



HAL
open science

Représentations des patients vis-à-vis de la vaccination antigrippale lors de la campagne 2020-2021 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie

Marie Leplain

► **To cite this version:**

Marie Leplain. Représentations des patients vis-à-vis de la vaccination antigrippale lors de la campagne 2020-2021 : étude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie. *Maladies infectieuses*. 2021. dumas-03522974

HAL Id: dumas-03522974

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03522974v1>

Submitted on 12 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2021 Thèse n° 2021 - 222

**REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LA
VACCINATION ANTIGRIPPALE
LORS DE LA CAMPAGNE 2020-2021**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Spécialité Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2021 par

Mademoiselle Marie LEPLAIN

Née le 20 Octobre 1993 à Amiens (80)

Président de jury : Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS
Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN
Madame le Professeur Amélie SELLIER PETITPREZ

Directeur de thèse : Madame le Professeur Amélie SELLIER PETITPREZ

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Vincent JOUNIEAUX
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pneumologie)
Chef du Service de Pneumologie, Pôle « Cœur - Thorax – Vaisseaux »
Responsable du Service de Soins continus respiratoires, Pôle « Anesthésie – Réanimation »

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail.

Merci également d'avoir spontanément accepté de présider cette thèse.

Et merci pour votre accueil.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Marc CONSTANS
Responsable du centre d'activité de Neuroradiologie
Coresponsable de l'équipe Universitaire CHIMERE
Coordonnateur du DES d'Imagerie Médicale
Responsable Médical et de la recherche clinique sur l'IRM de recherche du GIE Faire Faces
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Radiologie et Imagerie médicale)
Pôle « Imagerie »

Je souhaite vous exprimer ma gratitude pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Bactériologie, virologie-hygiène hospitalière)
Laboratoire de Virologie
Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Je vous remercie de l'enthousiasme que vous avez manifesté à juger ce travail.

Je vous adresse pour cela mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ
Professeur Associé du Département de Médecine Générale

*Merci d'avoir spontanément accepté d'être ma directrice de thèse il y a maintenant plusieurs années, cela bien avant l'internat ! Merci de l'intérêt que tu as porté au sujet de mon travail.
Et merci d'avoir été ma MSU à plusieurs reprises et de m'avoir donné goût à la médecine générale.*

Je remercie ma famille, mes amis, mes proches pour leur soutien de tous les instants.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	11
I) INTRODUCTION	12
1. Le virus grippal	12
1.1 Découverte du virus	12
1.2 Virologie	12
1.3 Transmission	15
1.4 Epidémiologie	15
1.5 Diagnostic	16
1.6 Prise en charge et traitement	18
1.7 Prévention	18
2. La vaccination antigrippale	19
2.1 Historique	19
2.2 Composition du vaccin	20
2.3 Population cible	20
2.4 Parcours vaccinal	21
2.5 Couverture vaccinale	22
3. Justification de l'étude	23
II) MATÉRIELS ET MÉTHODES	25
1. Choix de la méthode	25
2. Sélection de l'échantillon des participants et mode de recrutement	25
2.1 Critères d'inclusion et de non-inclusion	25
2.2 Mode de recrutement	26
3. Préparation des entretiens	26
4. Déroulement des entretiens	27
5. Traitement des données	27
5.1 Retranscription des entretiens	27
5.2 Analyse des entretiens	27
III) RÉSULTATS	29
1. La population étudiée	29
2. Analyse des données	31
2.1 Connaissances vis-à-vis de la grippe et du vaccin antigrippal	31
2.2 La justification de l'absence de vaccination antigrippale auparavant	31
2.3 Les motivations au changement d'habitude vaccinale antigrippale lors de la campagne 2020-2021	34
2.4 Le rôle des professionnels de santé	38
2.5 Le rôle éventuel des médias	40
2.6 La réitération ou non de la vaccination antigrippale à l'avenir	41

IV) DISCUSSION	43
<hr/>	
1. Les forces de l'étude	43
1.1 <i>Le choix de la méthode</i>	43
1.2 <i>La validité du travail</i>	43
1.3 <i>L'originalité du sujet</i>	44
1.4 <i>L'évolutivité du questionnaire d'entretien</i>	44
1.5 <i>Le délai entre la vaccination et les entretiens</i>	44
2. Les limites de l'étude	44
2.1 <i>Limites liées à la recherche qualitative</i>	44
2.2 <i>Eventuel biais de subjectivité</i>	46
2.3 <i>Le recrutement</i>	46
3. Discussion des résultats	46
3.1 <i>Les freins à la vaccination antigrippale</i>	46
3.2 <i>Les motivations au changement d'habitude vaccinale antigrippale lors de la saison 2020-2021</i>	49
3.3 <i>Le rôle des professionnels de santé</i>	54
3.4 <i>Le rôle des médias</i>	55
3.5 <i>Le maintien de cette nouvelle habitude vaccinale à l'avenir</i>	56
V) CONCLUSION	58
<hr/>	
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	60
<hr/>	
ANNEXES	64
<hr/>	
Annexe 1 : Guide d'entretien	64
RÉSUMÉ	65
<hr/>	

ABREVIATIONS

ARN :	Acide ribonucléique
HAS :	Haute Autorité de Santé
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
Protéines HA :	Hémagglutinines de surface
Protéine NA :	Neuraminidase
SDRA :	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
TROD :	Test rapide d'orientation diagnostique

I) INTRODUCTION

1. Le virus grippal

1.1 Découverte du virus

Dès 1920, le scientifique Richard E. Shope, qui a étudié la grippe porcine, soupçonnait que la cause de cette maladie pouvait être un virus [1]. En 1933, inspirés par les travaux de Richard Shope, des scientifiques – Wilson Smith, Christopher Andrewes et Patrick Laidlaw – qui travaillaient alors à l’Institut National de Recherches Médicales de Londres, ont isolé pour la première fois le virus responsable de la grippe A humaine [2]. Thomas Francis Jr. a isolé le virus de la grippe B en 1936 [3].

1.2 Virologie

Classification

Les virus responsables de la grippe humaine sont des virus respiratoires de la famille des *Orthomyxoviridae*, et du genre *Influenzavirus* [4]. Il existe trois principaux types de virus grippaux capables d’infecter l’Homme : le type A – qui est majoritaire –, le type B et le type C. Les virus grippaux de type D touchent principalement les bovins, cependant de rares cas d’infections humaines ont été décrits [5].

Les virus influenza de type A se classent en sous-types notés HxNy en fonction de leurs protéines de surface : l’hémagglutinine (protéine HA) et la neuraminidase (protéine NA) [6].

Les virus de type B sont divisés en lignages – au nombre de deux – en fonction de leurs protéines de surface HA et NA [7].

L’hémagglutinine permet au virus de se fixer à la surface des cellules épithéliales respiratoires. La neuraminidase est responsable de la libération des virions (nom donné à la forme infectieuse et extracellulaire du virus) de la cellule hôte après leur création, permettant d’infecter de nouvelles cellules [8].

Chez l'Homme

Chez l'Homme, les virus de la grippe responsables des épidémies saisonnières appartiennent aux types A et B alors que le type C provoque des formes bénignes. Seuls les virus de type A ont un potentiel pandémique [9].

De nombreux sous-types génétiquement distincts – 18 pour HA et 11 pour NA – [5] ont été trouvés dans les virus de la grippe A en circulation, mais seulement 3 HA (H1, H2 et H3) et 2 NA (N1 et N2) ont provoqué des épidémies au sein de l'espèce humaine [10].

Les virus de type A actuels sont divisés en deux sous-types : A(H1N1)pdm09 et A(H3N2), et les virus de type B sont divisés en deux lignages : B/Yamagata et B/Victoria. Tous les quatre circulent actuellement dans le monde [11].

Mutations

Les protéines de surface HA et NA sont des antigènes : elles sont reconnues par le système immunitaire et sont capables de déclencher une réponse immunitaire innée, une réponse immunitaire spécifique ainsi qu'une mémoire immunitaire [12].

La particularité des virus grippaux est leur évolution génétique constante. D'une part ils subissent des mutations lors de chaque cycle de multiplication du virus – entraînant leur transformation au fur et à mesure des infections – d'autre part il peut exister des échanges de segments génomiques lors d'une co-infection par deux virus différents.

Cette évolution génétique conduit à deux phénomènes :

1) Le phénomène de glissement (nommé « drift ») qui concerne les virus de type A et de type B [13]. Les petits changements qui se produisent lors du glissement antigénique sont dus au caractère peu fidèle de l'enzyme acide ribonucléique (ARN) polymérase [14]. Ces changements produisent habituellement des virus possédant des propriétés antigéniques similaires, offrant une protection immunitaire croisée [12]. Ce phénomène correspond à l'apparition de variants antigéniques lors des épidémies saisonnières, et explique pourquoi nous pouvons contracter chaque année une nouvelle grippe [11].

2) Le phénomène de cassure (nommé « shift ») qui ne concerne que les virus de type A [13]. Le saut antigénique ou cassure antigénique est un changement brusque et majeur dans un virus du type A qui peut entraîner un nouveau sous-type de grippe A chez l'Homme, par création de nouvelles protéines HA et/ou NA. Le saut antigénique correspond à l'apparition de nouveaux virus vis-à-vis desquels la population est sensible mais immunologiquement naïve et qui peuvent être à l'origine de pandémies grippales. Il s'agit d'un phénomène beaucoup moins fréquent que le phénomène de glissement antigénique [12].

Périodicité

Dans le monde, les épidémies de grippe se produisent principalement en hiver dans les hémisphères nord et sud. Les températures froides favorisent la survie des virus grippaux ce qui explique, en partie, pourquoi les épidémies surviennent en hiver dans les climats tempérés. [15]. A l'inverse, dans les régions situées autour de l'équateur, les infections peuvent survenir à tout moment de l'année [16], elles ne provoquent pas toujours d'épidémies [15].

Plus spécifiquement, en France métropolitaine, l'épidémie survient chaque année, généralement entre les mois de novembre et avril, avec un démarrage le plus souvent fin décembre ou début janvier. Elle dure en moyenne 10 semaines [17].

Historique des pandémies

Au cours des 100 dernières années, il y a eu quatre pandémies grippales :

- 1) En 1918 : la « grippe espagnole » due au virus A(H1N1), dont la létalité était sans précédent dans les temps modernes [10]. Les estimations disponibles sur le site de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) indiquent que 20 à 50 millions de personnes en seraient décédées.
- 2) En 1957 : la « grippe asiatique » due au virus A(H2N2). Qui a causé de 1 à 4 millions de décès.
- 3) En 1968 : la « grippe de Hong-Kong » due au virus A(H3N2). Ayant également causé de 1 à 4 millions de décès [18].

- 4) En 2009 : la « grippe A(H1N1) due à un nouveau virus A(H1N1)pdm09 qui résultait d'une combinaison de différents virus grippaux d'origine aviaire, porcine et humaine [19]. L'OMS estime entre 100 000 et 400 000 le nombre de décès.

1.3 Transmission

La grippe saisonnière est une affection virale aiguë ayant un tropisme particulier pour les voies respiratoires [20]. Elle se propage facilement, sa transmission est strictement interhumaine, par deux voies possibles : directe ou indirecte. Par voie directe on entend « par voie aérienne », ce qui signifie que lorsqu'une personne infectée tousse, éternue ou parle, les gouttelettes alors projetées et contenant des virions sont inspirées par les personnes se trouvant à proximité immédiate, il s'agit du mode de transmission majoritaire [6]. La deuxième voie de transmission possible est dite indirecte ou « manuportée », en effet, le virus peut se propager par les mains et par le biais d'objets contaminés [20]. Les virus grippaux peuvent survivre quelques minutes sur la peau, quelques heures dans les sécrétions respiratoires séchées (sur les mouchoirs, vêtements...) et jusqu'à plusieurs jours sur des surfaces inertes [17].

1.4 Epidémiologie

Les épidémies de grippe saisonnière sont annuelles [15]. Dans l'hémisphère nord le pic épidémique survient en général en janvier. Le taux d'attaque est de 2 à 10 % par an [7] et on estime entre 2 et 6 millions le nombre de patients atteints de grippe en France chaque année [17]. Elle cause entre 9 000 et 15 000 décès par an, plus de 90 % d'entre eux survenant chez les personnes âgées de plus de 65 ans [11].

Les services de réanimation participent à la surveillance des formes de grippe sévère, la moyenne annuelle de cas graves signalés sur la période 2014-2019 était d'environ 1 600, avec une létalité de 18%. De son côté, la létalité de la grippe maligne atteint 30% [7]. Les hospitalisations et les décès surviennent principalement dans les groupes à haut risque.

Parmi les cas graves de grippe admis en réanimation de 2011 à 2017, 24% en moyenne étaient vaccinés contre la grippe. La couverture vaccinale moyenne était de 19% chez les moins de 65

ans présentant au moins un facteur de risque de complications liées à la grippe, de 32% chez les 65-74 ans et de 42% chez les 75 ans et plus [21].

Au niveau mondial, les épidémies annuelles sont responsables d'environ 5 millions de cas de maladies graves, et 290 000 à 650 000 décès [20].

1.5 Diagnostic

Diagnostic clinique

La grippe saisonnière se caractérise par l'apparition brutale d'une forte fièvre, d'une toux, de céphalées, de douleurs musculaires et articulaires, d'une asthénie, de maux de gorge et d'écoulement nasal. La toux peut être résiduelle plusieurs semaines [20]. C'est l'interrogatoire du patient et les signes fonctionnels qu'il rapporte, contrastant avec un examen clinique souvent pauvre, qui permettent au clinicien d'évoquer le diagnostic. Cependant, de nombreux virus autres que ceux de la grippe occasionnent un tableau clinique similaire rendant le diagnostic clinique de la grippe difficile [13].

Complications

Les terrains à risque de complications et d'hospitalisation sont les suivants : les nourrissons de moins de six mois, les personnes âgées, les patients atteints de pathologies chroniques à risque de décompensation (cardiaque, respiratoire, rénale, diabétique...), les femmes enceintes, les sujets atteints d'obésité de grade III (indice de masse corporelle ≥ 40 kg/m²), les patients immunodéprimés [13].

Il existe des complications dues au virus lui-même :

- Il faut particulièrement se méfier de la « grippe maligne primaire » qui est un tableau rare mais grave, de pneumopathie alvéolointerstitielle hypoxémiant évoluant rapidement vers un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), emmenant le patient en réanimation. Il s'agit d'une complication habituellement secondaire à un virus virulent chez un patient naïf immunologiquement ou fragile ou immunodéprimé.

- La grippe saisonnière peut faciliter la décompensation de pathologies préexistantes nécessitant une surveillance rapprochée et une prise en charge du patient en hospitalisation.
- A noter que la grippe peut être responsable également de manifestations extra respiratoires comme des myocardites et péricardites, des encéphalites, des troubles digestifs à type de diarrhée pouvant entraîner une déshydratation notamment chez les sujets fragiles. Chez l'enfant nous mentionnerons le syndrome de Reye, il s'agit d'une encéphalite aigue associée à une hépatite aigue fulminante secondaire à une grippe traitée par aspirine, entité rare mais dramatique par sa mortalité de l'ordre de 50% [6].

Concernant les complications secondaires bactériennes nous listerons : les otites moyennes aiguës, les sinusites aiguës concernant la sphère ORL et les pneumopathies aiguës concernant la sphère pulmonaire.

Diagnostic paraclinique

Le diagnostic paraclinique de la grippe est possible via les test rapides d'orientation diagnostique (TROD) de la grippe. Ce sont des tests réalisés à l'aide d'un écouvillonnage profond nasopharyngé.

Ces tests sont recommandés en période épidémique dans les indications suivantes :

- En collectivités : notamment chez les personnes âgées
- En établissements de santé

Les différents TROD disponibles sur le marché sont évalués par le Centre National de Référence de la grippe. Cependant, du fait de leur faible sensibilité, ces tests ne présentent pas d'intérêt en dehors des indications suscitées (et notamment en médecine de ville), un TROD négatif ne signifie pas absence de grippe [22].

1.6 Prise en charge et traitement

La prise en charge de la grippe associe : le repos, la réhydratation, le traitement des symptômes (fièvre, douleur, toux) [23].

Il existe des antiviraux dirigés contre la grippe pour diminuer la durée et l'intensité des symptômes, leur but est d'éviter les formes sévères d'infection et les décès, dans l'idéal ils doivent être administrés dès le début de la maladie, c'est-à-dire dans les 48 heures suivant l'apparition des symptômes. Il existe 2 classes d'antiviraux :

- Les inhibiteurs de la neuraminidase grippale – l'oséltamivir et le zanamivir en France – sont actifs sur les virus influenza de type A et de type B
- Les adamantanes, inhibiteurs de la protéine M2 – amantadine et rimantadine – ne sont pas actifs contre les virus de type B et les virus influenza A saisonniers sont résistants du fait de mutations de la protéine M2 [15]

La prescription d'un traitement antiviral à tous les patients suspects de grippe n'est pas systématique. Le traitement antiviral curatif est recommandé dans les cas suivants :

- Les personnes à risque de complications ciblées par la vaccination quelle que soit la sévérité clinique, y compris les femmes enceintes
- Une forme clinique grave d'emblée ou compliquée
- Les personnes hospitalisées pour grippe [21]

Le traitement est de 5 jours chez les patients immunocompétents, et de 10 jours chez les patients immunodéprimés [24].

1.7 Prévention

Les mesures d'hygiène

Les mesures d'hygiène ont pour objectif de limiter la transmission de personne à personne.

Concernant le malade, dès le début des symptômes, il lui est recommandé de :

- Limiter les contacts avec d'autres personnes
- Mettre un masque jetable lors de contacts

- Tousser ou éternuer dans le pli du coude ou dans un mouchoir en papier (à usage unique)
- Se laver les mains régulièrement à l'eau et au savon ou avec une solution hydroalcoolique

Concernant l'entourage du malade, il est recommandé de :

- Éviter les contacts rapprochés avec les personnes malades
- Se laver les mains à l'eau et au savon après contact avec le malade ou le matériel utilisé par le malade
- Nettoyer les objets couramment utilisés par le malade : les virus grippaux peuvent être inactivés par des produits désinfectants tels que l'éthanol à 70°, l'hypochlorite de sodium (eau de Javel), le glutaraldéhyde à 2 % ou encore le formaldéhyde [7].

Les personnes atteintes de la grippe devraient donc s'isoler et adopter des mesures d'hygiène pour limiter la transmission via les gouttelettes.

La vaccination

Il existe un vaccin dirigé contre les virus grippaux, celui-ci constitue le moyen le plus efficace de se prémunir de la maladie ou d'une issue grave. Chez les adultes en bonne santé, le vaccin antigrippal induit une protection satisfaisante. Parmi les personnes âgées, en revanche, le vaccin antigrippal peut être moins efficace pour prévenir la maladie, mais réduit sa gravité, les complications et les décès.

2. La vaccination antigrippale

2.1 Historique

En 1940 Thomas Francis Jr. et Jonas Salk, ont mis au point le premier vaccin inactivé contre la grippe humaine. Ce vaccin ne contenait qu'un virus de la grippe A inactivé. Le premier vaccin bivalent offrant une protection contre les virus de type A et de type B fut produit en 1942, il obtient sa première autorisation de mise sur le marché en 1945 [25].

2.2 Composition du vaccin

La vaccination contre la grippe est efficace lorsque les virus vaccinaux correspondent bien aux virus en circulation. Le glissement antigénique est la principale raison pour laquelle un individu peut attraper la grippe plus d'une fois dans sa vie, et c'est aussi la raison pour laquelle la composition du vaccin contre la grippe doit être mise à jour chaque année [12]. La composition des vaccins grippaux est actualisée deux fois par an, une fois en février pour la détermination du vaccin antigrippal pour l'hémisphère nord et une fois en septembre pour la détermination de la composition vaccinale pour l'hémisphère sud [20].

Les vaccins grippaux utilisés en France sont des vaccins inactivés ne contenant pas d'adjuvant – il s'agit de virus entiers qui ont été tués par la chaleur ou des traitements chimiques, ces vaccins ne présentent donc aucun risque infectieux. Depuis la saison 2018-2019 les vaccins sont quadrivalents, c'est à dire qu'ils contiennent 2 souches A et 2 souches B [20].

A noter qu'il existe un vaccin grippal vivant atténué administré par voie intranasale. Ce vaccin n'est pas commercialisé en France, mais il est proposé dans d'autres pays comme au Royaume-Uni. Il a été utilisé en France au cours de la saison 2020-2021 pour faire face à la forte demande en vaccins contre la grippe saisonnière sur cette période. Les doses mises à disposition provenaient du stock constitué par l'État [26].

2.3 Population cible

L'objectif est d'approcher les 75% de couverture vaccinale tel que préconisé par l'OMS chez les personnes à risque de complications ciblées par les recommandations :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus
- Les femmes enceintes, quel que soit le trimestre de la grossesse
- Les personnes, y compris les enfants à partir de l'âge de 6 mois, atteintes de certaines pathologies chroniques (diabète, pathologies respiratoires, pathologies cardiovasculaires, pathologies neurologiques, déficit immunitaire)
- Les personnes obèses avec un indice de masse corporelle ≥ 40 Kg/m²
- Les personnes séjournant dans un établissement de soins de suite ou dans un établissement médico-social d'hébergement quel que soit leur âge

- L'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave (prématurés, enfants atteints de cardiopathie congénitale, de déficit immunitaire, de pathologie pulmonaire, neurologique ou neuromusculaire ou d'une affection de longue durée)
- L'entourage familial des personnes immunodéprimées [27]

En milieu professionnel, la vaccination antigrippale est également recommandée pour les populations suivantes :

- Les agents de santé
- Les personnes en contact avec les personnes à risque de grippe sévère (tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque)
- Le personnel navigant des bateaux de croisière et des avions et le personnel de l'industrie des voyages accompagnant les groupes de voyageurs (guides)
- Le vaccin antigrippal présente également un bénéfice pour toutes les personnes désirant éviter la gêne personnelle ou professionnelle occasionnée par la grippe [17].

2.4 Parcours vaccinal

La vaccination, qui comprend une injection unique, doit être réalisée avant le début de la saison grippale du fait qu'il faut environ deux semaines pour que l'immunité s'instaure, celle-ci est durable 6 à 9 mois. L'efficacité du vaccin dépend de l'âge, de l'état immunitaire du sujet vacciné et du degré de similitude entre les souches vaccinales et les virus en circulation [13].

Tous les ans, la majorité des personnes ciblées par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) reçoit un bon de prise en charge du vaccin.

Pour celles qui ne peuvent être repérées dans les bases de l'Assurance Maladie (personnes obèses avec un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 40, femmes enceintes, entourage familial des personnes immunodéprimées ou des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave), ou les personnes éligibles n'ayant pas reçu de bon de prise en charge, celui-ci peut être délivré par leur médecin, sage-femme, et, pour les personnes majeures, par leur infirmier ou pharmacien – un bon vierge est disponible sur le site internet AmeliPro. Ce bon permet de retirer gratuitement le vaccin en pharmacie [28].

L'ensemble des professionnels de santé libéraux reçoit également un bon de prise en charge.

Pour les professionnels de santé exerçant à l'hôpital ou en EHPAD, la vaccination est directement organisée par les établissements, à la charge de ces derniers.

Le vaccin n'est pas pris en charge à 100% pour les personnes non ciblées par les recommandations vaccinales [22] [29].

2.5 Couverture vaccinale

L'objectif fixé par l'OMS est de vacciner 75 % des personnes à risque de complications et notamment les personnes de 65 ans et plus pour éviter un nombre important de passages aux urgences et d'hospitalisations, ainsi que de nombreux décès [30].

A l'échelle nationale

Dans les populations cibles, le pourcentage de patients vaccinés contre le virus grippal en France n'était que de 47,8 % lors de la saison 2019-2020. La moyenne lors des saisons 2016-2017 à 2019-2020 était de 46,5 % [31].

Plus spécifiquement, selon une étude de Santé publique France publiée en 2019, le taux de couverture vaccinale des professionnels de santé est très insuffisant, il est estimé à 35 % [22].

A l'échelle régionale

Dans la région Hauts-de-France la couverture vaccinale dans les populations cibles lors des saisons 2016-2017 à 2019-2020 oscillait entre 47,8 % et 48,9 %.

A l'échelle départementale

Malgré l'accès facilité à la vaccination avec notamment l'ouverture nationale de la vaccination antigrippale en officine pour la saison 2019-2020, il n'y avait pas eu d'amélioration de la couverture vaccinale dans la Somme ces dernières années : 50,39 % pour la saison 2019-2020 contre 50,49 % pour la saison 2018-2019.

Lors de la saison 2020-2021

Cet hiver la couverture vaccinale des populations cibles dans la Somme a bondi pour atteindre 60,60 %. Soit une augmentation de 10 points de pourcentage par rapport à la saison précédente. La couverture vaccinale était de 55,8 % au niveau national et de 57,30 % dans la région Hauts-de-France [32].

3. Justification de l'étude

Chaque hiver, 2 à 6 millions de personnes sont touchées par le virus de la grippe. Le moyen le plus efficace de se prémunir de la maladie ou d'une issue grave est la vaccination grâce à des vaccins sûrs et efficaces utilisés depuis plus de 80 ans.

L'objectif fixé par l'Organisation Mondiale de la Santé est de vacciner 75 % des personnes à risque de complications, cependant, le pourcentage de patients à risque vaccinés contre le virus grippal n'était que de 47,8 % au niveau national, plus précisément de 50,39 % dans la Somme pour la saison 2019-2020, avec une tendance stable depuis des années [31].

Dans le contexte de la pandémie Covid-19, la saison 2020-2021 a débuté le 13 octobre 2020 et s'est poursuivie exceptionnellement jusqu'au 28 février 2021 (initialement programmée jusqu'au 31 janvier 2021). Cette campagne vaccinale a été marquée par une très forte mobilisation et une adhésion renforcée des patients dans des proportions supérieures aux années précédentes.

Pour cette campagne vaccinale, l'objectif était d'atteindre 30% de doses de vaccins supplémentaires par rapport à la précédente campagne 2019-2020, soit environ 15,6 millions de doses.

L'État a constitué un stock d'État de plus de 2 millions de doses de vaccins afin de pouvoir les mobiliser en cas de forte demande et de souci d'approvisionnement : la mobilisation des vaccins du stock d'État a eu lieu dès la fin du mois de novembre 2020 soit 6 semaines après le début de la campagne [33].

Selon les chiffres du ministère de la Santé, 10,6 millions de doses de vaccin avaient été délivrées au 17 novembre 2020 – soit 5 semaines après le début de la campagne de vaccination –, dont une majorité dès la première semaine (7,5 millions de doses délivrée au 21 octobre 2020) [33]. En comparaison, 12 millions de doses ont été consommées lors de la précédente campagne 2019-2020.

Les phénomènes de pénurie et d'utilisation précoce du stock d'Etat – qui représente des doses supplémentaires par rapport à la campagne précédente – permettent d'objectiver une mobilisation plus importante pour la vaccination antigrippale lors de la campagne 2020-2021.

Concernant les chiffres : la couverture vaccinale des populations cibles dans la Somme a bondi pour atteindre 60,60 %, soit une augmentation de 10 points de pourcentage par rapport à la saison précédente. La couverture vaccinale nationale était cette année de 55,8 % (+ 8 points de pourcentage) [31].

La situation sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19 pourrait donc apparaître comme un déclencheur de cette mobilisation plus importante pour la vaccination et il est intéressant de comprendre par quels mécanismes et sur quels déterminants cela aurait agi.

Par ce travail de thèse, les motivations des patients pouvant justifier une telle mobilisation lors de la campagne de vaccination 2020-2021 ont été étudiées.

II) MATERIEL ET METHODE

1. Choix de la méthode

Pour répondre à l'objectif de ce travail, la méthode la plus adéquate était de mener une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Cette méthode consiste à recueillir les témoignages oraux des participants, de les enregistrer puis de les transcrire en verbatim anonyme pour permettre par la suite l'analyse de ces données. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de nouvelle donnée émise par les patients interviewés.

2. Sélection de l'échantillon des participants et mode de recrutement

2.1 Critères d'inclusion et de non-inclusion

Afin de répondre à la question posée, les potentiels participants ont été triés selon leurs habitudes vaccinales antigrippales.

Les participants devaient présenter l'un des critères d'inclusion suivant :

- Être vacciné contre la grippe saisonnière lors de la saison 2020-2021, indépendamment des recommandations vaccinales antigrippales.
- Avoir souhaité bénéficier de la vaccination antigrippale lors de la saison 2020-2021, mais n'ayant cependant pas eu accès au vaccin.

Les critères de non-inclusion étaient les suivants :

- Individus mineurs
- Individus ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale dans les 10 dernières années. En effet, cela signifie qu'il s'agit de personnes vaccinées habituellement ou occasionnellement, cela ne permettant pas l'étude d'un changement de comportement.

2.2 Mode de recrutement

L'aide de professionnels de santé – médecins remplaçants, manipulatrice en radiologie, infirmière, préparateur en pharmacie – a été sollicitée pour permettre de recruter les participants. Lorsqu'une personne répondant aux critères d'inclusion et de non-inclusion était identifiée par le professionnel de santé, il lui était proposé oralement de participer à l'étude en lui en expliquant brièvement son intérêt ainsi que les conditions. Si cette personne répondait positivement à la sollicitation, ses coordonnées m'étaient transmises pour permettre d'entrer en contact avec elle, d'obtenir son consentement oral de participer à l'étude, et de convenir d'une date et d'un lieu de rencontre.

Aucune difficulté n'a été rencontrée durant le recrutement, chaque personne sollicitée a accepté de participer à l'étude, et les rencontres ont eu lieu quelques jours après l'obtention du consentement.

3. Préparation des entretiens

Un guide d'entretien incluant 6 axes a été établi. Il permettait de recueillir en particulier :

- Les connaissances du patient vis-à-vis de la grippe
- La ou les raisons pour lesquelles il n'avait jamais bénéficié de la vaccination antigrippale auparavant (ou au minimum dans la décennie précédente)
- La ou les raisons ayant motivé son changement d'habitude vaccinale antigrippale
- Les rôles des professionnels de santé dans sa décision
- Le rôle éventuel des médias
- La réitération ou non de la vaccination antigrippale à l'avenir

Le guide d'entretien est disponible en annexe 1.

4. Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés d'avril 2021 à juillet 2021. Ils se sont déroulés selon les préférences des participants, à leur domicile ou sur leur lieu de travail.

Il leur était précisé l'objectif de l'étude, les modalités d'enregistrement et de traitement des données, ainsi que le caractère anonyme des informations recueillies.

L'ensemble a été enregistré via l'application mobile Dictaphone® disponible sous iOS développé par Apple©. Les enregistrements ne mentionnaient aucune donnée permettant de révéler l'identité du participant.

Il s'agissait d'entretiens utilisant des questions ouvertes, permettant un discours souple. Les participants étaient libres de s'exprimer sur les sujets de leur choix permettant de faire des parallèles et des comparaisons avec notre sujet d'étude, cependant, le guide d'entretien permettait de recentrer la discussion si nécessaire.

5. Traitement des données

5.1 Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, incluant les rires et onomatopées, à partir des enregistrements, au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Afin de garantir l'anonymat dans les verbatims, seule la première lettre du nom a été conservée.

5.2 Analyse des entretiens

Les verbatims ont été analysés via le logiciel NVivo®. Ce logiciel permet le codage des données et le classement de ces dernières dans des « nœuds », c'est-à-dire dans une boîte électronique regroupant les extraits sélectionnés en fonction de leur thème et leur nature. Les nœuds ont été organisés dès le début de l'étude en fonction des 6 axes mentionnés dans le guide d'entretien. Pour chaque nœud il existait des sous-nœuds, créés si besoin au fur et à mesure des entretiens, en fonction des réponses apportées et thèmes abordés par les participants pour chaque axe, et dans lesquels ont été classées les phrases ou parties de phrases qui lui sont en rapport. Une

partie de texte peut contenir plusieurs idées et donc être classée dans plusieurs sous-nœuds différents.

La saturation des données a eu lieu lorsqu'il n'y a plus eu de nécessité de créer de nouveaux sous-nœuds pour permettre de classer les informations recueillies.

Chaque verbatim a été relu une seconde fois.

Le codage des données des deux premiers entretiens a été réalisé par une deuxième personne, dans le but de réaliser une triangulation des données.

III) RESULTATS

1. La population étudiée

Quatorze personnes présentant des profils variés ont été interrogées, parmi lesquelles 6 femmes et 8 hommes. L'âge des participants s'échelonnait de 21 à 79 ans. Les catégories socio-professionnelles étaient variées. Parmi les personnes interrogées, 4 sur 14 recevaient tous les ans une invitation à la vaccination antigrippale de la part de l'Assurance Maladie avec prise en charge à 100% du vaccin. Les caractéristiques de la population étudiée sont présentées dans le « Tableau 1 ».

La saturation des données a eu lieu au douzième entretien, avec réalisation de deux entretiens supplémentaires pour le confirmer.

Les entretiens ont duré entre 5 minutes et 8 secondes et 25 minutes et 35 secondes.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Entretien	Sexe	Age	Profession	Invitation annuelle à la vaccination antigrippale par l'Assurance Maladie
1	Masculin	79 ans	Retraité (agriculture)	Oui
2	Masculin	74 ans	Retraité (agriculture)	Oui
3	Féminin	39 ans	Juriste	Non
4	Masculin	60 ans	Médecin	Non
5	Féminin	49 ans	Agent d'accueil	Non
6	Masculin	59 ans	Manipulateur en radiologie	Oui
7	Féminin	60 ans	Cadre	Non
8	Masculin	49 ans	Ouvrier	Non
9	Féminin	21 ans	Etudiante	Non
10	Masculin	40 ans	Préparateur en pharmacie	Non
11	Masculin	59 ans	Restaurateur	Non
12	Masculin	45 ans	Agent de sécurité et de maintenance en entreprise	Non
13	Féminin	47 ans	Reconversion professionnelle dans l'accompagnement et la réinsertion	Oui
14	Féminin	60 ans	Retraitee (ouvrière)	Non

Les entretiens 1 à 14 sont illustrés par les verbatims en italique dans le texte et identifiés E1 à E14. « I » renvoie à l'interrogateur, « Mme » et « Mr » aux participants.

2. Analyse des données

2.1 Connaissances vis-à-vis de la grippe et du vaccin antigrippal

La première partie de l'entretien s'attardait sur les connaissances que les personnes interrogées détiennent de la grippe.

L'ensemble des participants identifiait la grippe comme un agent infectieux, capable de rendre très malade, et pouvant entraîner le décès dans certaines conditions de fragilité d'un individu.

Mr B = Ah oui ça peut être grave des moments, chez certaines personnes selon comment on est

I = Oui tout à fait. Vous savez jusqu'où ça peut aller la gravité ?

Mr B = Ba ouai, jusqu'à se casser la pipe quoi (rires) » (E1)

« Mr P = Pour moi la grippe c'est un virus, c'est un virus saisonnier, plus ou moins dangereux, en fonction je pense de la population qu'elle touche et dans ma tête c'est un virus vraiment saisonnier, si on arrive à passer la saison on a passé le risque » (E6)

« Mme C = C'est de la fièvre, une bonne fatigue

I = En termes de gravité, vous savez jusqu'où ça peut aller ?

Mme C = Ça peut être fatal non ? » (E14)

2.2 La justification de l'absence de vaccination antigrippale auparavant

L'étude s'intéressait au changement d'habitude vaccinale antigrippale en faveur du vaccin. En conséquence, les participants ont été interrogés dans un premier temps sur les raisons pour lesquelles ils ne bénéficiaient pas du vaccin les années précédentes.

La plupart des personnes ne se sentaient auparavant pas concernées par la vaccination antigrippale. Diverses raisons étaient avancées telles que le fait de ne pas entendre parler de la vaccination lors des campagnes et de ne pas y penser, ou bien le fait de se sentir trop jeune ou en trop bonne santé pour être concerné par cette vaccination.

« Mme C = Ba en fait j'y avais jamais vraiment pensé » (E3)

« Mr R = Alors pour quelles raisons... Déjà je n'estimais pas être dans la cible des personnes fragiles [...] Oui, enfin ma grande première raison c'est que je ne me sentais pas du tout concerné, je suis jeune, j'ai la santé pour moi... » (E10)

« Mr D = Alors moi je m'estimais encore suffisamment jeune pour ne pas le faire ! » (E11)

« Mr D = J'estimais être encore assez jeune pour réussir à combattre, et même si je l'avais je me disais que j'étais assez jeune pour l'avoir mais pas trop fort » (E12)

Beaucoup de personnes avaient une crainte des effets secondaires du vaccin.

« Mr B = Bah certaines personnes ont été malades, ils l'ont fait et ils ont été malades, le vaccin il n'est pas bon » (E1)

« Mr R = Il y avait aussi un peu une réticence par rapport au vaccin... Comme je vais dire ça... Un peu les mêmes réticences que ce qu'on entend pour le COVID. D'une je ne voulais pas les effets indésirables... [...] » (E10)

« Mme C = [...] je me suis faite vacciner il y a 15-20 ans, je me suis dit je vais le faire, au travail tout le monde le faisait, et puis j'ai été malade, j'ai fait une fièvre pas possible, et c'est vrai que de là je me suis dit « plus jamais je me ferai vacciner » » (E14)

Quelques personnes se méfiaient de la composition du vaccin et notamment des excipients

« Mr R = [...] de 2, m'injecter tous les ans une souche différente je n'étais pas pour, et puis il y avait eu des histoires avec la composition, on disait qu'il y avait eu de l'aluminium, qu'il n'y en avait plus... » (E10)

« Mr D = Alors moi je n'y connais pas grand-chose, mais quand on entend les adjuvants tout ça c'est ça qui fait un peu peur... » (E12)

Deux personnes disaient ne pas avoir confiance en les laboratoires.

« Mr P = [...] pour moi le vaccin contre la grippe on est vraiment dans le lobby pharmaceutique » (E6)

« Mme C = Moi je suis anti-vaccins, anti-médicaments (rires)

I = D'accord (rires), c'est une réticence envers les vaccins, les laboratoires, les deux ?

Mme C = Les deux, oui les deux... » (E14)

Deux personnes pensaient que le vaccin était inefficace ou inutile en raison de son changement annuel et des mutations du virus.

« Mme D = Bah le fait qu'on savait qu'au niveau vaccinal le virus mutait tout le temps, en fait chaque année on n'était jamais vaccinés pour le virus de l'année, à la rigueur on générait des anticorps pour le virus de l'année précédente mais rien pour celui de l'année actuelle, donc du coup je me disais aucun intérêt, parce que même si je me protège je ne serais pas protégée contre celui qui va arriver, donc du coup je n'avais pas d'envie particulière à me faire vacciner » (E7)

« Mr R = Et aussi d'un point de vue efficacité, parce qu'on entend d'une année sur l'autre qu'il n'a pas été très efficace... Donc je me suis dit pourquoi me l'injecter... (rires) » (E10)

Une personne utilisait un autre type de protection vis-à-vis du virus grippal.

« Mme M = Je ne me faisais pas vacciner parce que j'étais fort homéopathie, je prenais les petits granulés à la pharmacie » (E5)

2.3 Les motivations au changement d'habitude vaccinale antigrippale lors de la campagne 2020-2021

De nombreuses personnes ont été vaccinées sur leur lieu de travail, cela ayant été une motivation supplémentaire et nécessaire sans laquelle la majorité n'aurait pas bénéficié de la vaccination et n'aurait pas modifié leur habitude lors de cette saison vaccinale.

« Mme C = [...] cette année c'est mes patrons qui proposent tous les ans à tous les employés d'acheter le vaccin et qu'un maximum de personnes se fasse vacciner pour essayer d'avoir le moins d'arrêts possible (rires)

I = (rires) d'accord, mais par contre si vos patrons ne vous l'avaient pas proposé vous pensez que vous l'auriez fait ?

Mme C = Je pense que non, je pense que j'aurais pas eu le réflexe de le faire » (E3)

« Mr B = Après il y a aussi le côté pratique qui est très important, ils sont venus directement dans le service, ça fait 2 ou 3 ans qu'ils font ça, donc c'était beaucoup plus simple, ils sont passés par là, juste là (rires) [...] mais à la limite ça aurait été encore sur rendez-vous je ne sais pas où, loin, peut être que je ne me serais pas fait vacciner... le côté pratique a énormément joué » (E4)

« Mme D = Au travail [...] Là effectivement on a la possibilité de se faire vacciner sur place et ça c'est quand même un plus, parce que faire la démarche d'aller chez le médecin traitant, aller chercher le vaccin puis y retourner, quand on voit les horaires qu'on peut faire c'est pas facilitant... Je pense effectivement que si toutes les sociétés, si toutes les entreprises pouvaient permettre ça je pense que c'est ce qui aiderait à la vaccination des gens. Parce que là ça prend

2 secondes, on n'y a pas pensé c'est sur notre temps de travail, c'est vite fait et en plus ce qui a de bien c'est que ça fait un engouement, c'est du bouche à oreille de proximité. » (E7)

« I = D'accord donc le fait que c'était proposé sur le lieu de travail a joué ?

Mme L = Oui parce que de moi-même je ne sais pas si je serais allée le faire [...] surtout cette année c'était compliqué d'avoir des doses, alors je ne serais pas allée me battre dans les pharmacies pour en avoir. » (E9)

De nombreuses personnes ont évoqué avoir souhaité se faire vacciner pour ne pas risquer d'attraper à la fois la grippe et le Covid-19 dans ce contexte de pandémie.

« Mme L = Non, mais je me suis dit qu'avec le COVID qui traîne au moins je n'attraperai pas les 2, ça ne fera pas un doublon » (E9)

« Mr D = Oui c'est ça, ne pas cumuler les deux ! » (E12)

« Mme Q = Par rapport au COVID [...] pas protégée contre le COVID, mais ça me permettait d'être protégée pour la grippe et ne pas attraper les deux » (E13)

Quelques personnes pensaient que le vaccin antigrippal pourrait également les protéger contre le Covid-19.

« Mme C = Bêtement je me suis dit peut-être qu'en étant protégée contre la grippe ça va peut-être me protéger un peu contre le COVID on ne sait jamais s'il y a des souches communes et tout ça » (E3)

« Mr R = Le COVID ! Je vais pas le cacher, c'est le COVID... Il est arrivé en mars l'an dernier, on a commencé à dire qu'il reviendrait en fin d'année, que le vaccin contre la grippe pouvait plus ou moins protéger, donc je me suis dit « bon s'il y a bien une année où je dois le faire ça sera cette année », parce qu'on ne parlait pas encore du vaccin COVID. » (E10)

« Mr D = Alors cette année c'est particulier comme il y avait la COVID. En ce temps-là on n'avait pas encore de vaccin, on entendait qu'il faudrait peut-être se vacciner contre la grippe comme ça si jamais on avait le COVID on l'aurait peut-être moins fort. » (E12)

Quelques personnes soulignaient le fait de s'être fait vacciner pour protéger leur entourage (stratégie de cocooning).

« Mme M = Une protection supplémentaire, protéger les autres, me protéger... c'était pour protéger les gens au travail, les patients, les collègues et puis ma famille quoi » (E5)

« Mr R = J'ai un copain qui est comme un frère qui a un enfant qui est malade, qui a un cancer, et j'ai voulu en fait, me protéger et la protéger elle, car je suis allé chez eux, j'y suis resté une semaine, je ne voulais pas qu'elle attrape la grippe [...] ne pas être vecteur du virus, pour ne pas le transmettre à la petite qui est toujours collée à moi, voilà. » (E8)

« Mr D = J'ai des parents avec des problèmes de santé donc je me suis dit je vais le faire comme ça, ça les protégera en même temps » (E12)

Quelques personnes ont été incitées à la vaccination par leur entourage familial ce qui a été pour eux un argument supplémentaire et parfois nécessaire à leur changement d'habitude vaccinale antigrippale.

« Mr B = Oui on l'a fait parce qu'une nièce qui travaille à l'hôpital nous a dit de leur faire, c'est pour ça, autrement je ne l'aurais peut-être pas fait (rires) » (E2)

« Mr D = [...] une deuxième personne m'en a parlé : mon épouse qui est infirmière, et qui m'a dit je crois qu'il serait souhaitable que tu fasses le vaccin. » (E11)

Deux personnes ont souhaité se faire vacciner en raison de leur âge.

« Mme D = J'ai eu 60 ans, ça fait un cap, et là on sait qu'à notre âge on a moins de résistance qu'avant, et donc c'était de toute façon une décision logique. Et quand on entend que la grippe tue plus que ce qu'on pensait au départ... Je suis arrivée à un âge où je dois me protéger. » (E7)

« Mr D = Uniquement par rapport à l'âge. On n'est pas à l'abri de se chopper la grippe [...] Même si je m'estime encore relativement jeune, en bonne santé, en pleine forme... Je pense qu'il faut rester dans ces considérations là par rapport à l'âge » (E11)

Quelques personnes ont souhaité avoir recours à la vaccination en raison d'un antécédent personnel de grippe-maladie ou d'un antécédent dans l'entourage, cela les ayant effrayés.

« Mme D = Oui, je l'ai attrapé et c'est ce qui m'a en fait décidé à me faire vacciner, au départ j'étais pas pour, je me suis dit comme il m'a tout le temps quel intérêt en fait, mais quand j'ai eu la grippe, la vraie grippe avec des difficultés respiratoires et tout c'est clair que ma décision a été vite prise, c'est-à-dire que je ne veux plus revivre ça clairement » (E7)

« Mme C = Alors je l'ai fait parce que l'année dernière en début d'année j'ai fait une grippe, euh... ça a duré 1 mois et demi avec la toux etc etc... donc mon médecin m'a dit je vous conseille de faire le vaccin l'année prochaine parce que si ça se reproduit... voilà... » (E14)

Deux personnes mettaient en avant le fait d'avoir une profession les amenant à être en contact avec de nombreuses personnes.

« Mme L = Surtout mon stage parce que cette année j'étais au contact des gens, de beaucoup de monde différent, donc je me suis dit que ça serait plus prudent d'être vaccinée, ne pas l'attraper ni le transmettre. » (E9)

« Mr D = [...] de part mon métier et les gens que je fréquente en nombre il est évident qu'il faut quand même prendre un maximum de précautions quand on prend de l'âge ! » (E11)

Deux personnes déclaraient ne pas avoir été influencées dans leur décision par l'épidémie de Covid-19

« I = Le COVID a joué un rôle dans ce changement d'habitudes ou de toute façon s'il n'y avait pas eu le COVID vous auriez fait le vaccin ?

Mr R = Oui j'aurais quand même fait le vaccin » (E8)

« I = Ok, et là du coup pour vous le COVID n'a pas joué dans votre décision cette année ?

Mme C = Non du tout

I = S'il n'y avait pas eu le COVID vous l'auriez fait quand même parce que vous aviez fait la grippe et parce que votre médecin vous l'avez conseillé ?

Mme C = Oui oui oui » (E14)

2.4 Le rôle des professionnels de santé

De nombreuses personnes n'ont jamais été incitées à la vaccination antigrippale par les professionnels de santé

« I = Votre médecin traitant vous en avait parlé du vaccin contre la grippe ?

Mr B = Non il n'en a jamais parlé, c'est un petit peu ... (rires) ... ça sent la retraite !!! (rires)

Même pour le covid il n'en avait même pas parlé

I = D'accord et concernant le pharmacien, il vous en avait parlé du vaccin contre la grippe ?

Mr B = Non plus, c'est parce qu'il fallait retenir le vaccin, on y a été et ils ont réservé, autrement non... » (E2)

« I = Et est-ce que vous diriez que les médecins ont joué un rôle cette année dans la vaccination contre la grippe, ils vous en ont parlé ?

Mme M = Non mon médecin généraliste n'est pas trop vaccin pour elle perso, donc la grippe elle ne fait pas je ne pense pas, là elle n'a pas eu le choix pour le COVID mais je pense que si c'était pas obligatoire elle ne l'aurait pas fait, elle ne nous a jamais poussé pour les vaccins

I = et le pharmacien en parle un peu quand il délivre des médicaments ?

Mme M = Non, du vaccin contre la grippe non, j'y vais pour l'homéopathie antigrippale ils me disent oui il n'y a pas de souci je vous donne ça » (E5)

« I = Votre médecin vous en avait parlé du vaccin les années précédentes ?

Mr R = Non du tout

I = Donc vous ne voyez jamais de pharmacien ?

Mr R = Non, sauf ma fille qui est pharmacienne

I = Ha d'accord ! Et elle vous en avait parlé du vaccin ?

Mr R = Du tout (rires) » (E8)

« I = D'accord, est-ce qu'il y avait des pharmaciens, des médecins qui vous en avaient parlé du vaccin contre la grippe ? Vous aviez été incités à le faire ?

Mme L = Non, personne ne me l'avait proposé » (E9)

Quelques personnes déclaraient que la vaccination antigrippale leur avait été recommandée par un professionnel de santé, majoritairement le médecin traitant mais également infirmier ou pharmacien.

« Mr D = [...] donc voilà il y a quand même 2 personnes : 1 médecin et 1 infirmière qui m'ont conseillé de le faire. Donc je me suis fait vacciner pour la toute première fois en début d'année, tout début janvier. C'est ma pharmacienne qui me l'a fait. » (E11)

« I = Et vous me disiez que votre médecin traitant vous l'a recommandé cette année ?

Mme Q = Ça fait des années qu'elle me parle du vaccin contre la grippe mais ça ne m'intéressait pas » (E13)

« Mme C = [...] donc mon médecin m'a dit je vous conseille de faire le vaccin l'année prochaine parce que si ça se reproduit... voilà... » (E14)

2.5 Le rôle éventuel des médias

Parmi les 14 personnes interrogées, 1 seule rapportait le rôle positif des médias dans sa décision, cependant, il s'agissait plutôt d'une ambiance médiatique en rapport avec la pandémie de Covid-19, qu'une incitation par les médias à la vaccination antigrippale.

« Oui voilà, le stress, l'ambiance médiatique, tout le monde attendait ce fameux vaccin avec la course à la fabrication du vaccin, je me suis dit « purée mais là, on a la grippe, on va commencer déjà par la grippe », voilà mon raisonnement. Alors après j'avoue que j'aurais peut-être pu y réfléchir avant mais voilà... » (E9)

Le reste des participants déclarait que les médias n'avaient joué aucun rôle dans leur décision

« Mme C = Non j'ai pas eu l'impression que c'était plus que d'habitude, et souvent c'est vrai que quand ils en parlent ils disent « personnes de plus de 65 ans, personnes prioritaires » tout ça donc du coup c'est vrai que j'ai jamais prêté plus attention que ça » (E3)

« I = Ok. Est-ce que les médias ont joué ?

Mme D = Je dirais que pour le COVID oui, pour la grippe non. Peut-être que la communication est mal faite... On voit la grippe comme la gastro... Je pense que les médias ont un rôle à jouer mais qu'ils n'y sont pas, je pense qu'au niveau de la communication il y a quelque chose à améliorer » (E7)

« I = Une dernière question par rapport aux médias : l'ambiance médiatique vaccinale vous a influencé ?

Mr R = Oh non les médias pas du tout » (E10)

2.6 La répétition ou non de la vaccination antigrippale à l'avenir

La majorité des participants déclarait souhaiter poursuivre cette nouvelle habitude vaccinale au long cours

« Mme C = Vu que je l'ai fait et que ça ne m'a fait aucun effet secondaire et tout ça, bah maintenant je pense que je le ferai tous les ans » (E3)

« Mr B = Oh bah oui aucun problème !! Alors là oui on recommence !

[...] I = Peu importe le contexte ?

Mr B = Peu importe ça sera systématique, de toute façon des vaccins on va en avoir quelques-uns maintenant... (rires) donc ça sera systématique... » (E4)

« Mr P = Donc voilà, l'année prochaine je suis ok pareil pour la grippe, je suis reparti, je suis converti [...] J'ai même dit que serait sympa s'ils faisaient le grippe/COVID, comme ils font le DTP, on serait tellement plus tranquilles, voilà. » (E6)

« Mme D = Il n'y a pas à réfléchir c'est oui automatiquement, ça c'est clair [...] C'est une bêtise d'associer la grippe uniquement aux personnes âgées... Ça touche tous les âges mais on ne s'en rend pas compte. En tout cas pour nous ça va devenir une habitude de vie. » (E7)

« Mr R = Oui je vais continuer, dès que ce sera proposé par l'entreprise je le ferai, et même si c'est pas proposé je le ferai [...] chaque année je vais le faire, je sais que ça dure » (E8)

Quelques personnes étaient indécises dans le fait de répéter ou non la vaccination antigrippale. Une raison avancée était l'absence de circulation de la grippe lors de la saison 2020-2021, d'autres participants n'avaient pas d'argument pour étayer cette indécision.

« Mr B = Oh je le referai peut-être ! Selon comment ça va se passer... mais cette année il n'y a personne qui l'a eu » (E1)

« Mr B = Je le referrai peut être quand même, je n'ai pas été malade ! » (E2)

« Mme M = Mais par contre l'année prochaine je ne sais pas si je me referai vacciner, je sais pas pour l'instant, ou si je reprends l'homéopathie je ne sais pas du tout. » (E5)

Une personne déclarait qu'elle ne renouvelera pas la vaccination à l'avenir

« Mr D = S'il faut qu'on se réinjecte autre chose l'année prochaine, un variant COVID, je ferai celui-là mais plus la grippe, parce que j'essaie de faire celui qui est le plus majoritaire, je ne vais pas m'amuser à faire celui contre la grippe, contre le COVID... » (E12)

IV) DISCUSSION

1. Les forces de l'étude

1.1 Le choix de la méthode

Pour la réalisation de cette étude, la méthode qualitative était la plus adaptée. Elle permet en effet d'explorer le ressenti des participants et d'avoir accès à des critères subjectifs, tels que leurs connaissances sur le sujet, leurs sentiments, leurs expériences personnelles, ainsi que les mécanismes et les causes de leur changement d'habitude.

Ce type d'étude permet d'obtenir un discours riche et ne limite pas les participants à répondre selon les catégories préétablies et rigides d'un questionnaire quantitatif.

La réalisation d'entretiens semi dirigés, suivant un guide d'entretien contenant des questions ouvertes, a permis de donner un cadre flexible aux interviews. Les participants étaient libres de s'exprimer sur les sujets de leur choix, de faire part d'anecdotes et de leur expérience pour ainsi permettre de développer leur discours sur leurs habitudes vaccinales antérieures et sur les raisons les ayant menés à réaliser la vaccination antigrippale lors de la saison 2020-2021. La réalisation d'entretiens individuels permettait de s'exprimer plus librement, avec plus de détails, sans interruption extérieure et sans peur de jugement. La méthode par focus-group n'était pas adaptée car le but était d'obtenir un discours subjectif et personnel et non pas de créer un débat autour du sujet de la vaccination antigrippale.

1.2 La validité du travail

Le codage des données des deux premiers entretiens a été réalisé par une deuxième personne, dans le but de réaliser une triangulation des données. Les mêmes résultats ont été obtenus, cela permettant de limiter le biais de subjectivité.

La saturation des données a été atteinte, avec réalisation de 2 entretiens supplémentaires pour le confirmer, ce qui en fait une force de cette étude.

1.3 L'originalité du sujet

La participation à la vaccination antigrippale était stable ces dernières années, l'importante mobilisation lors de la saison 2020-2021 constitue une cassure avec les saisons précédentes. En raison du caractère récent de cet épisode, il s'agit d'un sujet encore peu exploré et notamment en recherche qualitative.

1.4 L'évolutivité du questionnaire d'entretien

Le questionnaire a pu être enrichi au cours des entretiens. En effet, les réponses apportées par les participants lors des entretiens précédents pouvaient servir de relance dans les entretiens suivants pour recueillir l'avis de la nouvelle personne interrogée sur le critère en question.

Par exemple, lors des premiers entretiens, un participant a notifié le caractère confortable de la vaccination proposée sur le lieu de travail, ce qui a permis de questionner les personnes suivantes sur le lieu où s'est déroulée leur injection et le rôle que cela a joué pour eux : critère qui n'apparaissait pas dans le questionnaire initial et qui – après analyse des résultats – a finalement été crucial.

1.5 Le délai entre la vaccination et les entretiens

Les personnes recrutées pour l'étude ont bénéficié de la vaccination dans un délai de 6 à 8 mois avant les entretiens, ce qui permet de limiter le biais de mémorisation.

2. Les limites de l'étude

2.1 Limites liées à la recherche qualitative

Utilisation du dictaphone

Les entretiens ont été intégralement enregistrés, avec l'accord des participants. Cependant l'utilisation du dictaphone – nécessaire dans cette étude – peut mettre mal à l'aise certains participants et induire des biais d'information par blocage du discours.

Capacités à mener un entretien

Les entretiens ont été menés sans expérience préalable dans ce domaine. A la lecture des verbatims, il apparait qu'il y a eu des défauts d'intervention et de relance suite à certaines réponses des participants lors des premiers entretiens. Ce manque d'expérience a probablement engendré un biais d'information lors des premières interviews, s'atténuant au fur et à mesure avec des entretiens devenus par la suite de plus en plus fluides et naturels.

De plus, la fluidité et la qualité des entretiens ont été conditionnées par la capacité des participants à faire part de leur ressenti et de leur vécu, ce qui a nécessité plus ou moins de questions de relance pour répondre à l'étude et explorer tous les aspects souhaités.

Les lieux où se sont déroulés les entretiens

Les entretiens se sont déroulés à la convenance des personnes interviewées à leur domicile ou sur leur lieu de travail. Concernant les personnes interrogées sur leur lieu de travail, la question se posait d'un biais d'information, en effet, l'hypothèse était que les participants n'auraient pas développé leurs réponses en raison d'un temps limité à consacrer à l'étude. Après analyse des durées d'entretien, il apparait que les entretiens réalisés sur le lieu de travail des participants étaient au nombre de 8, pour une durée moyenne de 13 minutes et 51 secondes. A contrario les entretiens réalisés au domicile des participants étaient au nombre de 6, leur durée moyenne était de 7 minutes et 5 secondes. Contrairement aux résultats qui auraient pu être attendus, le fait d'interroger les participants sur leur lieu de travail ne semble pas avoir impacté la durée des entretiens.

Il apparait donc que les personnes interrogées à domicile ont moins développé leurs réponses malgré l'utilisation du même questionnaire d'entretien. Une hypothèse pouvant être avancée est qu'il serait plus désagréable pour les participants d'accueillir l'interviewer à domicile plutôt qu'en terrain plus neutre que sont les locaux de leur employeur, et qui plus est sur le temps de repos plutôt que sur leur temps de travail.

La question se pose donc d'un biais d'information dans les entretiens réalisés au domicile.

Le nombre de participants

En soit, il ne s'agit pas d'un biais, cependant le nombre restreint de participants lié à la méthodologie des études qualitatives ne permet pas d'extrapoler de résultats chiffrés

statistiquement représentatifs. Les résultats sont applicables uniquement à l'échantillon interrogé.

2.2 Eventuel biais de subjectivité

Aucun retour n'a été fait aux participants après analyse des entretiens, l'adéquation entre les résultats obtenus et ce qu'ils souhaitaient exprimer n'a donc pas été vérifiée.

2.3 Le recrutement

Le recrutement a eu lieu par le biais d'un nombre restreint mais varié de professionnels de santé – médecins remplaçants, manipulatrice en radiologie, infirmière, préparateur en pharmacie –, qui ont interrogé leurs patients ainsi que leur entourage à propos de leur habitude vaccinale antigrippale, et qui les ont invités à participer à l'étude s'ils répondaient aux critères d'inclusion et de non-inclusion. Cependant cette méthode de recrutement ne permettait pas de contrôler la diversification de l'échantillon qui n'est pas optimale, la catégorie de personnes âgées de plus de 80 ans n'étant pas représentée.

3. Discussion des résultats

3.1 Les freins à la vaccination antigrippale

Lorsque les participants étaient interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas pour habitude d'effectuer la vaccination antigrippale, le critère d'âge était majoritairement mis en avant. En effet, le vaccin antigrippal était perçu comme un vaccin s'adressant aux personnes âgées, et la majorité des participants étant âgée de moins de 65 ans, se définissait comme jeune et non concernée par ce vaccin. Parallèlement, beaucoup de personnes disaient ne pas se sentir concernées en raison de l'absence de pathologie sous-jacente et de comorbidité. Le second critère mis en avant était la crainte des effets secondaires du vaccin, la peur d'attraper la maladie par le vaccin et de se rendre malade alors que le virus de la grippe ne les aurait peut-être pas

touchés. Venait ensuite la question de la méfiance envers la composition du vaccin d'une part – notamment une crainte des adjuvants tels que l'aluminium, et le fait de ne pas savoir ce qui est injecté – et d'autre part la méfiance envers les laboratoires qui encourageraient la vaccination pour des questions économiques, selon certains participants.

En raison des mutations annuelles du virus, de la spéculation concernant la composition des vaccins, et des années où le choix des souches vaccinales ne permettait pas une protection efficace, quelques personnes trouvaient le vaccin inutile.

Les médecines parallèles et notamment l'homéopathie ont été mises en avant par une personne, justifiant d'un autre type de protection.

Ce travail retrouve un grand nombre des critères d'ores-et-déjà connus comme étant des freins à la vaccination antigrippale. Ces derniers ont été récemment listés dans une méta analyse qui a pris en compte treize bases de données couvrant les domaines de la médecine, des biosciences, de la psychologie, de la sociologie et de la santé publique, 470 articles publiés entre 2005 et 2016 ont été analysés pour lister les principaux freins à la vaccination antigrippale [34].

En France, une thèse datant de 2017 a étudié les freins à la vaccination antigrippale chez les personnes non vaccinées âgées de 65 ans et plus en région Rhône-Alpes [35].

De même, une thèse de 2016 a étudié les freins et les motivations à la vaccination antigrippale au sein du personnel hospitalier du CHU de Toulouse [36].

Il ressort de ces travaux les principaux freins suivants :

- La perception du risque de la maladie : « la grippe n'est pas une maladie grave », donc le vaccin n'est pas utile. Ce critère n'est pas retrouvé dans notre étude, où l'ensemble des participants identifiaient la grippe comme une maladie pouvant causer le décès.
- L'âge inadapté : se sentir trop jeune ou trop âgé pour bénéficier de la vaccination. Aucun participant à cette étude ne s'est défini comme trop âgé, a contrario le premier critère mis en avant par les personnes interviewées était un âge trop jeune.
- La perception de son état de santé : si la personne se sent en bonne santé, elle est moins encline à se faire vacciner. Ce qui est le second critère majoritairement retrouvé dans les entretiens.
- Le manque de connaissance de l'intérêt de la vaccination pour soi et pour la population générale.

- Le manque de connaissance vis-à-vis du vaccin et la perception du vaccin : le vaccin n'est pas efficace, crainte d'effets secondaires, peur d'attraper la grippe à cause du vaccin. Il s'agit d'une notion retrouvée chez plusieurs des participants à ce travail.
- La méfiance envers les laboratoires : peur de la présence d'un composant non divulgué dans le vaccin. Cette méfiance a été décrite également au cours de certains entretiens.
- L'absence d'antécédent de grippe maladie : les personnes qui n'ont pas souffert de la grippe auparavant sont moins susceptibles de se faire vacciner au cours des prochaines saisons.
- L'absence de primovaccination : une personne déjà vaccinée aura plus tendance à se vacciner la saison suivante.
- La remise en question du vaccin contre la grippe dans l'entourage, par les médias...
- La non-recommandation du vaccin par le médecin traitant et les autres professionnels de santé ou l'absence d'interaction avec le système de soins ne permettant pas d'être informé. Dans notre étude, une seule personne déclarait que son médecin traitant lui recommandait la vaccination les années précédentes, concernant les autres participants, la vaccination ne leur avait jamais été recommandée auparavant.
- Anecdotes ou expériences passées négatives avec les vaccins en général. Un des participants ayant déjà effectué la vaccination antigrippale il y a 15 ans, déclarait avoir été malade suite à l'injection et avoir décidé de ne plus se faire vacciner par la suite.
- L'utilisation d'autres méthodes de prévention : principalement l'homéopathie. Une personne mettait ce critère en avant dans cette étude.
- Problème d'accessibilité : transport, distance, difficulté à se déplacer.
- L'absence de pression sociale en faveur du vaccin.
- L'isolement : vivre seul est associé à une moindre motivation à se faire vacciner.
- Prix : vaccin trop cher, non connaissance de la prise en charge par la sécurité sociale.
- La précarité sociale et les modes de vie malsains.

Ces 5 derniers critères n'ont pas été évoqués au cours des entretiens. Cependant concernant la question de l'accessibilité du vaccin, les participants ayant bénéficié de la vaccination sur le lieu de travail évoquent le fait qu'ils n'auraient peut-être pas fait la démarche de se vacciner si le vaccin n'avait pas été si facilement accessible, l'hypothèse peut donc être faite que le parcours classique « consultation – remise d'une ordonnance – retrait du vaccin en pharmacie – injection du vaccin » constitue un frein à la vaccination chez les participants bien que n'étant pas évoqué spontanément lors des entretiens.

De même, certains participants ont été encouragés à la vaccination par des proches ce qui peut constituer une forme de pression sociale par l'entourage. Par le raisonnement inverse on peut en déduire que l'absence antérieure de pression sociale constituait un frein.

Les réponses à la question des freins à la vaccination au cours de cette étude sont donc globalement en adéquation avec les données de la littérature.

3.2 Les motivations au changement d'habitude vaccinale antigrippale lors de la saison 2020-2021

Après recherches bibliographiques, aucune étude qualitative s'intéressant au changement d'habitude vaccinale antigrippale lors de la saison 2020-2021 n'a été trouvée. Il s'agit donc de l'une des premières études sur le sujet, par conséquent aucune comparaison ne peut être faite avec un travail similaire à celui-ci.

Motivation en lien avec l'âge

Les résultats laissent suggérer que l'âge de 60 ans est vécu comme un âge charnière vis-à-vis de la baisse des défenses immunitaires et de la nécessité de se prémunir des infections lorsque cela est possible. Dans le cas de cette étude les participants concernés évoquaient « les défenses immunitaires et les infections » de manière générale sans incriminer spécifiquement la pandémie de Covid-19 et assuraient que leur décision avait été prise en raison du cap des 60 ans, bien que cela ait pu également être bénéfique dans le contexte de pandémie. Les recommandations préconisent, en l'absence de comorbidité, de débiter la vaccination antigrippale à l'âge de 65 ans [27]. Cependant cette étude montre – pour les participants concernés – que l'âge de 65 ans cité dans les recommandations n'a pas été un critère pour eux, et que le passage à l'âge de 60 ans est vécu comme un cap dans leur vie, et par extrapolation, comme un cap dans leurs habitudes vaccinales.

De manière générale, les études montrent qu'un âge supérieur à 50 ans est associé à une intention accrue de se faire vacciner [36].

Motivation en lien avec un antécédent de grippe-maladie

Comme vu précédemment les participants se disaient conscients du risque de gravité du virus de la grippe, bien que selon eux le risque soit associé aux personnes âgées ou aux personnes

atteintes de comorbidités [36]. Pourtant, l'infection par le virus grippal est à risque d'entraîner des complications qui peuvent être dues au virus lui-même ou aux surinfections bactériennes facilitées par les lésions de l'épithélium, ces complications sont le plus fréquemment observées chez les personnes visées par les recommandations vaccinales mais peuvent également survenir à tout âge sans comorbidité associée.

Bien que le vaccin contre la grippe ait la réputation de s'adresser aux personnes âgées, il ressort de cette étude que le fait d'avoir un antécédent de grippe-maladie – ou d'avoir un proche l'ayant contractée – rend la gravité potentielle du virus plus palpable et peut motiver les individus à se faire vacciner dans le but de ne pas revivre cet épisode [37] [38].

Les symptômes de la grippe varient selon les individus, en fonction de l'âge et de l'immunité préexistante. Les participants concernés relataient avoir subi des symptômes respiratoires bruyants, une asthénie intense dans la phase aigüe de l'infection, puis des symptômes trainants durant plusieurs semaines associant de la fatigue et de la toux. Cette expérience les a effrayés et cela est objectivable dans leur discours.

Motivation en lien avec l'épidémie de Covid-19

Avant même l'analyse finale des données, il apparaissait que la pandémie de Covid-19 avait joué un grand rôle dans la motivation à la vaccination antigrippale lors de la saison 2020-2021, comme présumé entre autres dans une étude transversale réalisée en Italie lors de la première et sévère « vague » de Covid-19 dans ce pays qui s'intéressait aux intentions vaccinales lors de la future saison [39], ainsi que dans une étude réalisée simultanément dans 6 pays dans le contexte de pandémie de Covid-19 et interrogeant des parents sur leur intention de réaliser la vaccination antigrippale chez leur enfant lors de la saison 2020-2021 [40].

En effet, la campagne de vaccination antigrippale en France a débuté alors même que la « deuxième vague » d'infections par le Covid-19 était en cours. Des informations avaient alors circulé, suggérant une diminution de la morbi-mortalité due à l'infection par le Covid-19 en cas de vaccination antigrippale préalable [41] [42]. Il apparaît donc que certains des participants ont été enclins à effectuer la vaccination pour ce motif.

Par ailleurs d'autres participants se disaient conscients qu'il s'agissait de deux familles de virus différents et qu'ils n'espéraient pas de protection efficace vis-à-vis de l'épidémie de Covid-19, mais voulaient se protéger contre la grippe pour éviter les co-infections et les symptômes dramatiques qui auraient pu en découler.

Le virus de la grippe a très peu circulé en Europe lors de la saison 2020-2021. Dans un rapport d'avril 2021, Santé Publique France déclare qu'« un nombre très limité de virus grippaux, de type A et de type B ont été détectés par les différents dispositifs de surveillance durant la saison 2020-2021. Cette tendance a été rapportée par l'ensemble des pays participant à la surveillance de la grippe saisonnière à l'échelle européenne. L'absence d'épidémie de grippe saisonnière avait également été rapportée dans les pays de l'hémisphère sud durant la période de surveillance en 2020. En France, aucun cas de grippe n'a été diagnostiqué en réanimation, 27 prélèvements positifs ont été réalisés en hospitalisation en métropole, il n'y a eu aucun cas de grippe dans les lieux de vie institutionnels, il y a eu 2 cas de détection en médecine de ville au sein du réseau sentinelle [43]. De même, aux Etats-Unis, la circulation de la grippe était la plus basse relevée depuis que les données d'activité et de circulation du virus sont disponibles, avec moins de 2 000 cas lors de cette saison hivernale [44].

Des co-infections ont par conséquent été rarement décrites. Dans une étude réalisée en Turquie de mars à mai 2020, 6 cas de co-infections ont été décrits sur 1103 patients ayant reçu un diagnostic d'infection par le Covid-19. Ces patients présentaient des symptômes légers à modérés, aucun n'a eu besoin d'assistance ventilatoire et aucun n'a présenté de complications, cependant quatre patients sur six présentaient une grippe B ce qui peut expliquer la sévérité légère à modérée des symptômes [45]. Une étude américaine de mai 2020 – présentant une série de 3 cas de co-infections et une revue de la littérature concernant les co-infections Covid-19 et grippe A ou B – conclut que la co-infection n'a pas significativement aggravé les symptômes et le pronostic des patients [46].

Cependant, une revue systématique de la littérature de décembre 2020 conclut à une morbidité et une mortalité plus importante – avec un risque relatif multiplié par 2 – dans les cas de co-infections entre la grippe et le Covid-19, avec des variations significatives en fonction du type de virus de la grippe [47].

Des études complémentaires seront nécessaires pour mieux mesurer l'impact de la mortalité dans les cas de co-infections. Le réflexe de nos participants de réaliser la vaccination antigrippale dans ce contexte peut donc paraître justifié.

Motivation en lien avec la profession et le contact répété avec de nombreuses personnes

Quelques participants déclaraient que le fait d'avoir une profession les obligeant à être au contact de beaucoup de monde avait joué dans leur décision de bénéficier de la vaccination. Ils étaient conscients que rencontrer un grand nombre de personnes différentes augmentait le risque

d'être en contact avec une personne malade et par conséquent augmentait le risque d'être contaminé. La grippe saisonnière a un taux de reproduction de base médian (R_0) de 1,28, ce qui représente le nombre de cas secondaires générés par une personne durant la période où elle est contagieuse [48]. La transmission de la grippe est facile, par voie aérienne ou manuportée, et en période d'épidémie jusqu'à 10% de la population peut être contaminé [49]. Dans le cas de nos participants qui sont amenés à rencontrer des dizaines de personnes par jour, le risque de contamination est donc accru.

Une de ces personnes faisait le lien entre le risque majoré de rencontrer la grippe en raison de sa profession et entre le fait de se sentir maintenant « personne à risque » en raison de l'atteinte de l'âge charnière de 60 ans comme vu précédemment.

Une autre personne avançant cet argument le mettait en lien avec le fait d'avoir un entourage à risque et avec le souhait de diminuer le risque d'attraper le virus et d'être vecteur.

Aucun lien explicite avec la pandémie de Covid-19 n'a été rapporté par ces participants, cependant nous pouvons nous interroger sur la notion de « risque accru de transmission des agents infectieux lors de contacts avec de nombreuses personnes », et faire l'hypothèse que la représentation de ce risque de transmission a évolué en raison de la pandémie actuelle. En effet, il s'agit d'une notion maintenant plus diffusée, mieux connue et certainement mieux maîtrisée par la population générale, pouvant avoir permis à ces participants de se l'approprier et de la transposer – parfois de manière inconsciente – aux épidémies de grippe.

Motivation en lien avec la stratégie de cocooning

La notion de cocooning est ressortie dans plusieurs entretiens. Il s'agissait de protéger l'entourage fragile – personnes âgées, personne atteinte d'une maladie grave, enfant –, la stratégie était clairement établie : se vacciner contre la grippe pour diminuer le risque de développer la maladie et ainsi diminuer le portage et la transmission du virus à autrui. La notion de cocooning dans le cadre de cette vaccination est connue et décrite dans de nombreuses études, qu'il s'agisse de cocooning dans le cadre familial ou professionnel, c'est une notion fréquemment mise en avant [35] [36] [37].

Cet argument était majoritairement en rapport avec l'épidémie de Covid-19 et le souhait de protéger l'entourage contre la grippe pour éviter de transmettre le virus et d'être responsable d'une co-infection chez un proche fragile.

Chez nos participants jeunes et en bonne santé – ne relevant pas des recommandations vaccinales antigrippales –, le risque de morbi-mortalité est présumé faible en cas d’une infection unique et il n’était peut-être pas plus justifié de réaliser la vaccination antigrippale lors de cette saison que lors des précédentes. Cependant, par la stratégie de cocooning avancée par certains d’entre eux, cette décision prend tout son sens : il existe un risque non négligeable de transmission lors d’une infection par le virus de la grippe ($R_0 = 1,28$), et le risque de co-infection par le Covid-19 chez les personnes vulnérables de leur entourage peut être dramatique avec un risque de mortalité pouvant être multiplié par 2 chez des personnes fragiles en raison de leur âge ou de leurs comorbidités [47]. La stratégie de cocooning est donc un argument valable pour une vaccination antigrippale, notamment dans le contexte de la pandémie de Covid-19 actuelle.

Comme vu dans de nombreuses études dont certaines sont citées ci-dessus, la stratégie de cocooning était déjà connue et appliquée antérieurement à la pandémie de Covid-19, mais la question peut se poser de l’ampleur qu’a pris ce phénomène dans ce contexte où la nécessité de protéger son entourage était bien plus palpable qu’auparavant. On peut donc supposer que la stratégie de cocooning a pris plus de sens auprès de la population générale en raison de la pandémie de Covid-19.

A noter qu’un participant déclarait que sa stratégie cocooning était nécessaire cette année et totalement indépendante de la pandémie de Covid-19.

Motivation en lien avec une incitation à la vaccination par l’entourage familial

Quelques personnes ont été incitées à se faire vacciner par leur entourage familial. Il s’agissait de personnes n’ayant pas de forte réticence envers le vaccin et pour lesquelles la recommandation par une personne de confiance – bénéficiant elle-même de la vaccination chaque année – a été cruciale dans leur décision en raison de la confiance que les participants accordaient à cette personne. Deux de ces personnes n’auraient pas modifié leur habitude sans cette intervention, une autre personne avait déjà amorcé la démarche mais a été confortée dans cette idée grâce à cela.

La recommandation de la vaccination antigrippale par un proche familial ou amical est une motivation déjà décrite dans d’autres études, bien que peu représentée par rapport à d’autres arguments [36].

A noter que deux participants déclaraient que la personne les ayant encouragés à se faire vacciner l'avait fait en raison de l'insécurité sanitaire que représentait la pandémie de Covid-19, et que cette personne ne les avait jamais incités auparavant.

Motivation en lien avec la disponibilité de la vaccination sur le lieu de travail

La vaccination sur le lieu de travail semble avoir joué un rôle crucial dans la motivation à la vaccination. Plus de la moitié des participants a bénéficié de la vaccination antigrippale proposée par l'employeur ce qui est décrit comme un facteur d'influence majeur dans leur décision. En effet, malgré les autres motivations que ces personnes ont décrites, le changement dans leur habitude vaccinale antigrippale n'aurait selon eux pas eu lieu, ou bien plus difficilement, s'il avait fallu s'astreindre à se rendre chez le médecin uniquement pour obtenir une ordonnance, puis se rendre à la pharmacie pour retirer le vaccin, et pour finir prendre rendez-vous avec un professionnel habilité pour l'administration. Ce processus prend du temps, que les personnes dites actives n'ont pas ou préfèrent consacrer à d'autres activités. La question de l'accessibilité du vaccin a déjà été étudiée au cours de recherches antérieures qui ont identifié la vaccination sur le lieu de travail comme un élément facilitateur pour les campagnes de vaccination [37].

Les employés rapportaient le fait que la vaccination était proposée par leur employeur pour limiter le risque d'absentéisme au travail notamment dans les petites entreprises où le nombre d'employés est limité et où l'arrêt de travail d'une personne impacte par conséquent grandement l'entreprise. Les arrêts de travail en lien avec les infections par la grippe représentent 2 à 12 millions de journées de travail chaque hiver, par conséquent de nombreuses entreprises ont pris le parti de proposer la vaccination sur le lieu de travail [49].

3.3 Le rôle des professionnels de santé

Quelques participants se sont vus incités par un professionnel de santé à se faire vacciner contre la grippe. Pour l'un d'entre eux qui avait des motivations mais également des réticences, c'est cette incitation qui a fait la différence dans la décision finale. Concernant les autres personnes, la décision était déjà prise de se faire vacciner mais l'avis positif du professionnel de santé (bien souvent le médecin traitant) a été un argument supplémentaire. La promotion de la vaccination antigrippale par les professionnels de santé et notamment par le médecin traitant est mise en

avant par les patients comme un argument positif dans la décision de réaliser le vaccin [36]. A contrario, l'absence de promotion de ce dernier conforte les patients dans leur décision de ne pas se faire vacciner [35].

Cependant dans le cas précis de cette étude, il ressort que l'absence majoritaire de promotion du vaccin par les professionnels de santé n'a pas limité la décision des participants dans le changement de leur habitude vaccinale antigrippale. Cela peut être vu comme un point positif, en effet, cela peut laisser supposer que la population a acquis des notions de santé publique et des connaissances concernant les bénéfices de la vaccination et sait mettre en place d'elle-même une stratégie de protection individuelle et de cocooning. Cependant, dans le contexte actuel, nous pouvons nous étonner que le vaccin antigrippal n'ait pas été systématiquement recommandé – et surtout aux participants à risque de cette étude – par les professionnels de santé les côtoyant.

3.4 Le rôle des médias

Une seule personne déclarait que les médias avaient joué un rôle dans son changement d'habitude vaccinale. L'ensemble des autres participants jugeait que les médias n'avaient aucunement influencé leur décision. Les raisons mises en avant étaient que les publicités s'adressent aux personnes de plus de 65 ans et aux personnes prioritaires atteintes de comorbidités, et que les personnes en dehors de ces critères ne sont donc pas interpellées. Quelques personnes regrettaient le fait que la grippe soit banalisée, lors de rares et succincts spots publicitaires, en raison de son caractère récurrent et familier, donnant d'après eux l'impression d'une infection peu grave « comme le rhume ou la gastro ». Ces personnes déploraient que les médias ne jouent pas leur rôle d'informateurs, et que la gravité et la dangerosité de la grippe ne soit pas pointées. Plusieurs personnes pensaient que la communication était à améliorer.

Selon des études antérieures, la télévision, la radio, les journaux n'ont en effet que peu d'influence sur la décision des individus de se faire vacciner, il ne s'agit que rarement d'un critère rapporté par les participants aux études [36].

3.5 Le maintien de cette nouvelle habitude vaccinale à l'avenir

Lorsqu'il était demandé aux participants s'ils allaient réitérer la vaccination antigrippale lors des années à venir :

- Une personne déclarait qu'elle ne réitérerait pas la vaccination lors de la prochaine saison.
- Quelques personnes étaient indécises quant à cette question.
- La majorité des participants était enthousiaste et affirmait qu'elle poursuivrait cette nouvelle habitude vaccinale à l'avenir. Ces participants déclaraient maintenant adhérer à la vaccination antigrippale, et ce même si les raisons les ayant motivés à se faire vacciner cette année disparaissaient.

Les personnes pour qui la motivation principale était le critère d'âge ne voyaient pas le sens d'arrêter de se vacciner lors des prochaines saisons.

Les personnes pour qui la motivation était le fait de se protéger vis-à-vis du contexte actuel de pandémie de Covid-19 déclaraient que la vaccination contre la grippe était tout de même intéressante même si le Covid-19 disparaissait et qu'ils continueraient de se protéger contre le virus de la grippe.

De même, les personnes ayant adopté la vaccination et ayant évoqué la stratégie de cocooning maintiendront cette vaccination toujours dans le but de protéger leur entourage contre la grippe qui peut être redoutable chez leurs proches les plus fragiles.

Une personne déclarait qu'elle souhaitait réitérer la vaccination à l'avenir mais n'étant pas dans les personnes prioritaires elle pourrait laisser sa dose de vaccin à une personne à risque en cas de phénomènes de pénurie, tout en soulignant que le fait d'être vaccinée elle-même était bénéfique pour limiter la transmission et protéger les autres.

On remarque donc dans cette étude que la grande majorité des participants affirme que la vaccination antigrippale est devenue une nouvelle habitude vaccinale pour eux, certains plaisantent sur le fait qu'ils essaient maintenant eux-mêmes de convertir d'autres personnes à se faire vacciner. On trouve dans d'autres études que d'avoir un antécédent de vaccination contre la grippe prédispose à réitérer les vaccinations les années suivantes [37] [38] ce qui semble se vérifier largement concernant les participants à cette étude.

Lors de cette partie de l'entretien il était à nouveau pointé par les participants concernés que le fait de se faire vacciner sur leur lieu de travail sera toujours d'actualité et donc encourageant et aidant pour maintenir cette nouvelle résolution.

La personne déclarant qu'elle ne se ferait pas vacciner à nouveau contre la grippe évoque le fait de ne pas avoir confiance en les vaccins et les laboratoires et préfère se faire vacciner contre le Covid-19 uniquement plutôt que de multiplier les vaccinations. On retrouve donc la notion très répandue de frein à la vaccination en raison du manque de confiance en les vaccins et les laboratoires, par peur d'un composant non divulgué dans le vaccin ou par peur des excipients – telles que l'aluminium – qui revient souvent dans les débats [50] [51]. De plus, cette personne pensait que le Covid-19 avait éradiqué la grippe, et par conséquent, qu'en cas de persistance de circulation du Covid-19 il n'y aurait aucun cas de grippe, donc pas de nécessité de prendre le risque de s'injecter deux vaccins différents.

Les personnes indécises déclaraient qu'elles s'adapteraient au contexte car elles avaient remarqué que la grippe n'avait pas circulée cet hiver. Elles rejoignent l'idée citée ci-dessus qu'en cas de persistance de circulation du Covid-19 il n'y aurait pas ou peu de cas de grippe. Ces personnes n'évoquaient cependant pas d'hypothèse sur les raisons de la quasi-absence de circulation de la grippe, en particulier, elles ne mettaient pas en avant l'idée évoquée précédemment que le Covid-19 ait pu éradiquer le virus grippal, et n'évoquaient pas non plus un bénéfice des gestes barrières.

La constatation de la très faible circulation de la grippe lors de cette saison pourrait être délétère à la prochaine campagne vaccinale antigrippale, il sera intéressant d'en surveiller les conséquences.

V) CONCLUSION

La participation à la vaccination antigrippale lors de la saison 2020-2021 a contrasté avec les saisons précédentes, en effet dans la Somme on observe une hausse de 10 points de pourcentage par rapport à l'année 2019-2020, dans la population concernée par les recommandations vaccinales.

Cette étude a permis de recueillir les témoignages de participants vivant dans la Somme et ayant bénéficié de la vaccination antigrippale pour la première fois cette année, ou pour la première fois depuis plus de 10 ans, indépendamment des recommandations vaccinales antigrippales. L'objectif était d'étudier les causes et les mécanismes de leur changement d'habitude vaccinale vis-à-vis de la grippe. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le rôle potentiel des professionnels de santé dans cette décision, de même que le rôle potentiel des médias, ainsi que de questionner les participants sur la pérennisation ou non de cette nouvelle habitude vaccinale.

Concernant l'absence de vaccination antigrippale les années précédentes, les participants expliquaient en majorité ne pas se sentir concernés en raison de leur âge ou de l'absence de problème de santé, venait ensuite la peur des effets secondaires du vaccin ou la peur de la composition de ce dernier. Les freins étaient en grande partie ceux déjà étudiés et connus dans la littérature.

Concernant les motivations et les mécanismes du changement d'habitude, le premier argument avancé était l'existence de la pandémie de Covid-19 et la crainte de celle-ci. Certaines personnes espéraient obtenir une protection contre le Sars-Cov-2, d'autres personnes espéraient simplement se protéger contre le virus grippal pour ne pas risquer de co-infection. Plusieurs personnes évoquaient une stratégie de cocooning vis-à-vis de leur entourage et notamment des personnes à risque avec comme idée principale de ne pas être un vecteur du virus de la grippe et éviter chez leur proche une co-infection avec le Sars-Cov-2 contre lequel il n'y avait pas à l'époque de stratégie vaccinale.

Le passage de l'âge charnière de 60 ans était vécu par les personnes concernées comme un âge opportun pour débiter la vaccination. Un antécédent de grippe-maladie était un argument fort

rapporté par les participants concernés pour bénéficier du vaccin avec pour but de ne pas revivre la maladie.

Il ressort également que le changement d'habitude a été facilité – pour les personnes en activité – par la vaccination sur le lieu de travail. Ces personnes déclarent que sans cet élément facilitateur, et malgré leurs motivations, ils n'auraient certainement pas été vaccinés lors de cette saison.

Les participants estimaient dans la grande majorité que les médias n'avaient joué aucun rôle dans leur décision de bénéficier de la vaccination antigrippale et, pour certains, les médias ne jouaient pas leur rôle en ne recommandant pas cette vaccination et en ne mettant pas la population en garde contre le virus grippal et les risques de la maladie. Il s'agit selon eux d'une piste à améliorer pour augmenter les connaissances de la population et l'adhésion à ce vaccin.

Très peu de personnes avaient été incitées à réaliser la vaccination antigrippale par un professionnel de santé. Ces derniers ne semblent pas avoir eu de rôle majeur dans le changement d'habitude vaccinale de la population étudiée dans ce travail.

La majorité des participants déclarait vouloir réitérer cette vaccination à l'avenir. Certains participants étaient indécis et un seul déclarait qu'il ne se ferait pas vacciner à nouveau, la raison principale avancée était la quasi-absence de circulation du virus grippal lors de l'hiver 2020-2021. Cette constatation pourrait être délétère pour la prochaine campagne vaccinale 2021-2022, il pourrait être intéressant de surveiller le taux de participation et questionner des personnes qui ne réitéreront pas leur vaccination sur les raisons de leur décision.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Shope RE. SWINE INFLUENZA : III. FILTRATION EXPERIMENTS AND ETIOLOGY. *J Exp Med.* 31 juill 1931;54(3):373-85.
2. Juozapaitis M, Antoniukas L. [Influenza virus]. *Med Kaunas Lith.* 2007;43(12):919-29.
3. Hall E. Influenza | CDC. 2021.
4. Pillet S. Immunité anti-grippale - Faculté de médecine de Saint-Etienne [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://biotechnologies.enseigne.ac-lyon.fr/spip/IMG/pdf/grippe__diaporama.pdf
5. OMS. Grippe aviaire et autres gripes zoonotiques [Internet]. 2018 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(avian-and-other-zoonotic\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(avian-and-other-zoonotic))
6. Pilly E, Épaulard O, Le Berre R, Chirouze C, Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales (France). ECN Pilly 2020 : Maladies Infectieuses et Tropicales - Grippe - N 162. 2020.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Guide pratique relatif aux mesures de prévention et de contrôle de la grippe saisonnière. 2019.
8. Yang J, Liu S, Du L, Jiang S. A new role of neuraminidase (NA) in the influenza virus life cycle: implication for developing NA inhibitors with novel mechanism of action. *Rev Med Virol.* juill 2016;26(4):242-50.
9. Institut Pasteur. Grippe [Internet]. Institut Pasteur. 2015 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/grippe>
10. Bouvier NM, Palese P. THE BIOLOGY OF INFLUENZA VIRUSES. *Vaccine.* 12 sept 2008;26(Suppl 4):D49-53.
11. Institut Pasteur. Quelles sont les causes de la grippe ? | Institut Pasteur [Internet]. [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/quelles-sont-causes-grippe>
12. CDC. How Flu Viruses Can Change [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>
13. La maladie - Recommandations CNR virus des infections respiratoires (dont la grippe) [Internet]. Institut Pasteur. 2016 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/centres-nationaux-referance/cnr/virus-infections-respiratoires-dont-grippe/maladie-recommandations-cnr-virus-infections-respiratoires-dont-grippe>
14. Al Faress S, Cartet G, Ferraris O, Norder H, Valette M, Lina B. Divergent genetic evolution of hemagglutinin in influenza A H1N1 and A H1N2 subtypes isolated in the south-France since the winter of 2001–2002. *J Clin Virol.* juill 2005;33(3):230-6.
15. Behillil S, Enouf V, van der Werf S. Virus, épidémies et réseaux de surveillance de la grippe. *Actual Pharm.* oct 2019;58(589):20-6.

16. Shao W, Li X, Goraya MU, Wang S, Chen J-L. Evolution of Influenza A Virus by Mutation and Re-Assortment. *Int J Mol Sci* [Internet]. 7 août 2017 [cité 14 avr 2021];18(8). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5578040/>
17. Santé Publique France. La grippe, une épidémie saisonnière [Internet]. 2019 [cité 14 avr 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/la-grippe-une-epidemie-saisonniere](#)
18. World Health Organization. Past pandemics (Flu) [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/past-pandemics>
19. Santé Publique France. Les gripes pandémiques [Internet]. 2019 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/grippe/les-gripes-pandemiques](#)
20. OMS. Grippe saisonnière [Internet]. 2018 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal))
21. Haut Conseil de la santé publique. Prescription d'antiviraux en cas de grippe saisonnière. 16 mars 2018;30.
22. Assurance Maladie. Vaccination contre la grippe saisonnière [Internet]. 2021 [cité 18 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/programmes-prevention/vaccination-grippe-saisonniere>
23. Assurance Maladie. Traitement de la grippe [Internet]. 2021 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/traitement-grippe>
24. Vidal. TAMIFLU 75 mg gél [Internet]. VIDAL. 2021 [cité 19 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
25. CDC. Influenza Historic Timeline | Pandemic Influenza (Flu) | CDC [Internet]. 2019 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/pandemic-timeline-1930-and-beyond.htm>
26. Vidal. Campagne vaccinale 2020-2021 : mise à disposition du vaccin nasal FLUENZ TETRA [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 21 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Vaccination contre la grippe saisonnière 2020 - 2021. 13 oct 2020;14.
28. Assurance Maladie. Prévenir la grippe par la vaccination et les gestes barrières [Internet]. 2021 [cité 22 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grippe/prevention>
29. Ministère des Solidarités et de la Santé. Vaccination contre la grippe 2020-2021 : une priorité pour les personnes à risque [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/information-presse-vaccination-contre-la-grippe-2020-2021>
30. Haute Autorité de Santé. Vaccination antigrippale : la stratégie de la prochaine campagne annuelle réaffirmée dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2020 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3187536/fr/vaccination-antigrippale-la-strategie-de-la-prochaine-campagne-annuelle-reaffirmee-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19

31. Santé Publique France. Données départementales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge [Internet]. 2021 [cité 17 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/articles/donnees-departementales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>
32. Santé Publique France. Données régionales de couverture vaccinale grippe par saison et dans chaque groupe d'âge [Internet]. 2021 [cité 21 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/vaccination/donnees-regionales-de-couverture-vaccinale-grippe-par-saison-et-dans-chaque-groupe-d-age>
33. Vidal. Grippe : mise à disposition de 2 millions de vaccins issus du stock d'État [Internet]. VIDAL. 2020 [cité 2 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/actualites/26250-grippe-mise-a-disposition-de-2-millions-de-vaccins-issus-du-stock-d-etat.html>
34. Schmid P, Rauber D, Betsch C, Lidolt G, Denker M-L. Barriers of Influenza Vaccination Intention and Behavior – A Systematic Review of Influenza Vaccine Hesitancy, 2005 – 2016. Cowling BJ, éditeur. PLOS ONE. 26 janv 2017;12(1):e0170550.
35. Dessertenne J. Freins à la vaccination antigrippale saisonnière chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Etude qualitative menée auprès de patients non vaccinés en région Rhone-Alpes. 2017.
36. PREVITALI B. Vaccination anti-grippale au CHU de Toulouse : motivation du personnel [Internet]. [Toulouse]; 2016 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1327/1/2016TOU32057.pdf>
37. CHEVALIER C. Vaccination antigrippale : évaluation de la perception et des pratiques chez les professionnels du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers. [POITIERS]; 2019.
38. Kelly C, Dutheil F, Haniez P, Boudet G, Rouffiac K, Traore O, et al. Analyse des motivations à la vaccination antigrippale du personnel du CHU de Clermont-Ferrand. Médecine Mal Infect. 1 nov 2008;38(11):574-85.
39. Domnich A, Cambiaggi M, Vasco A, Maraniello L, Ansaldi F, Baldo V, et al. Attitudes and Beliefs on Influenza Vaccination during the COVID-19 Pandemic: Results from a Representative Italian Survey. Vaccines. 30 nov 2020;8(4):711.
40. Goldman RD, McGregor S, Marneni SR, Katsuta T, Griffiths MA, Hall JE, et al. Willingness to Vaccinate Children against Influenza after the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. J Pediatr. janv 2021;228:87-93.e2.
41. Amato M, Werba JP, Frigerio B, Coggi D, Sansaro D, Ravani A, et al. Relationship between Influenza Vaccination Coverage Rate and COVID-19 Outbreak: An Italian Ecological Study. Vaccines. 16 sept 2020;8(3):535.
42. Fink G, Orlova-Fink N, Schindler T, Grisi S, Ferrer APS, Daubenberger C, et al. Inactivated trivalent influenza vaccination is associated with lower mortality among patients with COVID-19 in Brazil. BMJ Evid-Based Med. 1 août 2021;26(4):192-3.
43. Santé Publique France. Grippe, bulletin hebdomadaire - Semaine 15. 2021.
44. Olsen SJ, Winn AK, Budd AP, Prill MM, Steel J, Midgley CM, et al. Changes in Influenza and Other Respiratory Virus Activity During the COVID-19 Pandemic — United States, 2020–2021. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 23 juill 2021 [cité 16 août 2021];70. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7029a1.htm>

45. Ozaras R, Cirpin R, Duran A, Duman H, Arslan O, Bakcan Y, et al. Influenza and COVID-19 coinfection: Report of six cases and review of the literature. *J Med Virol.* 2020;92(11):2657-65.
46. Konala VM, Adapa S, Naramala S, Chenna A, Lamichhane S, Garlapati PR, et al. A Case Series of Patients Coinfected With Influenza and COVID-19. *J Investig Med High Impact Case Rep.* 10 juin 2020;8:2324709620934674.
47. Sarkar S, Khanna P, Singh AK. Impact of COVID-19 in patients with concurrent co-infections: A systematic review and meta-analyses. *J Med Virol.* 2021;93(4):2385-95.
48. Chotpitayasunondh T, Fischer TK, Heraud J, Hurt AC, Monto AS, Osterhaus A, et al. Influenza and COVID-19: What does co-existence mean? *Influenza Other Respir Viruses.* mai 2021;15(3):407-12.
49. Institut Pasteur de Lille. Grippe : symptômes, vaccin, traitement et prévention [Internet]. Institut Pasteur de Lille. 2021 [cité 7 août 2021]. Disponible sur: <https://pasteur-lille.fr/centre-de-recherche/thematiques-de-recherche/maladies-infectieuses-et-inflammatoires/grippe/>
50. JEANNIN M. Les Obstacles à la vaccination antigrippale des professionnels de santé libéraux : une étude qualitative par focus group. [Internet]. 2016 [cité 15 août 2021]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5112_JEANNIN_these.pdf
51. Delforge Q. Analyse qualitative des perceptions et des freins à la vaccination antigrippale au sein du personnel soignant du Pôle Réhabilitation-Autonomie-Vieillessement au Centre Hospitalier Universitaire de Nice. UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS; 2019.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1. Données personnelles

- Age / sexe / profession
- Invitation annuelle ou non à la vaccination antigrippale

2. Connaissances vis-à-vis du virus grippal

- Pour vous la grippe, qu'est-ce que c'est ?
- Que connaissez-vous du vaccin ?

3. Etude des freins à la vaccination

- Pour quelles raisons ne vous êtes-vous jamais fait vacciner auparavant ?
- Que pensiez-vous de l'utilité de la vaccination ?

4. Etude des motivations à la vaccination

- Comment expliquez-vous avoir eu recours à la vaccination cette année ?
- Relance : quelles ont été vos motivations ?
- Relance : quelles réticences ont disparu ?
- Relance (idée émise par le 3^e participant et ajoutée à partir du 4^{ème} entretien) : à quel endroit vous êtes-vous fait vacciner ?

5. Rôle d'intervenants externes ?

- Quel a pu être le rôle des professionnels de santé dans votre décision ?
- Avez-vous ressenti une influence des médias ?

6. Concernant le futur

- Que pensez-vous faire vis-à-vis de la vaccination antigrippale lors des années à venir ?
- Relance : Quelle serait votre décision si votre motif de vaccination actuel disparaissait ?

RÉSUMÉ

REPRESENTATIONS DES PATIENTS VIS-A-VIS DE LA VACCINATION ANTIGRIPPALE LORS DE LA CAMPAGNE 2020-2021 Etude qualitative par entretiens semi-dirigés en Picardie

Introduction Lors de la saison 2020-2021 une hausse de la couverture vaccinale antigrippale des populations cibles dans la Somme a été observée. Par ce travail, les motivations pouvant justifier une telle mobilisation ont été étudiées.

Matériel et méthode Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 14 participants issus de la population générale dans la Somme, ayant bénéficié de la vaccination antigrippale pour la première fois lors de la saison 2020-2021, ou non vaccinés depuis plus de 10 ans.

Résultats Les principales motivations rapportées ont été d'une part la peur de la pandémie de Covid-19 avec une crainte des co-infections, voire l'espoir que le vaccin les protégerait également contre le Sars-Cov-2, d'autre part une mise en place d'une stratégie cocooning pour protéger leur entourage fragile. La vaccination sur le lieu de travail a été rapportée comme élément facilitateur majeur du changement d'habitude.

Discussion Les personnes interrogées déclaraient ne pas bénéficier habituellement de cette vaccination car elles ne se sentaient pas concernées ou n'avaient pas confiance dans la composition du vaccin. Comme pressenti, la pandémie de Covid-19 a joué un rôle déterminant dans la modification d'habitude vaccinale antigrippale. D'autres facteurs ont été identifiés et peuvent être pris en compte pour améliorer la couverture vaccinale à l'avenir.

Conclusion La pandémie de Covid-19 a joué un rôle majeur lors de la campagne 2020-2021, engendrant une inquiétude voire une peur chez nos participants et les poussant à se protéger eux-mêmes ainsi que leur entourage fragile. Le rôle des professionnels de santé est à améliorer, de même que celui des médias.

Mots-clés Grippe humaine ; Vaccins antigrippaux ; Recherche qualitative ; Pneumopathie virale ; Infection à coronavirus ; Covid-19 ; Vaccination sur le lieu de travail

PATIENTS' PERCEPTIONS OF INFLUENZA VACCINATION DURING THE 2020-2021 CAMPAIGN

Qualitative study using semi-structured interviews in Picardy

Introduction During the 2020-2021 season, an increase in influenza vaccination coverage of target populations in the Somme was observed. In this study, the motivations that could justify such a mobilisation were investigated.

Material and method Qualitative study by means of semi-directed interviews with 14 participants from the general population in the Somme, having received the influenza vaccination for the first time during the 2020-2021 season, or not vaccinated for more than 10 years.

Results The main motivations reported were, on the one hand, fear of the Covid-19 pandemic and co-infections, or even the hope that the vaccine would also protect them against Sars-Cov-2, and on the other hand, the implementation of a cocooning strategy to protect their fragile entourage. Vaccination in the workplace was reported as a major facilitator of habit change.

Discussion The people interviewed said that they did not usually benefit from this vaccination because they did not feel concerned or did not have confidence in the composition of the vaccine. As expected, the Covid-19 pandemic played a major role in the change of influenza vaccination habits. Other factors were identified and can be considered to improve vaccination coverage in the future.

Conclusion The Covid-19 pandemic played a major role in the 2020-2021 campaign, causing worry and even fear among our participants and pushing them to protect themselves and their fragile entourage. The role of health professionals needs to be improved, as does that of the media.

Keywords Human influenza; Influenza vaccines; Qualitative research; Viral lung disease; Coronavirus infection; Covid-19; Workplace vaccination