifiés.

Quand une recherche virologique a été entreprise, les traitements antiviraux sont arrêtés dès que la recherche virologique s'avère négative.

En cas de transfert de résident vers un autre établissement, la structure d'aval sera informée de la situation.

Si des personnels sont malades, il convient de limiter, dans la mesure du possible, les transferts de personnel entre secteurs, et d'informer le personnel de tout l'établissement par une communication interne dans un but de sensibilisation en particulier.

Les patients et les visiteurs du secteur concerné par des cas de grippe seront informés.

4- Masques de protection :

- Le masque de protection respiratoire (masque FFP2)

Le masque FFP2 est réservé aux professionnels dont le rôle en situation de pandémie serait capital et qui seraient amenés à être en contact régulier et rapproché avec des patients grippés.

Des masques FFP2 sont alloués par la DDASS à l'établissement, sur le stock constitué pour le secteur médico-social, afin de protéger les professionnels au contact rapproché avec les résidents grippés.

Les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD, maisons de retraite, logements foyers) sont inclus dans le plan de distribution départemental (préfet-DDASS) qui est mis en œuvre en cas de pandémie conformément à la note DPSN-ministère de l'Intérieur/ DGS/DGAS adressée aux préfets le 26 juin 2009.

Les responsables d'établissement prévoiront un stock tampon de masques FFP2 qui permettra de faire face à toute survenue de cas de grippe avant que ne se mette en place la distribution.

- Le masque anti-projections (ou masque chirurgical)

Le masque chirurgical est à utiliser par les personnes malades afin qu'elles évitent de contaminer d'autres personnes/leur entourage (lorsqu'elles toussent, éternuent...).

Ces masques chirurgicaux sont délivrés aux malades sur prescription médicale avec le médicament antiviral par les pharmacies.

Les responsables d'établissement veilleront à disposer d'un stock suffisant de masques chirurgicaux pour les professionnels et les visiteurs.

5- Gestion des déchets infectieux, notamment les mouchoirs et les masques usagers :

Un double sac poubelle hermétiquement fermé est mis dans le circuit des déchets ménagers en veillant à extraire l'air avant de les fermer afin d'éviter qu'ils ne fassent « ballon » et n'éclatent lors de la mise en benne à ordures ou en filière DASRI (déchets d'activité des soins à risques infectieux) si elle est organisée.

6- Le plan de continuité d'activité (PCA) :

Les responsables d'établissements pour personnes âgées doivent finaliser sans délai, leur plan de continuité d'activité (PCA) afin qu'en période de pandémie, leurs structures puissent continuer à fonctionner malgré les nombreuses difficultés auxquelles ils sont susceptibles d'avoir à faire face : augmentation du nombre de personnes grippées chez les résidents et les membres du personnel, diminution des effectifs, difficultés d'approvisionnement,...

Le renforcement des effectifs à partir d'une réserve de personnes ressources, en interne et externe (intérimaires, associations, familles...) doit notamment faire l'objet dès à présent d'une réflexion particulière.

Le PCA s'inscrit naturellement dans le cadre du « plan bleu » détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre obligatoirement en cas de crise sanitaire ou climatique par tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées (décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005). .

Chaque « plan bleu » doit disposer d'un « volet pandémie ».

Dans le cadre du « plan bleu », chaque établissement pour personnes âgées devra établir des relations de partenariat ou signer une convention avec un établissement de santé de référence afin de préparer la survenue de toute situation à risque infectieux dans l'établissement, notamment la grippe, organiser les contacts entre professionnels, définir les recours à l'hospitalisation et les sorties d'hôpital en fonction du niveau de médicalisation de l'établissement pour personnes âgées.

7- Cas particulier des logements foyers :

La plupart des logements foyers qui ne disposent pas de personnel dédié à l'aide et aux soins des résidents ne sont pas concernés par l'ensemble de ces préconisations. D'autres, peu nombreux, disposent d'équipes pour l'aide et les soins aux résidents.

Il reviendra à chaque responsable d'établissement d'adapter les mesures préconisées en fonction des modalités d'organisation et de fonctionnement de sa structure, éventuellement en lien avec la DDASS du département.

8- Liens utiles :

Site interministériel de préparation à un risque de pandémie grippale :

<http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/>

Ministère de la santé et des sports :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/grippe>

Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville :

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/>

Institut de veille sanitaire :

<http://www.invs.sante.fr/>

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé :

<http://www.inpes.sante.fr/>

Guide DGS/DGAS «Conduite à tenir devant des infections respiratoires aiguës basses dans les collectivités de personnes âgées »:

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infections_persagees/circ_489.pdf

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe/guide_inf_respiratoires.pdf

Plan national « pandémie grippale » :

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG//pdf/planpandemiegrippale_200209.pdf

Protocole de signalement et d'investigation des clusters de grippe A(H1N1)2009. Version du 23 Juillet 2009 :

http://www.invs.sante.fr/surveillance/grippe_dossier/docs_professionnels/protocole_signal_ement_cas_groupes_de_grippe_230709.pdf

Préparation du secteur médico-social et social à une pandémie grippale :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/grippe_aviaire/fiches_social.pdf

9- Textes de référence :

Courrier du ministre de la santé du 20 juillet 2009 aux préfets et aux ARH sur le nouveau dispositif de prise en charge des patients grippés A(H1N1).

Courrier DPSN,HFD/DGS/DGAS du 26 juin 2009 aux préfets sur la gestion de stock de masques et de produits antiviraux.

Circulaire DGS/DHOS/DGAS du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant les infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/infections_persagees/circ_489.pdf

Décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005 détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou climatique par tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées (« plan bleu »).

Mesures barrière. Recommandations pour le professionnel. Protections individuelles pour se protéger et ne pas contaminer les autres. [http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Mesures_barrieres - Recommandations pour le professionnel - Protections individuelles pour se proteger et ne pas contaminer les autres.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Mesures_barrieres_-_Recommandations_pour_le_professionnel_-_Protections_individuelles_pour_se_proteger_et_ne_pas_contaminer_les_autres.pdf)

Fiche pratique d'utilisation des antiviraux en extrahospitalier et en période pandémique.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_utilisation_Tamiflu_en_extraH_DEF_12aout09.pdf

Annexe 2 Grille d'entretien

Fiche établissement :

Département :

Type de structure :

Nombre de lits (+HT) :

GIR Moyen pondéré :

Effectifs :

Personnel administratif :

Personnel technique :

Personnels soignants :

Nombre d'intervenants extérieurs (médecins libéraux) :

Taux vaccination grippe saisonnière :

Personnels :

Résidents :

Taux vaccination grippe A H1N1 :

Personnels :

Résidents :

Questions relatives aux directives externes et à leur mise en œuvre au sein de l'EHPAD

⇒ *Questions à poser à la direction et au médecin coordonnateur*

- A. Avez-vous reçu des consignes de la part des autorités sanitaires concernant la pandémie grippale et la vaccination ? Si oui, lesquelles ?
- B. Comment avez-vous mis en œuvre concrètement ces consignes dans votre établissement ?

Grille d'entretien

⇒ *directeur, médecin coordonnateur ou médecin traitant, cadre et IDE/AMP/AS/ASH*

1. Votre fonction :
2. L'année dernière, vous êtes vous fait vacciner contre la grippe saisonnière ?

2a. Si oui ou non, pourquoi ?

1^{er} critère :

2^{ème} critère :

3^{ème} critère :

3. Vous êtes vous fait vacciner contre la grippe H1N1 ?

3a. Si oui ou non, pourquoi ?

1^{er} critère :

2^{ème} critère :

3^{ème} critère :

4. Quelles ont été vos sources d'information sur la grippe A H1N1 ? (*trois sources à classer par ordre d'importance*)

5. (Si médecin traitant non évoqué dans les critères) Avez-vous demandé conseil auprès de votre médecin traitant concernant votre vaccination ?

5 a. Si oui, avez-vous suivi son conseil ?

6. (pour le *personnel*) La question de la vaccination contre le virus H1N1 a-t-elle été abordée au sein de la structure ?

6. a Comment ? Par qui ? (quelle organisation ?)

7. Avez-vous reçu une formation spécifique concernant la pandémie et la vaccination ? (si oui, développez)

8. Avez-vous été encouragé à vous faire vacciner ?

a. Par qui / quoi ? (administration / médecins / autorité sanitaire etc.)

9. Le fait d'être dans un établissement pour personne âgées a-t-il influencé votre décision ? (réponse optionnelle– seulement si non évoquée précédemment dans l'entretien)

10. Avez-vous sensibilisé les résidents à se faire vacciner contre la grippe ?

10a. Si oui qu'avez-vous fait ?

10b. Quels ont été vos arguments ?

10c. Ont-ils été efficaces ?

11. (pour le *personnel*) Quel est selon vous le nombre de vos collègues qui se sont fait vacciner ? Et le nombre de résidents ?

Annexe 3 Résultats de l'enquête

3.a Structure de la population étudiée

Répartition de la population par fonction

Fonction	Nombre	Proportion
AS/AMP	20	24,39%
Directeurs	14	17,07%
IDE	12	14,63%
Cadres ou faisant-fonction	11	13,41%
Medecins Coordonnateurs	9	10,98%
ASH	7	8,54%
Administratifs	3	3,66%
IDE hygiéniste	2	2,44%
Médecin traitant	1	1,22%
Résident	1	1,22%
Médecin du travail	1	1,22%
Technicien	1	1,22%
TOTAL	82	100%

Répartition des établissements par taille

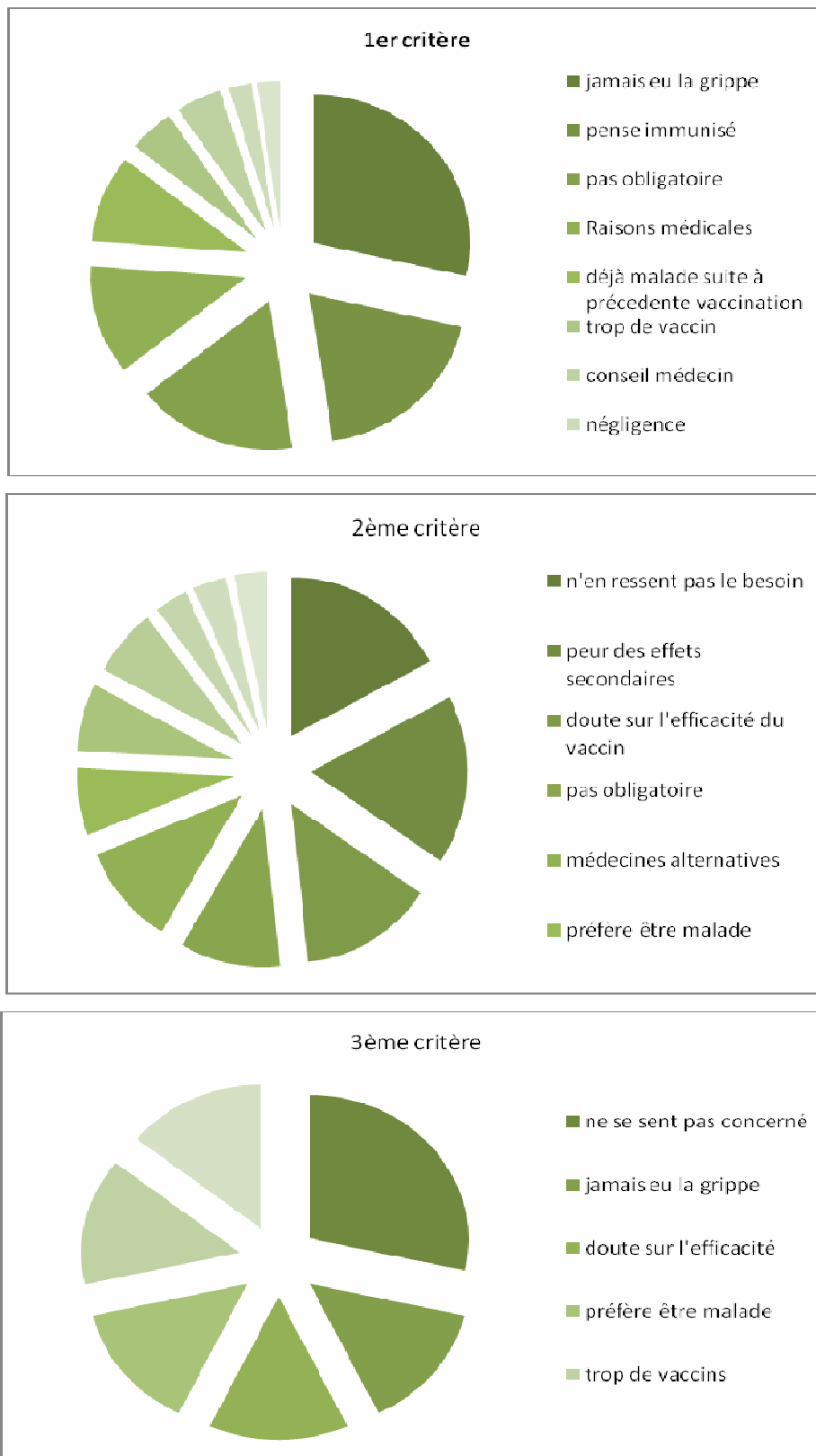
Capacité	Récurrence	Proportion
> 100 lits	7	50%
< 100 lits	7	50%
TOTAL	14	100%

3.b Taux de vaccination dans les établissements chez les personnels et les résidents

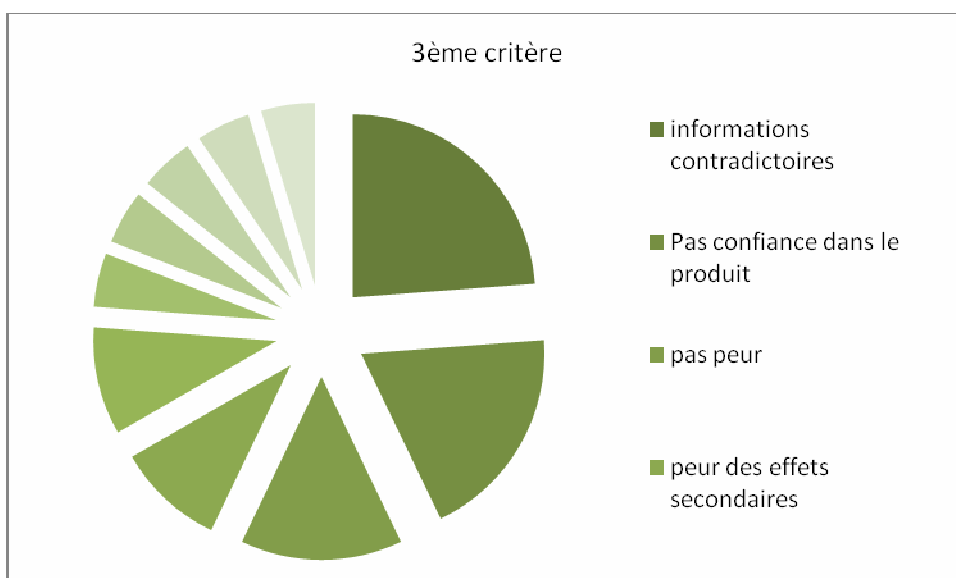
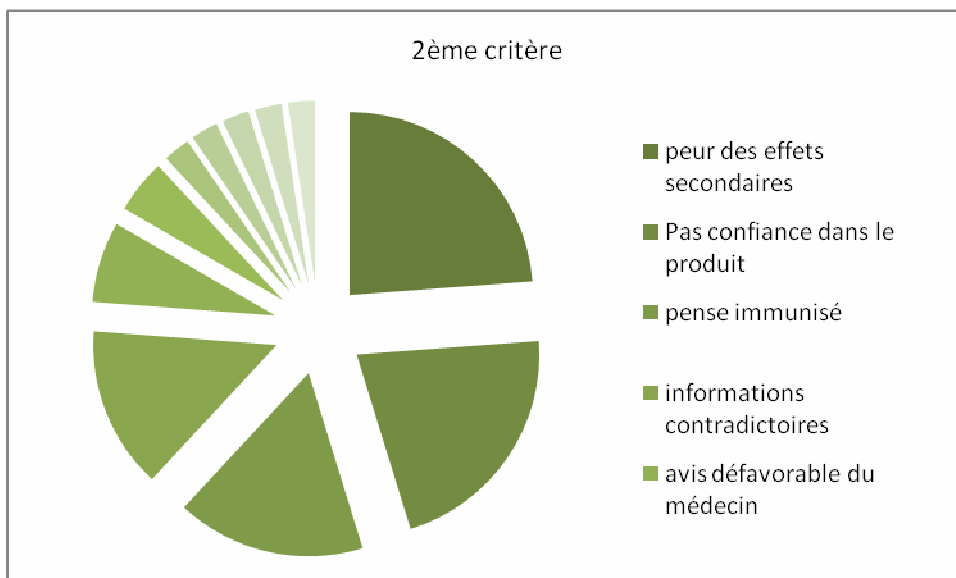
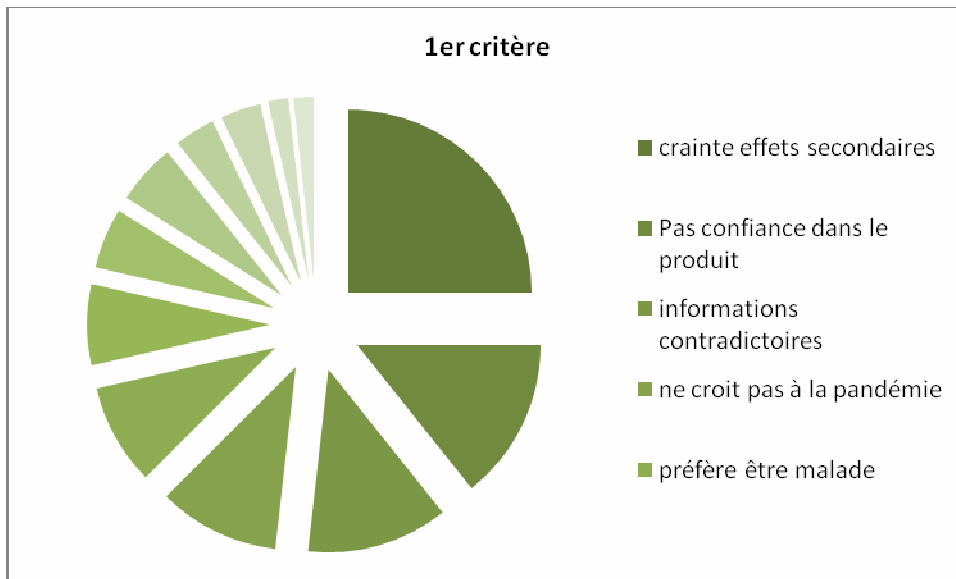
Taux vaccination grippe saisonnière			Taux vaccination grippe A H1N1		
Etablissement	Personnel	Résident	Etablissement	Personnel	Résident
1	8%	90%	1	10%	0%
2	NC	90%	2	< 20 %	80%
3	0%	98%	3	0%	52%
4	50%	90%	4	0%	18%
5	34%	94%	5	21%	16%
6	50%	100%	6	5,60%	62,17%
7	19%	91%	7	4%	22%
8	17%	95%	8	4%	0%
9	8%	91%	9	8%	48%
10	50%	50%	10	NC	NC
11	28%	15%	11	0%	8%
12	20%	50%	12	5%	26%
13	NC	NC	13	NC	NC
14	NC	NC	14	NC	NC

3.c Motifs de refus de la vaccination (questions 2 et 3)

Grippe Saisonnière

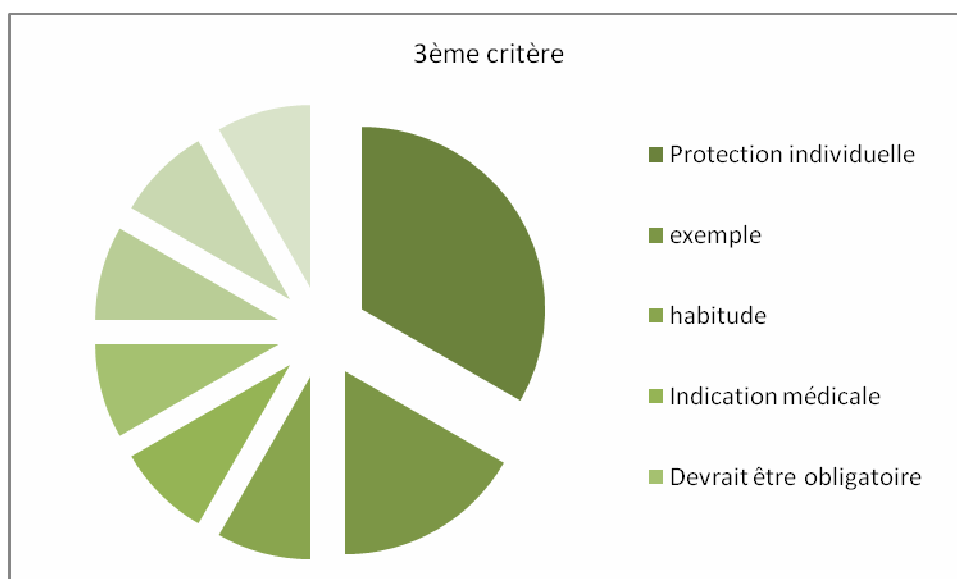
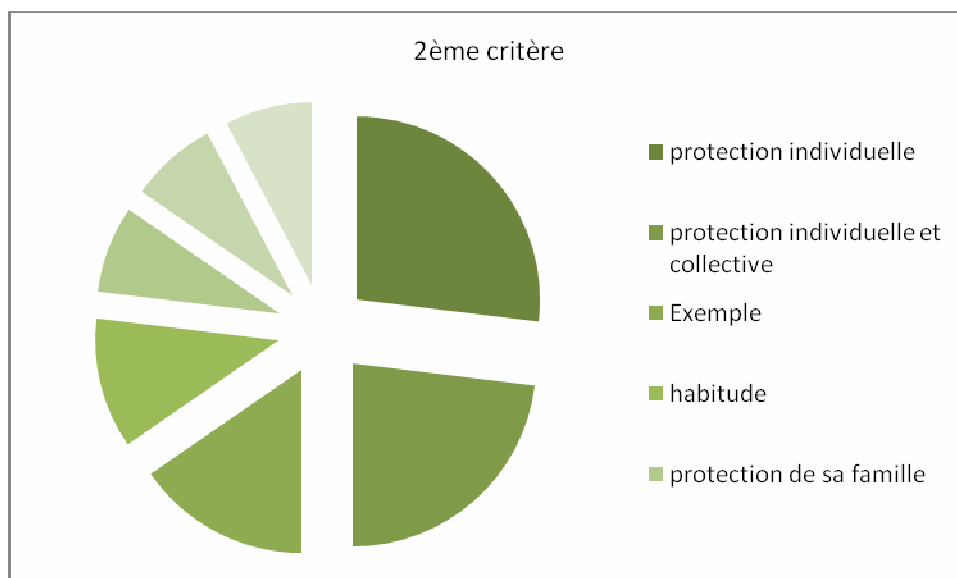
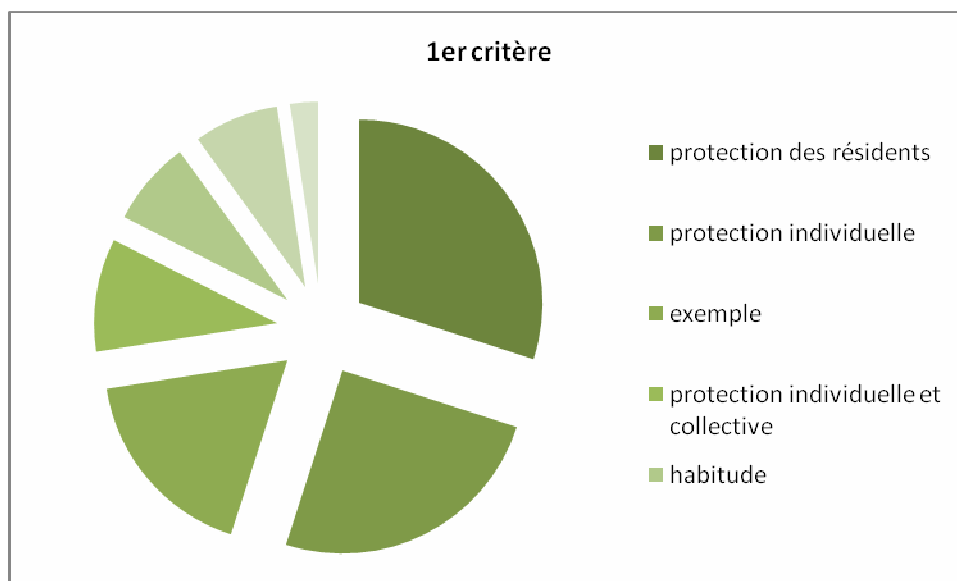


Grippe A H1N1

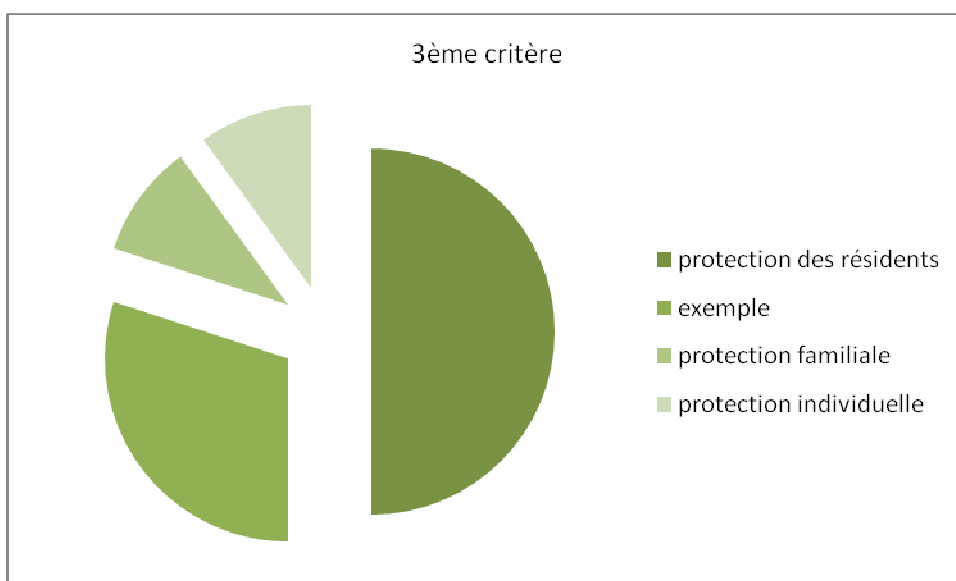
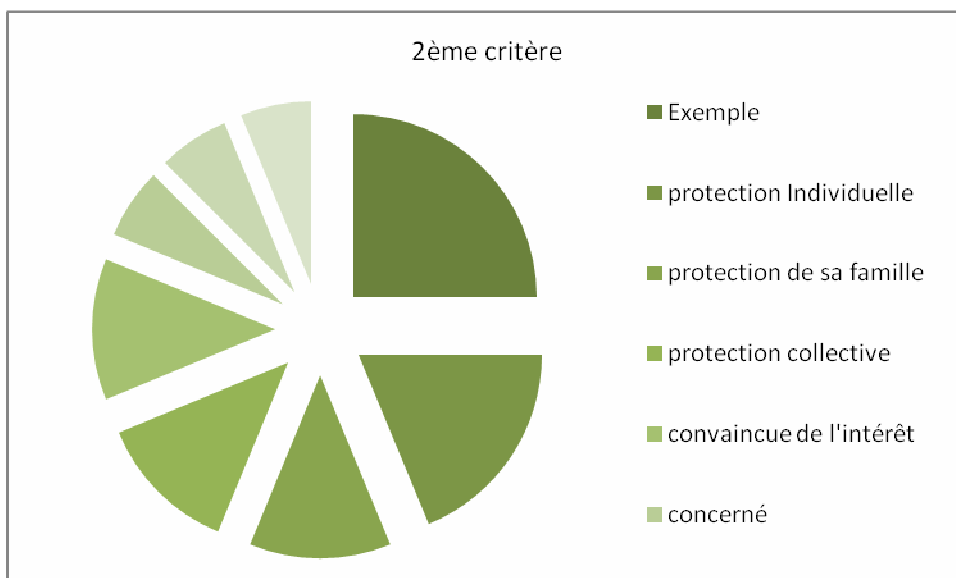
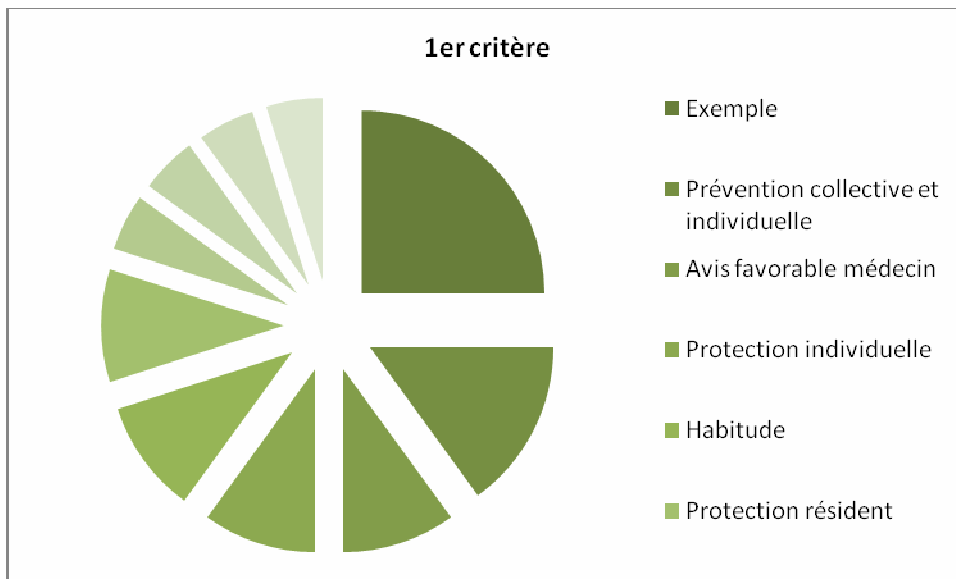


3.d Motifs d'acceptation de la vaccination (questions 2 et 3)

Grippe saisonnière



Grippe A H1N1



3.e Sources d'information en fonction des CSP (question 4)

Cadres ou assimilés							
Source 1	nb	%	Source 2	nb	%	Source 3	nb %
Sources officielles (autorités sanitaires et site gouvernemental)	26	65,0%	Presse et information spécialisée	6	21,4%	Corps médical	5 27,8%
médias hors TV	8	20,0%	Sources officielles (autorités sanitaires et site gouvernemental)	6	21,4%	TV	3 16,7%
Presse spécialisée	3	7,5%	Médias hors TV	5	17,9%	Réseau professionnel spécialisé	3 16,7%
connaissances personnelles	1	2,5%	recherche internet	4	14,3%	Entourage personnel et professionnel	3 16,7%
TV	1	2,5%	Corps médical	4	14,3%	Sources officielles (autorités sanitaires - site ministériel)	2 11,1%
NSP	1	2,5%	information en interne	2	7,1%	Média hors TV	2 11,1%
			TV	1	3,6%		
TOTAL	40	100%		28	100%		18 100%

Non-cadre							
Source 1	nb	%	Source 2	nb	%	Source 3	nb %
TV	17	40,5%	Entourage personnel et professionnel	14	40,0%	Entourage personnel et professionnel	10 40,0%
Médias hors TV	13	31,0%	Information en interne	7	20,0%	Information en interne	9 36,0%
Information en interne	7	16,7%	Médias hors TV	5	14,3%	Corps médical	2 8,0%
Internet	3	7,1%	Corps médical	4	11,4%	Médias hors TV	2 8,0%
Corps médical	2	4,8%	Presse spécialisée	2	5,7%	TV	2 8,0%
			Formation professionnelle individuelle	2	5,7%		
			internet	1	2,9%		
TOTAL	42	100%		35	100%		25 100%

3.f Avis du médecin traitant (question 5)

Avez-vous demandé conseil à votre médecin traitant concernant votre vaccination ?

OUI	44	53,66%
NON	34	41,46%
NSP	4	4,88%
TOTAL	82	100%

Si oui, avez-vous suivi ce conseil ?

OUI	35	80%
NON	9	20%
TOTAL	44	100%

3.g Encouragement à la vaccination (question 8)

Avez-vous été encouragé à vous faire vacciner ?

OUI	42	52%
NON	39	48%
TOTAL	81	100%

Si oui, par qui ?

Par l'établissement	31	65,96%
Médecin traitant	5	10,64%
Entourage personnel et professionnel	4	8,51%
Médecin du travail	4	8,51%
Sources officielles - autorités sanitaires	2	4,26%
comme le reste de la population	1	2,13%
TOTAL	47	100%

3.h Impact de l'environnement professionnel (question 9)

OUI	29	35,37%
NON	53	64,63%
Total	82	100%

3.i Sensibilisation d'autrui à la vaccination (question 10)

Avez-vous sensibilisé les résidents à se faire vacciner contre la grippe ?

Oui	31	38%
Non	50	61%
NSP	1	1%
Total	82	100%

Si oui, qu'avez-vous fait et quels ont été vos arguments ?

Actions			Arguments		
Entretiens et discussions individuelles auprès des familles et des résidents	10	29%	Santé individuelle et collective	12	34%
Réunion collective auprès des familles et des résidents	6	17%	Obligation morale de moyen envers les résidents	7	20%
Délégation à l'équipe médicale et soignante de l'établissement	6	17%	Comparaison avec la grippe saisonnière et présentation des risques	4	11%
Réunion collective auprès du personnel	5	14%	Rassurer sur le produit	3	9%
Affichage institutionnel et notes de services	5	14%	gratuité du vaccin	1	3%
Courrier aux familles et aux résidents	2	6%	choix individuel	1	3%
Information individuelle du personnel	1	3%	NSP	7	20%
TOTAL	35	100%	TOTAL	35	100%

Ont-ils été efficaces ?

Oui	13	46%
Non	6	21%
NSP	9	32%
Total	28	100%

3. J Tableau synthétique issu des fiches de renseignements

Etablissement	1	2	3	4	5	6	7
Nombre de lits	87	112	62	64	320	156	130
GMP	650	760	750	764	816	675	666
Nombre total de personnels	51	80	33	38	467	125	85
Taux de vaccination							
Grippe saisonnière Personnels	8%	NC	50%	50%	33%	50%	19%
Grippe saisonnière Résidents	92%	90%	90%	99%	93%	100%	91%
H1N1 Personnels	10%	20%	0%	0%	21%	6%	4%
H1N1 Résidents	0%	80%	18%	51%	16%	62%	23%
Nombre de personne vaccinée							
Grippe saisonnière Personnels	4	8	16	19	154	63	16
Grippe saisonnière Résidents	80	100	55	63	297	156	118
H1N1 Personnels	5	16	0	0	98	7	4
H1N1 Résidents	0	90	11	32	51	94	30

Etablissement	8	9	10	11	12	13	14	Total	Moyenne
Nombre de lits	160	66	250	90	48	89	145	1779	127
GMP	617	691	690	802	525	NC	710	9116	701
Nombre total de personnels	87	38	200	67	31	NC	105	1407	108
Taux de vaccination									
Grippe saisonnière Personnels	17%	8%	50%	28%	20%	NC	NC		
Grippe saisonnière Résidents	95%	91%	50%	15%	50%				
H1N1 Personnels	4%	8%	8%	0%	5%	NC	65%		
H1N1 Résidents	0%	48%	15%	8%	26%		22%		
Nombre de personne vaccinée									
Grippe saisonnière Personnels	15	3	100	19	6	NC	NC	423	
Grippe saisonnière Résidents	147	60	125	14	15	NC	NC	1	
								230	
H1N1 Personnels	3	3	16	0	2	NC	95	249	
H1N1 Résidents	0	30	37	7	12	67	23	484	

3.K Taux de vaccination des personnels et résidents (ces taux sont sur la base des 11 établissements ayant des données complètes

	Personnels	Résidents
Taux de vaccination grippe saisonnière		33,96
		78,85
Taux de vaccination H1N1	11,3	21,21