



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR LE DIPLOME D'INFIRMIER
EN PRATIQUE AVANCEE

Inciter à la vaccination des résidents des EHPAD du CH Victor Provo en implémente-t-il le taux ?

Présenté et soutenu publiquement le 1^{er} juillet 2022 à 10H
au Pôle Formation
par **Alexandra WAZE - PORREYE**

MEMBRES DU JURY

Personnel sous statut enseignant et hospitalier, Président :

Monsieur le Professeur *François PUISIEUX*

Enseignant infirmier :

Madame *Léone DE OLIVEIRA*

Directeur de mémoire :

Monsieur le Professeur *Jean-Marc LEFEBVRE*

Sommaire

Glossaire.....	
Résumé.....	
Abstract.....	
Introduction générale.....	
Introduction.....	1
Méthode.....	15
Résultats.....	20
Discussion.....	26
Conclusion.....	
Bibliographie.....	
Table des matières.....	
Annexes.....	

Glossaire

ARNm = Acide RiboNucléique messenger

CH = Centre Hospitalier

CNIL = Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP = Comité de Protection des Personnes

DTP = Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS = Haute Autorité de Santé

HCSP = Haut Conseil de Santé Publique

INED = Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE = Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA = Infirmier en Pratique Avancée

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

SFGG = Société Française de Gériatrie et Gériologie

SPF = Santé Publique France

TROD = Test Rapide d'Orientation Diagnostique

UGRI = Unité de Gestion du Risque Infectieux

URC = Unité de Recherche Clinique

VA = Valeur Absolue

Résumé

Contexte : Une campagne vaccinale concernant les rappels contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et la vaccination antipneumococcique a été prévue dans les trois EHPAD du CH de Roubaix. Cette démarche a été l'occasion de déterminer si la promotion de la santé avait un lien de cause à effet avec les taux vaccinaux des résidents de ces structures.

Méthode : Cette étude quantitative observationnelle multicentrique a comparé les taux de vaccination des résidents pour ces pathologies selon qu'ils avaient reçu ou non une information, selon le type d'information reçue et selon la personne ayant pris la décision de la vaccination.

Résultats : La promotion des vaccinations proposées n'a pas engendré un meilleur taux d'adhésion à cette mesure. Elle a même semblé avoir un impact négatif sur les résidents et leurs proches concernant la vaccination contre les pneumocoques. Les taux avec ou sans information à la vaccination se sont avérés élevés avec 73,9% (n=180) de vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche et 78,9% (n=89) contre les pneumocoques.

Discussion et conclusion : Ces résultats remettent en cause l'utilité d'une campagne de promotion des vaccinations sur ce modèle en EHPAD. Les résidents d'USLD ont présenté quant à eux des taux d'acceptation plus bas. Cette recherche a permis d'élaborer un modèle de théorie de changement de comportement de santé inspiré des trois concepts les plus utilisés en psychologie de la santé. Une campagne de promotion des vaccinations adaptée à cette population pourrait être proposée après avoir identifié les déterminants influant leur décision.

Abstract

Context: A vaccination test about booster shots against diphtheria, tetanus, poliomyelitis, whooping cough and pneumococcus diseases was planned in the three nursing homes for elderly in the Roubaix Hospital. This study was an opportunity to determine if health promotion had a causal link with residents vaccination rates in these structures.

Method: This quantitative, observational, multicentric study compared residents vaccination rates in these diseases according if they had or not received information, according to the type of information they received, and according to the person who took the vaccinate decision.

Results: The proposed promotion in booster shots did not show higher rate in adherence to vaccine. It even seemed to have a negative impact in residents and their close family regarding the pneumococcus vaccination. The rates with or without vaccination information were high, 73.9% (n=180) in vaccinated residents against diphtheria, tetanus, poliomyelitis and pertussis and 78.9% (n=89) against pneumococcus.

Discussion and conclusion: These results questioned the usefulness of a vaccination promotion test based on this model in elderly homes. Residents from long term care unit had lower acceptance rates. This study allowed the development of a theory of health behaviour change model inspired of the three most used concepts in health psychology. A vaccination promotion test based in this population could be proposed after identifying their decision determinants.

Introduction générale

Les résidents des trois Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) du Centre Hospitalier (CH) de Roubaix possèdent un taux de vaccination concernant les rappels contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les pneumocoques pour les personnes éligibles, quasiment nul. Pourtant recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS), ces vaccinations n'ont pas été proposées ni réalisées à grande échelle faute de moyens humains et matériels. La pertinence de ces vaccinations n'est plus à démontrer. La fragilité de la population visée, les risques de contamination et ses conséquences ont incité les professionnels de ces établissements à reprendre ce travail préventif.

Les résidents de ces structures comptabilisent des taux de vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 supérieurs aux nationaux. Des campagnes de promotion de ces deux vaccinations ont été menées par les professionnels mais rien ne peut permettre d'établir un lien de cause à effet entre ces interventions et la forte adhésion de la population aux recommandations. La campagne de rattrapage vaccinal prévue concernant les pathologies citées précédemment est l'occasion de rechercher une corrélation entre la promotion de ces vaccinations et leurs taux.

La question de recherche était de savoir si la promotion de la vaccination auprès des résidents d'EHPAD et de leurs proches pour les maladies liées aux pneumocoques, la coqueluche, la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos améliorait le taux de couverture des maladies concernées. L'objectif principal de ce travail était de mesurer l'impact de l'information fournie par les professionnels des EHPAD concernant les vaccinations sur les taux de vaccination des résidents. Pour répondre à cet objectif, une étude quantitative observationnelle multicentrique a été menée afin de comptabiliser les taux de vaccination des résidents contre ces pathologies après le déroulé d'une campagne d'information.

Dans un premier temps, le contexte d'élaboration de ce travail et les termes les plus importants de ce mémoire seront définis. La méthode utilisée afin de répondre aux objectifs de cette recherche sera ensuite décrite. Puis, les résultats de l'étude seront présentés. Enfin, ces résultats seront discutés au regard de la littérature avant de conclure.

Introduction

I. Contexte

La couverture vaccinale des résidents des trois EHPAD du CH de Roubaix concernant la grippe est de 82,7%. Ce taux est supérieur à celui de la population générale qui atteignait 55,8% pour la saison 2020-2021 et 60% chez les plus de 65 ans¹ en pratique ambulatoire. Au sein des résidences, les référents infirmiers en gestion du risque infectieux organisent depuis quelques années des actions d'information autour de la grippe en collaboration avec l'Unité de Gestion du Risque Infectieux (UGRI) du CH. Des temps d'échange sur la vaccination contre la COVID-19 ont également eu lieu. Ces rencontres avaient permis de rendre accessibles au grand public les connaissances scientifiques concernant ces vaccinations et de répondre aux interrogations. Leur organisation a été une évidence face aux doutes de la population en matière de sécurité et d'efficacité de ces vaccins lors de l'apparition de ceux-ci au cours de la crise sanitaire. La couverture vaccinale des résidents concernant la COVID est actuellement de 93,7%, elle est supérieure aux 79,2% de la moyenne nationale². Néanmoins, aucune étude n'a permis de mettre en évidence un lien de cause à effet entre la promotion de ces vaccinations et les taux de vaccination. Les autres vaccinations recommandées par la HAS contre les pneumocoques, la coqueluche, et les rappels diphtérie-tétanos-poliomyélite (DTP) sont rarement abordés et réalisés. Début 2022, il était recensé un taux de vaccination dans ces résidences de 0% contre les pneumocoques pour les personnes éligibles. Concernant les rappels contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche, 0,4% des résidents étaient à jour. Les effectifs médicaux restreints de ces dernières années ont compliqué la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir la vaccination des résidents. Faute de temps, la prise en soins de l'aigu était jusqu'ici privilégiée au détriment des suivis chroniques et des missions de santé publique. Quelques médecins ont tenté d'améliorer la couverture vaccinale de façon individuelle mais cela n'a pas suffi. Aujourd'hui, six médecins sur les sept exerçant au sein des rési-

¹ Données supérieures aux années précédentes, il est observé une augmentation des vaccinations contre la grippe depuis le début de la pandémie COVID-19

² Donnée issue du gouvernement via l'application « TousAntiCovid », le 22 février 2022

dences sont des médecins généralistes et la fonction d'infirmier en pratique avancée est en expérimentation. Ces changements au sein de l'organisation semblent avoir relancé la dynamique de prévention autour de ces maladies évitables.

Publiée en 2010, une étude japonaise avait démontré pour la première fois l'efficacité de la vaccination antipneumococcique dans la prévention et la réduction de la mortalité des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées (Maruyama et al., 2010).

Entre 2011 et 2020 en France, 70% des cas déclarés de tétanos concernent les plus de 70 ans avec un taux de mortalité s'élevant à 33% (Santé Publique France, 2020). Le calendrier vaccinal annuel de la HAS recommande une dose de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite tous les 10 ans à partir de 65 ans. Un rappel contre la coqueluche est recommandé aux adultes n'ayant pas été vacciné au cours des dix dernières années, une vaccination DTP est l'occasion d'effectuer ce rappel (HAS, 2021).

II. La vaccination : histoire et principe

Le système immunitaire est chargé entre autres choses de protéger l'organisme contre des agents dangereux tels que les microbes. Les agents étrangers sont appelés antigènes, leur rencontre avec le système immunitaire engendre dans un premier temps une réponse immunitaire innée, non spécifique. Celle-ci active la production de phagocytes, cellules capables d'ingérer l'antigène. Il s'agit de la première ligne de défense du corps humain (Institut Cochin, s. d.). Entre ensuite en jeu la réponse immunitaire acquise, spécifique. Elle permet la production d'anticorps spécifiques (immunoglobulines) par les lymphocytes B ; et la reconnaissance et la destruction des cellules infectées par l'agent, par les lymphocytes T. Une partie de ces lymphocytes est transformée en lymphocytes mémoires, destinés à reconnaître à l'avenir une nouvelle infection. Lors d'une nouvelle rencontre entre l'organisme et l'agent pathogène, les caractéristiques de l'antigène sont présentées aux lymphocytes mémoires par les phagocytes. Ceci permet leur activation et une réponse immunitaire plus rapide, plus intense, plus efficace empêchant l'infection et donc la maladie. Néanmoins, certains agents infectieux (grippe, tétanos, poliomyélite, ...) provoquent des symptômes fulgurants ne laissant pas le temps à la réponse immunitaire de se mettre en place (Inserm, 2020).

La vaccination permet de stimuler le système immunitaire et donc la production préventive de lymphocytes mémoires. L'injection de ce germe atténué ou inactivé, permet de protéger l'individu avant de rencontrer le véritable agent infectieux.

Il existe différents types de vaccin avec différents modes d'action :

- Les vaccins à micro-organisme vivant atténué contiennent le germe rendu inoffensif et atténué réduisant sa capacité à se multiplier. Ils ne sont pas utilisés chez les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées car ils sont possiblement tératogènes et virulents.
- Les vaccins à micro-organisme tué ou inactivé où le germe est détruit par traitement chimique ou exposition à la chaleur par exemple. Il devient donc incapable de se multiplier, la structure du virus est quant à elle conservée. Il est cependant moins efficace que le vaccin atténué, des rappels sont nécessaires. Des adjuvants sont utilisés pour renforcer leur action, il s'agit pour la plupart du temps de sels d'aluminium.
- Les vaccins à fragments ou sous-unités ; ces vaccins contiennent seulement une partie du germe, fabriqué synthétiquement ou obtenue par sa manipulation. Il se peut aussi que le vaccin soit composé non d'une partie du micro-organisme mais d'une toxine fabriquée par celui-ci, responsable des symptômes. Il faut également plusieurs injections pour ce type de vaccin.
- Les vaccins à acide ribonucléique messenger (ARNm) ; apparue au grand public pendant la pandémie de COVID-19, cette technique est étudiée depuis les années 1990. L'ARNm ordonne à l'organisme de sécréter une protéine appartenant à l'antigène. La réaction immunitaire s'enclenche au contact de la protéine.
- Les vaccins à vecteur viral ; il s'agit de vaccins ayant pour vecteur un virus inoffensif pour l'homme, modifié pour accueillir un fragment du germe à combattre (Ameli, 2022).

Edward Jenner, médecin de campagne anglais, est à l'origine de la vaccination. A la fin du 18^{ème} siècle, il initie les principes de l'immunologie en constatant que des fermières infectées par la vaccine³ ne sont pas atteintes par le virus de la variole. Cette découverte a permis d'enrayer la pathologie, extrêmement contagieuse et mortelle pour l'Homme, entraînant des signes

³ La vaccine est une maladie infectieuse des bovidés se manifestant principalement par des pustules, équivalente à la variole humaine mais bénigne pour l'Homme. C'est de cette expérience que sont issus les mots vaccination et vaccin, désignés par Pasteur.

généraux sévères et des pustules (Larousse, s. d.). Louis Pasteur, docteur en sciences français, succède aux travaux de Jenner en mettant au point des vaccins atténués. Il explique cette méthode par l'inoculation « *des virus affaiblis ayant le caractère de ne jamais tuer, de donner une maladie bénigne qui préserve de la maladie mortelle* » (Louis Pasteur, 1881). Il isole le germe chez la personne contaminée, le cultive et le modifie en laboratoire afin de l'injecter. Il crée le vaccin contre le virus de la rage en 1885 (Institut Pasteur, 2016). Sont ensuite découverts d'autres vaccins comme celui contre la bactérie responsable de la fièvre typhoïde en 1896 jusqu'à celui contre le virus de la COVID en 2020 (Vaccination-info-service, s. d.).

La présente étude avait pour but la promotion de la vaccination contre les pneumocoques, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche au sein de structures pour personnes âgées.

a. Les pneumocoques

Les infections à pneumocoques, dues à la bactérie streptococcus pneumoniae, sont responsables de pneumonies, d'otites, de sinusites et de méningites. Elles peuvent être à l'origine de septicémies. La contamination a lieu lors d'un contact étroit et direct avec une personne infectée. Le risque de contamination est multiplié par quatre pour les personnes atteintes d'une pathologie chronique. Il y a vingt-trois à quarante-huit fois plus de risques de contamination chez les personnes immunodéprimées et on compte 95% de décès chez les splénectomisés. Depuis la promulgation de la loi Buzyn en 2018, la vaccination devient obligatoire pour 11 maladies chez les nourrissons (Ministère des solidarités et de la santé, 2022), elle est recommandée pour les immunodéprimés ainsi que pour les personnes atteintes de maladies chroniques prédisposant à une infection. La liste des personnes éligibles est définie dans le calendrier vaccinal annuel de la HAS. Pour les adultes à risque d'infections à pneumocoques, la vaccination est effectuée avec un vaccin conjugué 13-valent Prevenar 13 dirigé contre treize souches de streptococcus pneumoniae (plus de quatre-vingt-dix souches sont identifiées). Puis, elle est complétée par un vaccin polysidique non conjugué 23-valent Pneumovax 23 dirigé contre vingt-trois souches, huit semaines plus tard. La revaccination par Pneumovax au-delà de cinq ans après la dernière injection est à envisager. Il s'agit de vaccins à fragments. Ces injections sont remboursées par la sécurité sociale selon les recommandations en vigueur et sur prescription médicale, à hauteur de 65% (Vaccination-info-service, 2021). La mutuelle santé complète généralement le remboursement (Santé Publique France, 2021). Selon le site du gouvernement informant sur les

vaccinations, on a observé une diminution de plus de 40% des pathologies liées aux pneumocoques grâce à la vaccination des enfants et à l'immunité de groupe qui en découle. A la suite de l'injection, il est retrouvé les mêmes effets indésirables possibles que lors de la vaccination antigrippale ; ils sont bénins et transitoires. Il s'agit de rougeurs et douleurs au point d'injection, réactions allergiques rares, douleurs musculaires, céphalées, légère hyperthermie (Vaccination-info-service, 2019).

b. La diphtérie, la poliomyélite, le tétanos

La diphtérie est une maladie bactérienne très contagieuse se manifestant la plupart du temps par une angine à fausses membranes. Les bactéries responsables de la diphtérie (*Corynebacterium diphteriae* transmissible d'homme à homme et *Corynebacterium ulcerans* transmissible de l'animal à l'Homme, pour exemples) ont la capacité de produire une toxine (la toxine diphtérique), à l'origine de la gravité de l'infection. Cette toxine peut causer une paralysie du système nerveux central ou des muscles respiratoires entraînant la mort par asphyxie. La diphtérie se transmet par contact direct avec les sécrétions rhinopharyngées d'une personne infectée (MesVaccins.net, 2021). Le traitement de la diphtérie consiste en l'administration d'un sérum antidiphtérique d'origine équine et d'antibiotiques (Institut Pasteur, 2015). La vaccination obligatoire a permis l'éradication de cette maladie en France. Ce vaccin est composé d'une toxine modifiée pour être inactive, des rappels sont nécessaires. Il est combiné à d'autres vaccins inactifs, on le dit tétravalent lorsqu'il est combiné à celui contre la poliomyélite, le tétanos et la coqueluche. Il est remboursé à hauteur de 65% par la sécurité sociale, et les mutuelles santé complètent le remboursement. La vaccination est rarement contre-indiquée (allergies rares aux composants) et provoque peu d'effets indésirables, généralement bénins comme pour les autres vaccinations citées (Base de données publique des médicaments, 2021).

La poliomyélite est une maladie causée par un virus qui envahit le système nerveux et est responsable de paralysies irréversibles pouvant entraîner la mort par asphyxie. L'infection commence par des symptômes grippaux pouvant être associés à des vomissements, une raideur de la nuque, des douleurs des membres. Surviennent ensuite les paralysies (1 personne sur 200 environ), touchant les jambes généralement, pouvant causer une dépendance à vie. Mal connu, le syndrome « post-polio » désigne la survenue de nouveaux déficits chez des personnes ayant contracté la maladie des années plus tôt. Très contagieuse, la poliomyélite se transmet par les

sécrétions orales et fécales, d'humain à humain. Il n'existe pas de traitement curatif. La prévention réside dans l'hygiène et la vaccination obligatoire. Cette dernière a permis l'élimination de cette pathologie de l'Europe depuis 2002 (Institut Pasteur, 2016).

Le tétanos n'est pas une maladie contagieuse mais il est causé par une bactérie naturellement présente dans l'environnement (sols, rouille,...). La contamination a lieu par le contact d'une plaie (qu'importe sa taille, sa profondeur, sa gravité) avec la bactérie. Celle-ci sécrète des toxines tétaniques responsables d'atteintes neuromusculaires telles que contractures, spasmes, convulsions pouvant entraîner la mort. Etant donné le caractère non contagieux du tétanos, c'est uniquement la vaccination individuelle et complète qui protège l'individu. Bien que devenu rare en France grâce à la vaccination, des cas subsistent touchant des personnes non ou mal vaccinées (Santé Publique France, 2021).

Ces trois dernières pathologies font partie des maladies à déclaration obligatoire, nécessitant une intervention urgente au niveau local, national ou international et/ou une surveillance et une adaptation des politiques de santé publique (Santé Publique France, 2003). Le développement de ces maladies n'entraîne pas de phénomène d'immunité acquise. Un rappel vaccinal est organisé à l'âge de 25 ans, de 45 ans, de 65 ans puis tous les 10 ans.

c. La coqueluche

La coqueluche est une maladie bactérienne potentiellement mortelle pour les nourrissons mais aussi pour les personnes à risque telles que les personnes âgées. Extrêmement contagieuse, la transmission se fait par voie aérienne au cours d'un contact direct avec une personne contaminée. Elle se manifeste par des quintes de toux pouvant s'accompagner d'une défaillance respiratoire et/ou multiviscérale (Institut Pasteur, 2015).

III. La vaccination : une priorité de santé publique

Comme le soulignait Jean-Charles Sournia⁴ dans ses travaux, l'histoire de la santé publique a été peu décrite. Pourtant, sans être nommée comme telle, elle semble avoir été pratiquée de longue date. Les romains fabriquaient des égouts, des latrines, des bains publics, améliorant l'hygiène de la population. La ville de Raguse quant à elle, est à l'origine des premières mises en quarantaine. En 1377, elle interdisait l'accès à son port à toute personne suspectée d'être atteinte de la peste noire (Sournia, 1982). La santé publique est en grande partie née de la gestion des épidémies. Avec elle, la médecine prend un nouveau tournant. Il ne suffit plus de guérir l'individu mais de maintenir la population en bonne santé. L'agence nationale de santé publique, Santé Publique France (SPF), dont la création récente est issue de la loi de modernisation de notre système de santé, date de 2016. Selon Jacques Vallin et France Meslé⁵, deux conditions sont essentielles à l'élaboration d'une démarche de santé publique « *que les hommes (ou du moins certains d'entre eux) sachent ou croient savoir comment lutter contre la maladie et la mort et que la société ait un degré d'organisation suffisant pour secréter en son sein des institutions capables et désireuses d'apporter une contribution collective à l'amélioration de l'état de santé de la population.* » (Vallin & Meslé, 2006). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reprend en 1952 les mots proposés par Charles Edward Winslow (bactériologiste et expert en santé publique américain) pour définir la santé publique comme « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif. Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie (médecine et soins) et de réadaptation* » (Larousse, s. d.). Selon la charte d'Ottawa, la promotion de la santé a « *pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé* » (OMS, 1986). La prévention en santé quant à elle « *consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités* » (HAS, 2006).

La vaccination fait partie du premier niveau de prévention en santé, car elle agit en amont de la maladie. La première vaccination obligatoire en France date de 1902 et concerne la variole. La loi Buzyn de 2018 rend onze vaccinations obligatoires dont celles contre les pneumocoques et

⁴ Le Professeur Jean-Charles Sournia (1917-2000), a été notamment chirurgien, médecin conseil national de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, responsable des services médicaux du régime général de la Sécurité Sociale, directeur général de la Santé au ministère de la Santé, professeur de santé publique. Il est connu pour ses différents ouvrages sur l'histoire de la médecine.

⁵ Chercheurs à l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED)

la coqueluche contre trois auparavant (DTP). Cette obligation concerne les enfants, les vaccinations restent une recommandation pour les adultes.

Florence Nightingale, infirmière britannique pionnière, a révolutionné la pratique des soins infirmiers et a posé les bases du métier d'infirmier moderne. Ses recherches statistiques précises sur les conditions d'hygiène des soldats lors de la guerre de Crimée ont permis la réforme des hôpitaux militaires, travail étendu ensuite aux hôpitaux publics. Elle est considérée comme une experte en santé publique (ARTE, 2022). L'infirmier exerçant en pratique avancée (IPA), statut créé également par la loi de modernisation de notre système de santé, doit être capable de créer et de mettre en œuvre des actions de prévention. Parallèlement, l'IPA a pour compétence la recherche, l'analyse et la production de données professionnelles et scientifiques (Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, 2018) ; elle a donc un rôle indéniable en matière de santé publique.

IV. La personne âgée

Le vieillissement est un processus inéluctable, continu et progressif, débutant dès la fin de la croissance chez l'être humain. Il se définit par « *l'ensemble des phénomènes physiologiques inévitables et irréversibles qui accompagnent l'avancée en âge. [...] le vieillissement aboutit à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme, c'est-à-dire à une diminution de ses capacités d'adaptation.* » (Puisieux, 2012). L'âge évoqué pour parler d'une personne âgée est habituellement de 60 (définition OMS) ou de 65 ans (âge de la retraite dans de nombreux pays européens). Mais, cette limite ne semble plus pertinente en raison de l'évolution de l'espérance de vie qui rend cette tranche d'âge plus active qu'auparavant, à tel point que les consensus gériatriques en recherche posent de plus en plus comme base 75 ans. Le vieillissement étant aléatoire et fortement influencé par les comportements individuels et par l'environnement, bien plus qu'une définition chronologique, il se distingue trois catégories de personnes âgées :

- La personne âgée dite vigoureuse, qui vit un vieillissement « réussi », reste autonome, active socialement, en « bon » état de santé ;
- La personne âgée dite fragile, vivant un vieillissement physiologique, son état de santé est précaire, à risque de basculement dans la catégorie suivante ;

- La personne âgée dite dépendante, à l'état de santé altéré par une polyopathie chronique responsable d'incapacités et d'isolement social. La démence touche la moitié de cette catégorie.

Face au vieillissement des personnes, les projections populationnelles publiées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoient qu'en 2050 plus d'une personne sur trois sera âgée de plus de 60 ans contre une personne sur cinq en 2000. Selon le rapport paru en 2002, en 2050, la population des plus de 60 ans aura doublé par rapport à celle de 2000, la population des plus de 75 ans aura triplé, celle des plus de 85 ans aura quadruplé (Brutel, 2002). L'espérance de vie des personnes a presque doublé durant le 20^{ème} siècle, passant de 40 à presque 80 ans. Selon les données publiées par l'INSEE en 2019, l'espérance de vie sans incapacité en France en 2017 était de 64,9 ans pour les femmes et de 62,6 ans pour les hommes (INSEE, 2019). L'allongement de la durée de vie ne correspond donc pas forcément à des années de vie « en bonne santé ».

a. La polyopathie

En 2005, l'OMS définit les maladies chroniques comme « *des problèmes de santé qui nécessitent des soins sur le long terme (pendant un certain nombre d'années ou de décennies) [...] leur point commun est qu'elles retentissent systématiquement sur les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.* » (Pruitt, 2005). La polyopathie désigne « *la co-occurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins 2) chez le même individu sur la même période* » (HAS, 2015). Ces pathologies sont intriquées, s'additionnent.

L'enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992 conclue que 93% des plus de 70 ans souffrent d'au moins deux maladies chroniques, 85 % d'au moins trois maladies (Le Pape, 1997). Plusieurs raisons expliquent le nombre plus important de maladies chroniques avec l'âge :

- Une durée d'exposition plus longue aux facteurs de risques ;
- L'altération des organes vieillissants ;
- Les progrès thérapeutiques préventifs et curatifs améliorant la survie des personnes et retardant l'apparition des complications (Puisieux, 2012).

La dépendance et les complications du grand âge sont bien souvent la résultante de ces maladies chroniques.

La polyopathie est forcément associée à la polymédication. Les sujets âgés sont les plus grands consommateurs de médicaments. Ils sont donc davantage exposés au risque iatrogène. L'altération du fonctionnement physiologique (fonction rénale, hypoprotidémie, modification du rapport masse maigre/masse grasse,...) implémente ce risque.

Les pathologies dont souffrent régulièrement la personne âgée (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...) sont aussi celles qui exposent la population générale à un risque accru de développer une forme grave des maladies évitables par la vaccination.

b. Notion de fragilité et cascades gériatriques

La gériatrie se préoccupe davantage des personnes âgées dites fragiles ou dépendantes. La Société Française de Gériatrie et Gérologie (SFGG) définit la fragilité par une « *diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution.* » (Rolland et al., 2011). La notion de fragilité est un processus réversible, la dépendance de la personne âgée ne l'est pas. Il convient donc de dépister la fragilité par ses critères et de les corriger. Par ses travaux, Linda Fried définit en 2001 la présence d'une fragilité chez un sujet âgé par l'existence d'au moins trois des cinq critères, dits critères de Fried qui concernent :

- Une perte de poids involontaire ;
- Une faiblesse musculaire ;
- Les notions d'endurance, de fatigue ;
- La vitesse de marche ;
- Une activité physique réduite, la sédentarité (Michel, 2012).

Cette approche permet de mesurer la fragilité d'un point de vue physique uniquement. Pour évaluer la fragilité de façon multidimensionnelle, la SFGG valide également des critères « multi-domaines » reprenant notamment la cognition, l'humeur, la motivation, la motricité, l'équilibre, la continence urinaire, la nutrition, la condition sociale,...

La personne âgée fragile est en permanence exposée à la possible décompensation d'une fonction (cognitive = confusion, thymique = dépression, rénale = insuffisance rénale,...). Jean-

Pierre Bouchon modélise ce risque en 1984 grâce au schéma présenté ci-dessous. Le « I » représente le vieillissement physiologique de l'organe, n'expliquant pas à lui seul sa défaillance. Le « II » correspond à l'existence d'une maladie chronique venant accentuer, agir sur le vieillissement physiologique et menant à moyen terme à la défaillance. Le « III » fait référence aux facteurs précipitants la défaillance tel un syndrome infectieux.

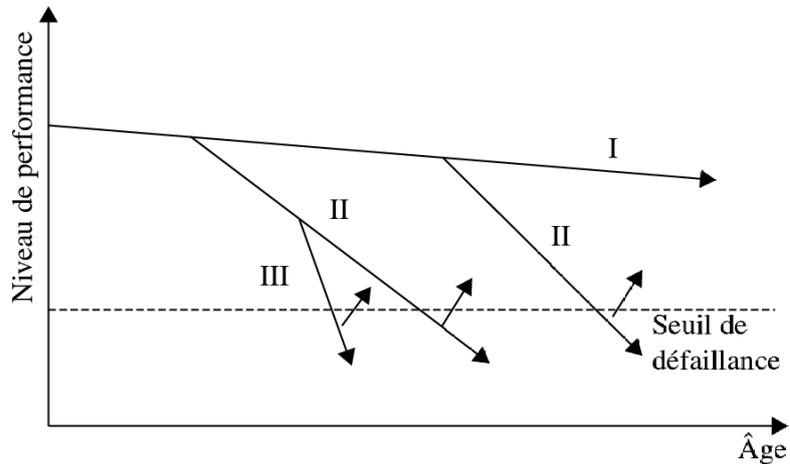


Schéma dit I, II, III de Bouchon

L'apparition d'un facteur précipitant chez une personne âgée fragile l'expose donc au risque de décompensation fonctionnelle mais également à un cercle vicieux nommé cascade gériatrique. La cascade gériatrique correspond aux retentissements de pathologies les unes sur les autres causant leur aggravation mutuelle. Un syndrome infectieux peut-être responsable d'une déshydratation, d'une dénutrition, d'un alitement, d'un évènement thrombo-embolique, d'une escarre,... Ces évènements interagissent et peuvent mener à une dépendance voire au décès.

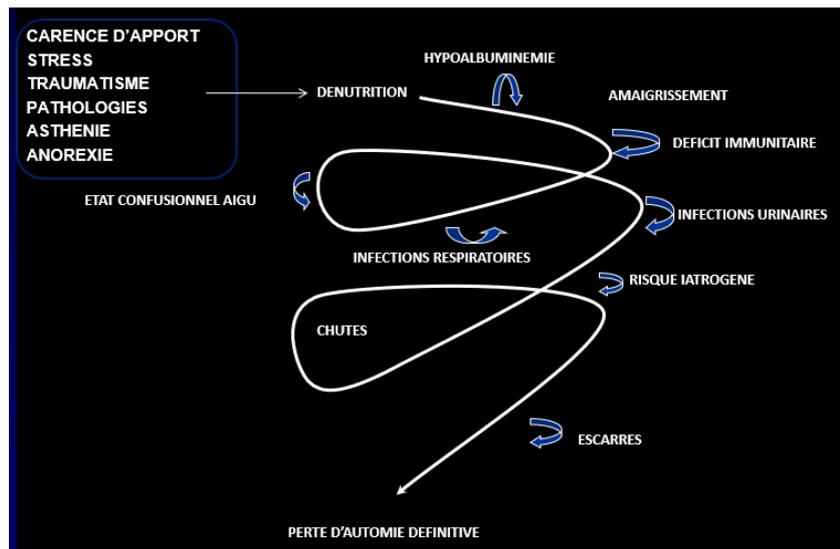


Schéma d'illustration de la cascade gériatrique (Puisieux, s. d.)

c. L'immunosénescence

Dans le dictionnaire Larousse, la sénescence est définie comme « *le vieillissement naturel des tissus et de l'organisme* » (Larousse, s. d.). L'immunosénescence correspond donc au vieillissement naturel du système immunitaire humain. Elle désigne l'altération physiologique des mécanismes impliqués dans la défense de l'organisme, probablement aggravée par l'existence de pathologies. Complexe, le phénomène d'immunosénescence n'est pas encore totalement compris. Il est certain que l'avancée en âge s'accompagne d'une recrudescence des maladies infectieuses et d'une baisse de l'efficacité de la réponse vaccinale.

En 2016, le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a publié un rapport sur la vaccination des personnes âgées. Les études portant sur l'immunosénescence permettent de mettre en évidence que le vieillissement s'accompagne des éléments clés suivants :

- Une réponse altérée lors de la présentation de nouveaux antigènes ; la réponse immunitaire innée est altérée ;
- Une mémoire vaccinale altérée ; la réponse immunitaire acquise est altérée car la production d'anticorps spécifiques est appauvrie ;
- Un état inflammatoire chronique appelé « inflammaging » causé par la production massive de cytokines, altérant la régulation du système immunitaire et notamment le fonctionnement des autres cellules y contribuant ;
- Une augmentation des manifestations auto-immunes.

Ce rapport souligne que la primo-vaccination est moins efficace chez le sujet âgé mais que les rappels demeurent efficaces car la mémoire immunitaire perdure bien qu'elle soit réduite (HCSP, 2016).

d. Vie en collectivité et risque épidémique

Il est indéniable que la vie en collectivité est un facteur de propagation des infections de microbes contagieux. C'est bien pour cela que les vaccinations obligatoires sont vérifiées pour chaque enfant avant l'entrée en structure collective (crèche, école). La pandémie de COVID-19 a été un exemple concret du risque d'expansion d'une infection contagieuse en EHPAD. Pour illustration, dans une des résidences du CH de Roubaix lors de la vague d'octobre 2020, un résident est testé positif le 08/10, ils sont cinq le 10/10, onze le 12/10, vingt-huit le 20/10, quarante-quatre le 25/10. En 2018, des épidémiologistes et hygiénistes ont publié une étude portant sur le risque, la prévention et la gestion des épidémies dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées en Occitanie dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire, revue de la SPF. Il est mis en évidence que les épidémies en EHPAD sont liées aux difficultés à

- Identifier précocement les épidémies du fait d'un nombre de personnel limité ;
- Obtenir rapidement des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) ;
- Mettre en place des mesures complémentaires efficaces rapidement, difficulté liée notamment aux visites et aux intervenants extérieurs selon l'étude ;
- Une couverture vaccinale du personnel insuffisante (Durand et al., 2018).

V. **Problématiques de l'étude**

Tous ces constats faits dans les résidences du CH de Roubaix et la mise en évidence des risques inhérents aux personnes âgées fragiles exposées aux maladies évitables par la prévention primaire, incitent à prendre des mesures pour améliorer la couverture vaccinale des résidents. La mise en œuvre de mesures d'information concernant la vaccination contre la grippe et contre la COVID-19 à destination des résidents et de leurs proches, semble avoir amélioré la couverture vaccinale des résidents sans pour autant qu'un lien de cause à effet ait pu être établi.

La question de recherche de la présente étude était de savoir si la promotion de la vaccination auprès des résidents d'EHPAD et de leurs proches pour les maladies liées aux pneumocoques, la coqueluche, la diphtérie, la poliomyélite et le tétanos améliorerait le taux de couverture vaccinale des maladies concernées.

L'objectif principal de ce travail était de mesurer l'impact de l'information fournie par les professionnels des EHPAD concernant les vaccinations sur les taux de vaccination des résidents. L'hypothèse principale était que l'information fournie par les professionnels des EHPAD permettait d'améliorer la couverture vaccinale des résidents.

Le premier objectif secondaire était de mesurer l'impact du type d'information fournie par les professionnels des EHPAD concernant les vaccinations sur les taux de vaccination des résidents. L'hypothèse était que le taux de vaccination était corrélé au type d'information reçue, plus l'information était complète plus le taux de vaccination était satisfaisant.

Le deuxième objectif secondaire était de déterminer qu'aucun groupe de personnes n'était impacté prioritairement par l'information reçue (résident, référent administratif, représentant légal, médecin référent). L'hypothèse était que l'information reçue, destinée à tous, n'impactait pas de façon significative un groupe de personnes en particulier plus qu'un autre.

Méthode

I. Type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche de ce mémoire, il a été mené une étude quantitative. Il s'agissait d'une étude observationnelle comptabilisant le taux de vaccination des résidents dans les trois structures EHPAD du CH de Roubaix après le déroulement d'une campagne de promotion de la vaccination ayant eu lieu au début du mois de février 2022. L'étude était multicentrique, et suivait une méthode d'analyse comparative entre structures. Elle était validée par l'Unité de Recherche Clinique (URC) puis par le comité d'éthique du CH Victor Provo comme répondant aux critères d'une étude de type MR-004. Elle était uniquement liée à une obligation déclarative de conformité à la méthodologie de référence MR-004 auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sans avis du Comité de Protection des Personnes (CPP).

Elle concernait la mise à jour des vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les pneumocoques selon les recommandations du calendrier vaccinal annuel de la HAS.

L'objectif principal était de mesurer l'impact de l'information fournie par les professionnels des EHPAD concernant les vaccinations, sur les taux de vaccination des résidents. L'outil de mesure était de comparer les taux de vaccination des résidents des trois EHPAD du CH concernant la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les pneumocoques selon qu'ils recevaient (bras 1, résidences Fraternité et Isabeau) ou non (bras 2, résidence Jardins du vélodrome) une information sur la vaccination.

Le critère de jugement principal était la différence des taux de vaccination des résidents d'EHPAD concernant les rappels diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et la primo-vaccination contre les pneumocoques entre les deux bras de l'étude.

Le premier objectif secondaire était de mesurer l'impact du type d'information fournie par les professionnels des EHPAD concernant les vaccinations sur les taux de vaccination des résidents. L'outil de mesure était de comparer les taux de vaccination en fonction du type d'information reçue.

Le critère de jugement secondaire numéro un était le taux de vaccination selon le type d'information reçue (pas d'information pour la résidence des Jardins du Vélodrome, courrier et affichage de documents ou courrier et affichage de documents associés à la participation à une réunion d'information pour les résidences de la Fraternité et Isabeau de Roubaix).

Le deuxième objectif secondaire était de déterminer qu'aucun groupe de personnes n'était plus impacté qu'un autre par l'information reçue pour aider à consentir à la vaccination (résident, référent administratif, représentant légal, médecin). L'outil de mesure était de comparer les taux de vaccination en fonction de la personne ayant donné son consentement.

Le critère de jugement secondaire numéro deux était de comparer les taux de vaccination selon les personnes qui avaient donné l'accord pour la vaccination (résident, représentant légal, référent administratif, médecin).

II. Population choisie

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les suivants :

- Résidents des EHPAD du Centre Hospitalier de Roubaix
- Résidents accueillis jusqu'au 11 février 2022
- Eligibilité à la vaccination contre ces pathologies validée par un médecin selon les recommandations du calendrier vaccinal annuel de la HAS
- Pas d'opposition de participation à l'étude émise

Les critères de non inclusion à l'étude étaient les suivants :

- Résident hébergé en USLD car cette population est médicalement trop hétéroclite
- Opposition de participation à l'étude recueillie
- Résident accueilli après le 11 février 2022
- Résident déjà vacciné contre ces pathologies

III. Schéma du déroulé de l'étude

La note d'information a été diffusée à chaque résident du 14 au 18 février 2022. En cas de mesure de protection, les représentants légaux des résidents réceptionnaient les documents. La personne désignée référente administrative du résident était informée. En cas d'incapacité du résident à consentir de façon éclairée à l'étude, le représentant légal en première intention puis la personne référente à défaut pouvait prendre le relai. Si le résident était capable de consentir de façon éclairée à l'étude, sa décision était la seule retenue. La capacité à consentir était définie par les médecins et infirmiers des résidences en fonction de leur connaissance du résident. Chacun d'entre eux était le sujet d'une discussion en équipe afin d'identifier cette aptitude au regard de ses activités et comportements quotidiens. La note d'information devait recueillir l'opposition à l'étude dans un délai de trois semaines après communication de celle-ci. Au terme de ce délai, il était effectué le recensement des résidents éligibles aux vaccinations d'après les données des dossiers patients informatisés. Ces éligibilités étaient validées par les médecins des résidences. En parallèle, il était recensé les antécédents concernant leurs vaccinations selon les statuts vaccinaux renseignés par les médecins référents dans les dossiers patients informatisés.

Les personnes ayant bénéficié d'un courrier explicatif, d'affichage de documents au sein des résidences et du défilement d'un diaporama concernant ces vaccinations, étaient recensées ainsi que les personnes ayant participé aux réunions d'information.

Après la campagne de vaccination du 23 février au 18 mars 2022, les données concernant les taux de vaccinations étaient recueillies selon les statuts vaccinaux des dossiers patients informatisés.

Un tableau de correspondance était réalisé sur le serveur sécurisé du CH « Sharepoint ». Le tableur de données était rempli sur ce même serveur entre le 11 et le 18 mars 2022. Les statistiques étaient établies par le biostatisticien de l'URC du CH Roubaix qui est le Docteur Rémy Diesnis.

IV. Recueil de données

Le recueil de données se faisait sur un tableur Excel pseudonymisé en fonction de la liste de correspondance des patients détenue par l'investigateur sans qu'il n'y soit fait mention des noms, prénoms ou dates de naissance des résidents. Ce tableur était stocké sur les serveurs du CH.

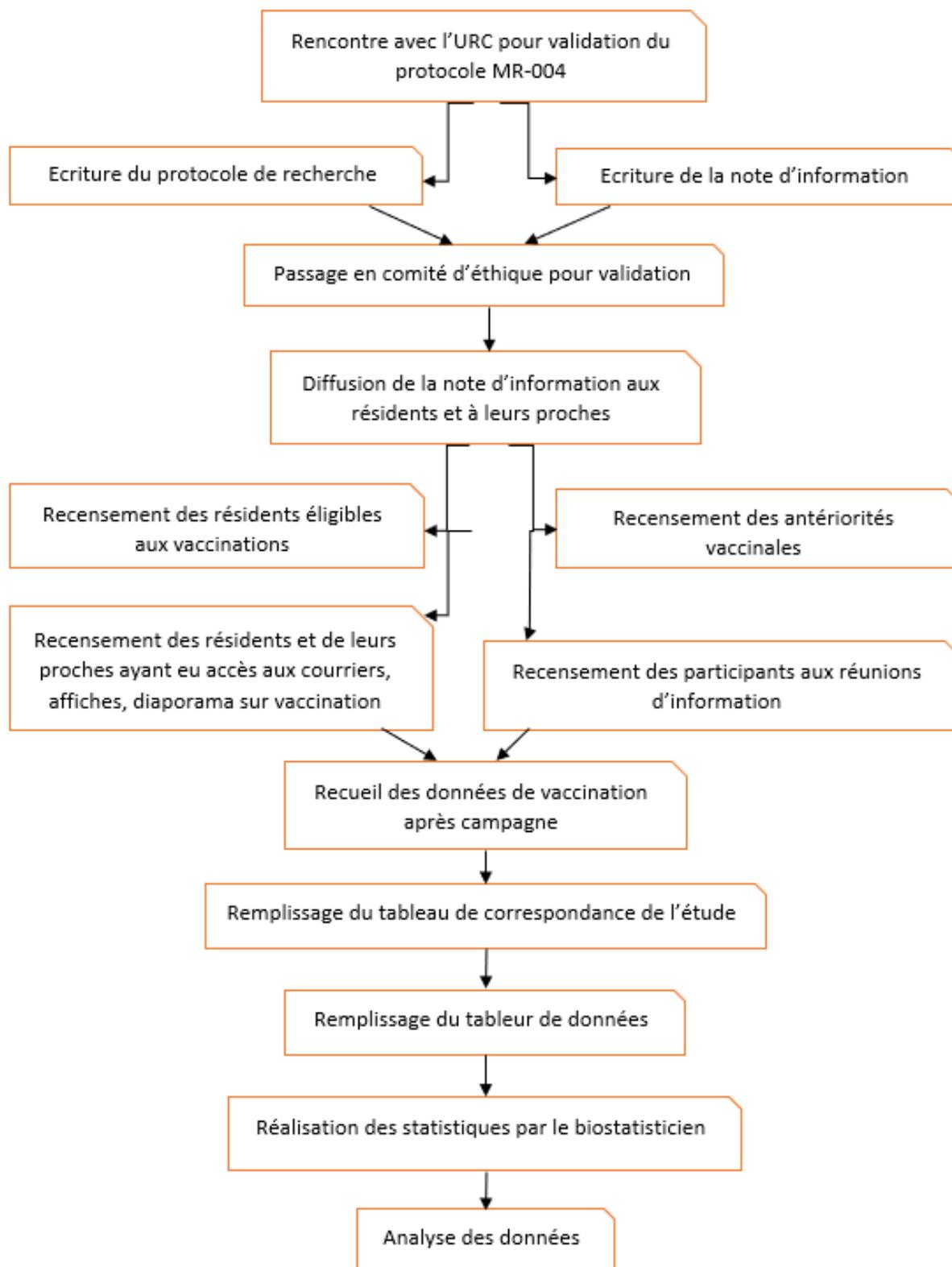
Les données ont été recueillies de manière anonyme dans les dossiers informatisés des patients sur le logiciel Easily utilisé au CH de Roubaix. Les patients étaient identifiés par un numéro unique dans l'étude et seul l'investigateur détenait la table des correspondances entre ces numéros et l'identité des résidents participant à la recherche. Cette correspondance était établie à l'aide du logiciel Excel sur un fichier codé, protégé par un mot de passe, sur les ordinateurs de l'établissement, accessibles eux-mêmes par mot de passe, et n'est pas sortie de l'établissement.

V. Données statistiques

Les données descriptives sont présentées avec leurs effectifs et taux pour les variables qualitatives et avec la moyenne et déviation standard pour les variables quantitatives.

Il a été utilisé le Logiciel R++ (basé sur R 3.6.3) pour les calculs statistiques. Il a été choisi le test de Student pour les variables quantitatives, le test du Chi2 pour les variables qualitatives et le test de Fisher quand les conditions de réalisation du test de chi2 n'étaient pas remplies.

Il a été décidé d'un risque Alpha de 0,05 pour seuil de significativité pour l'ensemble de l'étude.



Synopsis du déroulé de l'étude « Vaccin'EHPAD, vaccins dans les EHPAD du CH Victor Provo de Roubaix »

Résultats

I. Données descriptives

L'étude a été menée auprès de 244 résidents des 3 EHPAD du Centre Hospitalier de Roubaix. Cet échantillon était majoritairement composé de femmes, à 68,9% (n=168). La moyenne d'âge était de 82.2 années (55-101). Le pourcentage de résidents atteints de troubles neurocognitifs atteignait 84,8% (n=207). Ils étaient 54,5% (n=133) à n'avoir reçu aucune information sur la campagne vaccinale. Les résidents étaient 42.2% (n=103) à avoir bénéficié d'une information par le biais d'un courrier et d'affichage de documents dans les établissements et 3,3% (n=8) des résidents avaient assisté à une réunion d'information sur les vaccinations en plus de la réception du courrier explicatif et de l'accès aux documents.

L'étude incluait trois résidences :

- La résidence des Jardins du Vélodrome, qui accueillait 54,5% (n=133) des résidents de l'étude. La population était composée à 69,9% (n=93) de femmes, pour une moyenne d'âge de 82,4 années (55-100). Les résidents étaient 86,5% (n=115) à être atteints d'un trouble neurocognitif. Ils étaient 100% (n=133) à n'avoir pas reçu d'information émanant des soignants de l'étude concernant les vaccinations.
- La résidence de la Fraternité, qui accueillait 22,5% (n=55) des résidents de l'étude. La population était composée à 67,3% (n=37) de femmes, la moyenne d'âge atteignait 81,3 ans (61-101). Les résidents étaient 87,3% (n=48) à être atteints d'un trouble neurocognitif. Ils étaient 94,5% (n=52) à avoir seulement bénéficié d'un courrier explicatif et de l'affichage de documents sur les vaccinations recommandées ; 5.5% (n=3) avaient reçu le courrier explicatif, avaient eu accès aux documents affichés et avaient assisté à la réunion d'information (en personne et/ou représentés par leurs référents familiaux).
- La résidence Isabeau de Roubaix qui accueillait quant à elle 23% (n=56) des résidents de l'étude. La population était composée à 67,9% (n=38) de femmes pour une moyenne d'âge de 82,5 ans (58-96). Les résidents étaient 78,6% (n=44) à présenter un trouble neurocognitif. Le pourcentage de résidents qui bénéficiait d'un courrier explicatif et de l'affichage de documents seuls était de 91,1% (n=51) ; 8,9% (n=5) des résidents avaient participé et/ou avaient été représentés par leurs référents familiaux à la réunion d'information.

Tableau n°1 : descriptif en % (VA) de la population étudiée en fonction du lieu de résidence

		Tous (N=244)	Isabeau (N=56)	Fraternité (N=55)	JdV (N=133)
Sexe (Homme)		31.1% (76)	32.1% (18)	32.7% (18)	30.1% (40)
Age (en année)		82.2 (10.5)	82.5 (9.68)	81.3 (10.4)	82.4 (10.9)
Trouble neurocognitif		84.8% (207)	78.6% (44)	87.3% (48)	86.5% (115)
Information vaccination					
	Aucune	54.5% (133)	0% (0)	0% (0)	100% (133)
	Courrier	42.2% (103)	91.1% (51)	94.5% (52)	0% (0)
	Courrier + réunion	3.3% (8)	8.9% (5)	5.5% (3)	0% (0)

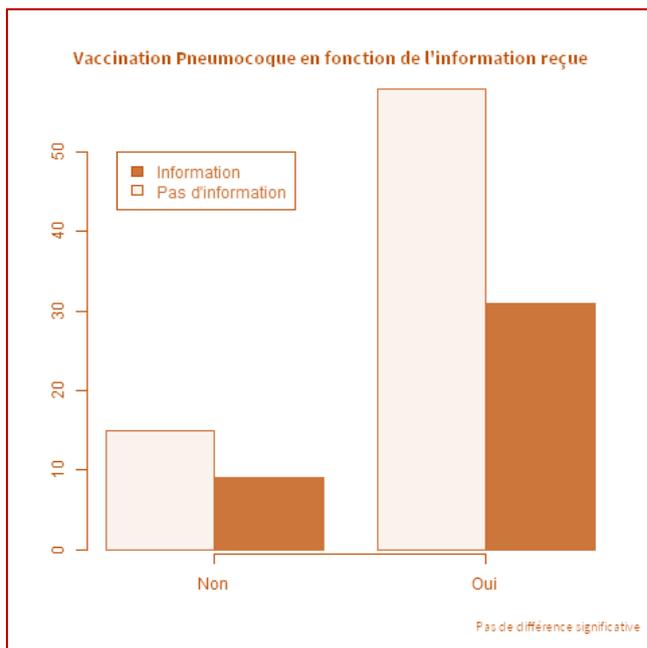
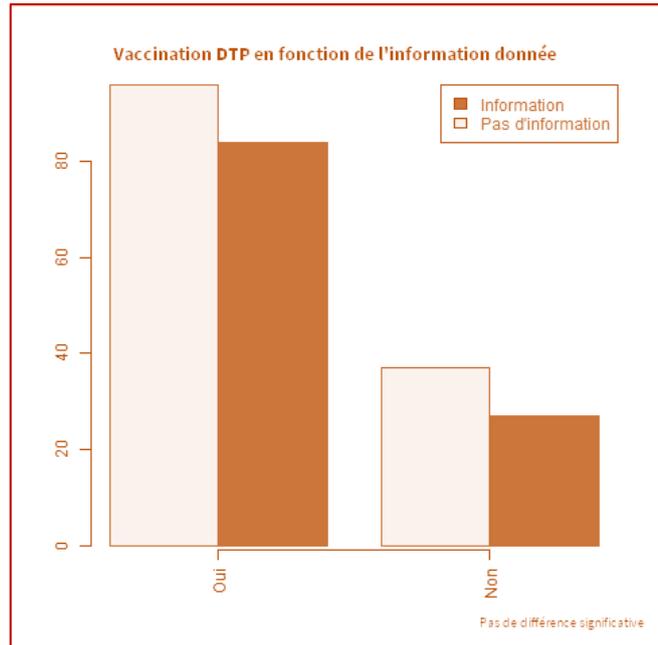
La campagne d'information sur les vaccinations concernait 45,5% (n=111) des résidents de l'étude, qui avaient au moins réceptionné un courrier explicatif et bénéficiaient de l'affichage de documents. Les femmes représentaient 67,6% (n=75) de cette population pour une moyenne d'âge de 81,9 ans (58-101). Le pourcentage de résidents atteints de troubles neurocognitifs était de 82,9% (n=92). Les résidents qui n'avaient pas reçu d'information sur les vaccinations représentaient 54,5% (n=133) de la population, composée à 69,9% (n=93) de femmes pour une moyenne d'âge de 82,4 ans (55-100). Les résidents étaient 86,5% (n=115) à présenter un trouble neurocognitif.

Tableau n°2 : descriptif en % (VA) de la population en fonction de l'information donnée

		Tous (N=244)	Aucun (N=133)	Courrier (N=111)	p-value
Sexe (Homme)		31.1% (76)	30.1% (40)	32.4% (36)	0,797
Age (en année)		82.2 (10.5)	82.4 (10.9)	81.9 (10.0)	0,705
Trouble neurocognitif		84.8% (207)	86.5% (115)	82.9% (92)	0,55
† : test du Chi2, ‡ : test de Fisher, ¯ : test de Student					

II. Concernant l'objectif principal

Les résidents participant à l'étude étaient 100% (n=244) à être éligibles au vaccin tétravalent contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche. La vaccination a été acceptée sans avoir reçu d'information par 72,2% (n=96) des résidents. Elle a été acceptée après avoir reçu un courrier explicatif et avoir eu accès aux documents affichés par 75,7% (n=84) des résidents.



L'éligibilité à la vaccination antipneumococcique concernait 46,3% (n=113) des résidents. La vaccination a été acceptée sans avoir reçu d'information par 79,5% (n=58) des résidents éligibles. Elle a été acceptée après avoir reçu un courrier explicatif et avoir eu accès aux documents affichés dans l'établissement par 77,5% (n=31) des résidents.

Il n'existait donc pas de différence significative entre les résidents ayant reçu une information sur la vaccination et les résidents n'ayant pas reçu d'information.

Tableau n°3 : descriptif en % (VA) des taux de vaccination en fonction de l'information donnée

		Aucune	Courrier	pValue
DTPc		(N=133)	(N=111)	
	Oui	72.2% (96)	75.7% (84)	0,637 †
	Non	27.8% (37)	24.3% (27)	
Pneumo		(N=73)	(N=40)	
	Non	20.5% (15)	22.5% (9)	0,998 †
	Oui	79.5% (58)	77.5% (31)	

† : test du Chi2

III. Concernant le premier objectif secondaire

Une information sur la vaccination était transmise à 45.5% (n=111) des résidents mais seulement 7,2% (n=8) d'entre eux avaient assisté à la réunion d'information concernant le DTP et la coqueluche. Pour la vaccination antipneumococcique, 35,4% (n=40) des résidents avaient reçu une information mais seulement 12,5% (n=5) avaient assisté à la réunion d'information. Le nombre de résidents et/ou le nombre de référents familiaux qui participaient aux réunions d'information était trop faible pour avoir une puissance satisfaisante sur ce premier objectif secondaire.

Tableau n°4 : descriptif en % (VA) du taux de vaccination en fonction de l'information donnée

		Courrier	Courrier + réunion	pValue
DTPc		(N=103)	(N=8)	
	Oui	74.8% (77)	87.5% (7)	0,703 †
	Non	25.2% (26)	12.5% (1)	
Pneumo		(n=35)	(n=5)	
	Non	25.7% (9)	0% (0)	0,474 †
	Oui	74.3% (26)	100% (5)	

† : test du Chi2

IV. Concernant le deuxième objectif secondaire

Lorsque le résident était le seul à prendre la décision d'accepter ou non la vaccination, elle était effectuée à 63,8% (n=160) pour le DTP et la coqueluche et à 73,1% (n=78) pour les pneumocoques. Quand le représentant familial participait à la prise de décision, la vaccination était acceptée à 86,4% (n=44) pour le DTP et la coqueluche et à 82,4% (n=17) pour les pneumocoques. Lorsque le représentant légal participait à la prise de décision, 100% (n=36) des vaccinations étaient effectuées pour le DTP et la coqueluche, ainsi que 100% (n=15) pour les pneumocoques. Quand c'est le médecin qui participait à la prise de décision, 100% (n=4) d'entre eux étaient vaccinés pour le DTP et la coqueluche, 100% (n=3) des résidents étaient également vaccinés pour les pneumocoques.

Tableau n°5 : descriptif en % (VA) de la vaccination en fonction de la personne ayant pris la décision

		Résident	Famille	Tuteur	Médecin
DTPc		(N=160)	(N=44)	(N=36)	(N=4)
	Oui	63.8% (102)	86.4% (38)	100% (36)	100% (4)
	Non	36.2% (58)	13.6% (6)	0% (0)	0% (0)
Pneumocoque		(N=78)	(N=17)	(N=15)	(N=3)
	Non	26.9% (21)	17.6% (3)	0% (0)	0% (0)
	Oui	73.1% (57)	82.4% (14)	100% (15)	100% (3)

Les taux de vaccination étaient de 100% (n=40) pour le DTP et la coqueluche et de 100% (n=18) pour les pneumocoques lorsque le représentant légal ou le médecin participaient à la prise de décision. Lorsque le référent familial participait à la décision ou que le résident décidait seul, la vaccination contre le DTP et la coqueluche était acceptée à 68,6% (n=204) ; la vaccination contre les pneumocoques était acceptée à 74,7% (n=95).

Tableau n°6 : descriptif en % (VA) du taux de vaccination en fonction du référent

		Résident/ Famille	Tuteur/ Médecin	p-value
DTPc		(N=204)	(N=40)	
	Oui	68.6% (140)	100% (40)	<0.001 †
	Non	31.4% (64)	0% (0)	
Pneumocoque		(N=95)	(N=18)	
	Oui	74.7% (71)	100% (18)	0,012 ‡
	Non	25.3% (24)	0% (0)	

† : test du Chi2, ‡ : test de Fisher

Concernant les résidents vaccinés contre le DTP et la coqueluche, lorsqu'ils étaient les seuls à prendre la décision 45,1% (n=45) d'entre eux l'avaient accepté après avoir reçu une information sur la vaccination. Lorsque la famille participait à la prise de décision, 50% (n=19) des résidents étaient vaccinés après avoir reçu une information. Les proportions étaient identiques lorsque le tuteur participait à la prise de décision, il y avait 50% (n=18) des résidents vaccinés après avoir été informés.

Concernant les résidents vaccinés contre les pneumocoques, lorsqu'ils étaient les seuls à prendre la décision 70,2% (n=40) d'entre eux l'avaient accepté sans avoir reçu une information sur cette vaccination. Lorsque la famille participait à la prise de décision, 64,3% (n=9) des résidents étaient vaccinés sans avoir reçu d'information. Lorsque c'était le tuteur qui participait à la prise de décision, il y avait 46,7% (n=7) des résidents vaccinés sans avoir été informés.

Les résidents pour qui le médecin avait participé à la prise de décision sont trop peu nombreux pour pouvoir analyser les résultats par rapport à l'objectif.

Tableau n°7 : descriptif en % (VA) du taux de vaccination en fonction de l'information donnée à la personne ayant accepté la vaccination

		Patient	Famille	Tuteur	Médecin
Info DTP		(N=102)	(N=38)	(N=36)	(N=4)
	Oui	44,1% (45)	50% (19)	50% (18)	25% (1)
	Non	54,9% (56)	50% (19)	50% (18)	75% (3)
Info Pneumo		(N=57)	(N=14)	(N=15)	(N=3)
	Oui	29,8% (17)	35,7% (5)	53,3% (8)	33,3% (1)
	Non	70,2% (40)	64,3% (9)	46,7% (7)	66,7% (2)

Discussion

L'étude avait pour objectif principal de mesurer l'impact de l'information fournie par les professionnels des EHPAD sur les taux de vaccination des résidents concernant la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les pneumocoques. Il s'agissait d'une étude observationnelle comptabilisant les taux de vaccination des résidents dans les trois structures EHPAD du CH de Roubaix après le déroulement d'une campagne de promotion de ces vaccinations. L'hypothèse principale était que l'information fournie par les professionnels des EHPAD permettait d'améliorer la couverture vaccinale des résidents. L'étude n'a pas permis de mettre en évidence de meilleurs taux de vaccination chez les résidents ayant reçu une information sur les vaccinations que chez les résidents n'en ayant pas reçu. L'hypothèse principale n'était donc pas validée. La seconde hypothèse était que le taux de vaccination était corrélé au type d'information reçue, plus l'information était complète plus le taux de vaccination était satisfaisant. Le nombre de résidents et/ou le nombre de référents familiaux qui participaient aux réunions d'information était trop faible pour avoir une puissance satisfaisante sur l'objectif secondaire. L'étude ne permettait donc pas de confirmer cette hypothèse. La dernière hypothèse était que l'information reçue, destinée à tous, n'impactait pas de façon significative un groupe de personnes en particulier plus qu'un autre. L'étude ne montrait pas de différence significative entre les taux de vaccination des résidents concernant le DTP et la coqueluche dans les groupes de personnes qui participaient à la prise de décision selon qu'elles recevaient ou non une information. Concernant les vaccinations antipneumococciques, il était constaté des taux d'acceptation plus importants chez les résidents et les familles n'ayant pas reçu d'information. L'hypothèse n'était donc pas validée. L'étude laissait penser un lien négatif entre l'information et les taux de vaccination antipneumococciques. L'information semblait avoir davantage impacté les résidents et les familles, mais de façon négative.

I. Promouvoir efficacement la vaccination

a. L'information fournie ne permettait pas d'améliorer la couverture vaccinale

L'hypothèse principale de l'étude, qui était que l'information fournie par les professionnels des EHPAD permettait d'améliorer la couverture vaccinale des résidents, n'était pas validée.

Lors des recherches menées pour l'écriture de ce mémoire, il n'a pas été retrouvé d'étude portant sur l'évaluation d'une campagne de promotion de la vaccination en structure d'hébergement pour personnes âgées à destination des résidents et/ou de leurs proches. Les études existantes ont porté soit sur les taux de vaccination des résidents en EHPAD soit sur l'évaluation d'une campagne de promotion de la vaccination auprès des professionnels de ces structures. Pour exemple, une étude a été réalisée sur les taux de vaccination des résidents d'EHPAD concernant la COVID-19 et a permis d'objectiver le lien entre la vaccination et la baisse de l'incidence de la pathologie dans ces structures (Miron de l'Espinay & Pinel, 2021). Pour illustrer les travaux concernant la promotion de la vaccination auprès des professionnels, une étude qui a été menée dans des EHPAD non rattachés à des établissements de santé a démontré un accroissement des taux de vaccination contre la grippe chez les personnels qui avaient reçu une information concrète et sous plusieurs formes. La promotion de la vaccination avait été plus impactante chez les professionnels non soignants que chez les soignants ; les taux de vaccination globaux étaient néanmoins restés modestes et les croyances concernant les vaccins ont été peu modifiées (Borgey et al., 2016). Il n'existait donc pas de point de comparaison équivalent avec l'étude Vaccin'EHPAD.

En 2005 l'OMS avait lancé la semaine européenne de la vaccination dans le but de promouvoir les vaccinations au grand public ainsi qu'aux professionnels de santé. La France avait généralisé cette action à l'ensemble du territoire français en 2007. Avant sa mise en place, une campagne pilote de promotion de la vaccination avait eu lieu en Franche-Comté de 2004 à 2006. Un de ses objectifs avait été d'augmenter la couverture vaccinale des adultes concernant le tétanos et la poliomyélite. Pour se faire une campagne d'information par affiches, spots radio, articles de presse avait été destinée au grand public. Les médecins généralistes avaient également été désignés public cible de cette démarche et avaient bénéficié d'informations et d'un contact par l'Assurance Maladie dans le but qu'ils adhèrent à la démarche d'augmentation de la couverture vaccinale de façon pérenne. Il avait été noté une augmentation sensible des vaccinations contre le tétanos et la poliomyélite après la mise en place des actions de sensibilisation. Un tiers des généralistes avaient déclaré avoir davantage discuté de la vaccination avec leurs patients durant

cette semaine ; plus d'un tiers des médecins sollicités avaient déclaré que leurs patients leur avaient parlé spontanément de la vaccination pendant cette période (Baudier et al., 2007). Cette année, le collectif de mobilisation régionale « VaccinAction » s'est créé dans les Hauts-de-France afin de sensibiliser le grand public et les professionnels de santé au sujet des vaccinations recommandées aux adultes à risques. Des actions ont été organisées lors de la semaine de la vaccination.

Selon une revue de la littérature qui a été menée de 2008 à 2014 sur 15 analyses ou méta-analyses, aucun résultat n'avait permis de mettre en évidence l'efficacité d'une intervention sur la limitation des réticences ou des refus de vaccination (Dubé et al., 2015). Des recommandations ont été publiées par l'OMS à la suite de ce travail auquel a participé un groupe consacré à l'élaboration d'une stratégie de lutte contre les réticences en matière de vaccination. A travers son guide d'adaptation des programmes de vaccination, l'OMS a conseillé de comprendre le phénomène émergent du groupe de population. Afin d'y parvenir, l'identification de sous-groupes en fonction des réticences et barrières à leur vaccination a été recommandé afin de leur apporter une information et une réponse adaptées au contexte, ciblées à cette population, fondées sur des données probantes (Butler & MacDonald, 2015). Cette méthode a reconnu l'importance des déterminants de santé sur l'adoption des comportements de santé.

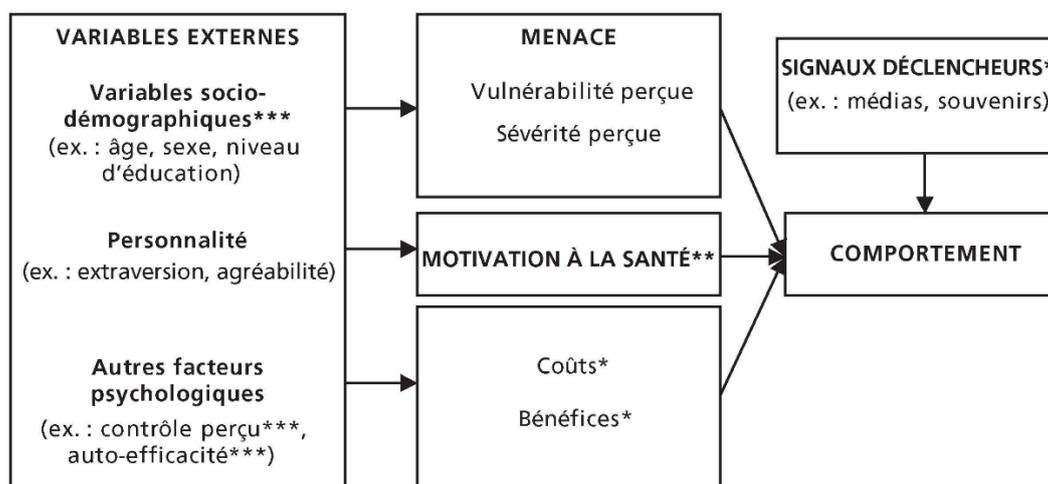
Les déterminants de la santé sont « *des facteurs personnels sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* » (OMS, 1999). La promotion de la santé vise à donner aux individus les moyens d'agir sur ces facteurs potentiellement modifiables comme les comportements en matière de santé. Les comportements en santé désignent toutes les actions entreprises consciemment par l'individu pour agir de manière bénéfique sur sa santé. Ils sont de trois types :

- Les comportements de santé destinés à maintenir un état de santé considéré comme bon par l'individu ; ce sont les comportements impactés par les campagnes de promotion de la santé.
- Les comportements de maladie qui sont destinés à remédier à une maladie ; il s'agit par exemple de consulter le médecin traitant en cas d'apparition d'une pathologie.
- Les comportements de malade destinés à améliorer l'état de santé, comme prendre un traitement (Kasl & Cobb, 1966).

Issus de la psychologie en santé, plusieurs auteurs ont tenté de modéliser les déterminants qui influencent l'adoption d'un comportement de santé. Identifier les facteurs pouvant impacter

l'usage d'un comportement permet de mettre en place des actions pertinentes pour le faire accepter.

Le modèle des croyances en matière de santé a été initialement créé par Rosenstock sur la base de la perception de la menace (la vulnérabilité perçue face au maintien du comportement initial et la sévérité perçue du comportement initial) et de l'évaluation des coûts (ce que coutera) et des bénéfices (ce qu'apportera) à l'adoption du nouveau comportement. Ces variables ont été additionnées à des messages appelés signaux déclencheurs internes (présents dans les souvenirs) ou externes (véhiculés par les médias). La motivation à la santé et d'autres variables externes tel que le contrôle perçu sur sa santé ont été ajoutés par d'autres auteurs au fil des recherches. Dans le chapitre qu'Emilie Boujut a consacré à la prédiction des comportements en santé dans l'ouvrage Psychologie de la santé, il a été cité une revue de la littérature réalisée par Janz et Becker. Selon cette analyse, la gravité perçue serait la variable la moins décisive. Les interventions dans les EHPAD avaient pourtant porté essentiellement sur la gravité des pathologies mentionnées. Une étude qui a été menée en Iran auprès de lycéennes concernant la prévention de l'ostéoporose avait montré l'efficacité du modèle des croyances en matière de santé. Un programme éducatif a été fondé à partir des données recueillies, il avait été noté une amélioration significative des connaissances et des croyances en matière de santé, ainsi qu'un impact positif sur la pratique de l'activité physique (Sanaeinasab et al., 2013). Ce modèle n'avait pas permis de prendre en compte des facteurs inconscients tels que des mécanismes de défense (déli).



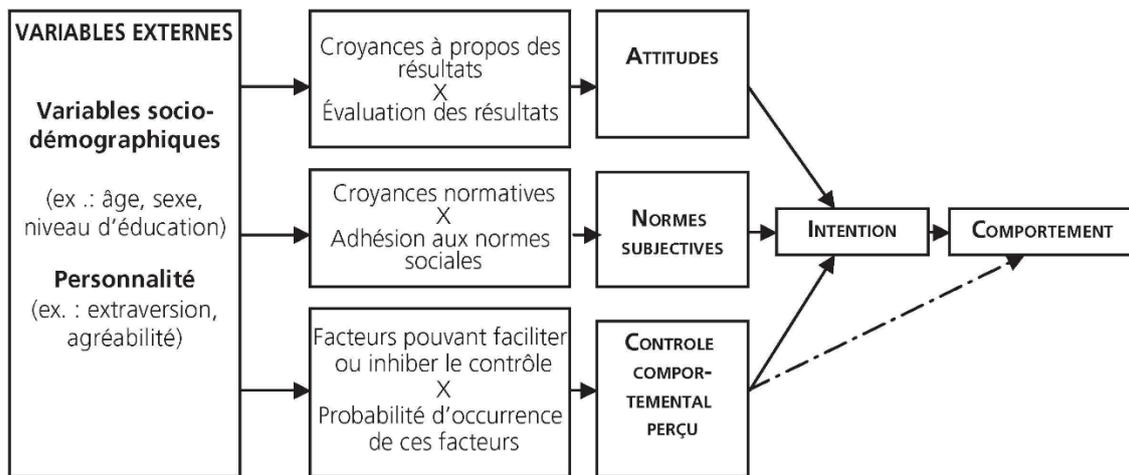
Le comportement de santé dans le modèle des croyances en matière de santé (Health Belief Model) selon Rosenstock, alimenté par les travaux de Becker, Mainman, Norman & Brain (Boujut, 2012)

Dans la théorie du comportement planifié de Fishbein et Ajzen, c'est l'intention comportementale qui avait été identifiée comme essentielle dans le processus de changement. Celle-ci a été reconnue comme influencée par trois variables :

- L'attitude de la personne à l'égard du comportement, ses croyances concernant les risques et effets secondaires encourus, les contraintes à adopter ce comportement ;
- La norme sociale subjective de l'individu, positive ou négative, elle est influencée par son environnement, sa famille, ses connaissances, les médias, les soignants qui l'entourent, ... elle désigne l'avis de l'entourage ou sa pratique vis-à-vis de ce comportement ;
- Le contrôle comportemental perçu qui fait référence à l'idée que la personne a de sa capacité à adopter le comportement.

Des facteurs externes relatifs à la personnalité de la personne et à son contexte de vie ont été nommés comme impactant ces trois variables de l'intention comportementale.

Même si l'intention est nécessaire pour réaliser un comportement, elle n'est pas suffisante pour s'y engager et le maintenir dans le temps. Cette méthode ne se suffisait donc pas à elle-même, il fallait renforcer et faire perdurer cette intention. Par sa revue de la littérature, Emilie Boujut avait suggéré d'utiliser l'implémentation de l'action afin de réduire le fossé entre l'intention et le changement comportemental. Le fait de définir un endroit et une date pour sa réalisation permettrait une meilleure adhésion au comportement. La campagne de promotion des vaccinations dans les EHPAD offrait aux résidents l'opportunité de définir la date et le lieu de réalisation de ce comportement préventif en matière de santé.



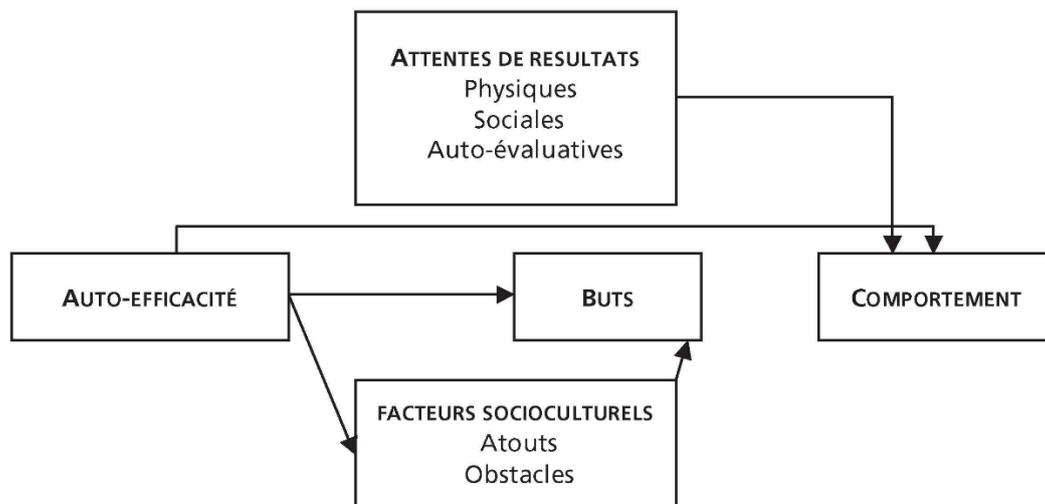
Le comportement de santé dans la théorie du comportement planifié de Fishbein et Azjen en 1980 (Boujut, 2012)

L'étude qui avait été menée en Franche-Comté avait impliqué directement les médecins généralistes. Leur position de prescripteurs et de vaccinateurs avait pu justifier pleinement cette décision. Mais elle n'avait certainement pas été la seule. Les médecins traitants ont une relation centrale dans la prise en soins de la personne ; en France ils sont d'ailleurs légalement reconnus comme les coordonnateurs du parcours de la personne soignée. Ils ont longtemps et pour beaucoup été appelés « médecins de famille », dénomination leur conférant une place particulière auprès de la personne soignée. Pendant la campagne d'information de l'étude Vaccin'EHPAD, plusieurs résidents et familles avaient fait part de leur intention de se rapprocher de leur ancien médecin traitant⁶ pour connaître son opinion vis-à-vis de ces vaccinations et de leur nécessité. Cette décision soulignait la relation de confiance établie entre un professionnel de santé choisi par le résident et lui-même. Selon Paul Ricoeur, la notion d'alliance thérapeutique est définie comme un pacte de soins, « *basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie.* » (Mateo, 2012). L'alliance thérapeutique ne concerne pas uniquement la relation médecin-patient mais les relations entre la personne soignée et chaque intervenant professionnel. Inclure les aidants professionnels gravitant autour des résidents aurait pu impacter la norme sociale subjective rattachée au comportement de vaccination. Ils avaient été conviés aux réunions et informés de la campagne de vaccination mais cela n'avait pas été suffisant pour les y impliquer. Des résidents

⁶ Dans les établissements où l'étude a eu lieu, c'est un médecin exerçant à l'EHPAD qui est désigné médecin traitant. Il n'est actuellement pas possible pour un résident de maintenir la collaboration avec son ancien médecin traitant. Des tentatives d'une telle collaboration ont été un échec, lié à des modes de fonctionnement trop différents et à un manque de communication entre les professionnels.

et des familles s'étaient tournés vers les aidants professionnels de proximité notamment le week-end afin d'obtenir des informations qu'ils n'avaient pas été en capacité de fournir. Néanmoins, selon une méta analyse qui avait été menée dans le but d'évaluer l'efficacité de la théorie du comportement planifié, la norme sociale subjective serait la variable la moins significative dans le changement de comportement (sauf chez les adolescents) (Mceachan et al., 2011).

Dans la théorie sociocognitive, Bandura avait émis l'hypothèse que l'adoption d'un comportement de santé dépendrait de l'auto-efficacité perçue, les attentes et les buts. Ce modèle a opposé le sentiment de capacité à réaliser le comportement (à mobiliser les ressources nécessaires pour y parvenir) à l'utilité de ce comportement par rapport aux buts personnels de l'individu (anticipation d'un sentiment de douleur, anticipation de l'approbation des autres). Le sentiment d'auto-efficacité est une variable qui a été greffée aux autres théories citées, sous la forme des facteurs psychologiques dans le modèle des croyances en santé et sous la forme du contrôle comportemental perçu dans la théorie de l'action planifiée.



Le comportement de santé dans la théorie sociocognitive de Bandura (Boujut, 2012)

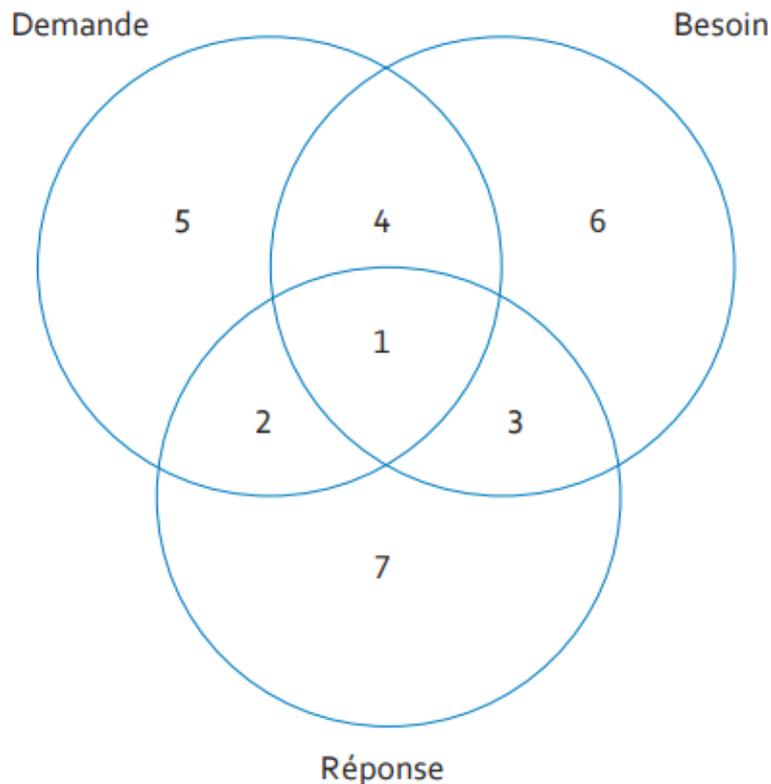
Ces trois modèles sont les plus connus et utilisés en psychologie de la santé. Ils sont en perpétuelle évolution au fil des recherches et se rejoignent voire se complètent.

b. Une trop faible participation aux réunions d'information

La seconde hypothèse de l'étude, qui était que le taux de vaccination était corrélé au type d'information reçue, n'a pas pu être validée. Le nombre de participants aux réunions était trop faible. Il n'était pas prévu de déterminer les raisons de la faible participation aux réunions, des hypothèses seront abordées dans les limites de l'étude. Il était néanmoins possible de penser que le format d'information proposé ne répondait pas aux attentes de la population cible.

Malgré tout, les trois structures comptabilisaient un taux de vaccination après campagne de 73,9% (n=180) contre les DTP et la coqueluche, et un taux de vaccination contre les pneumocoques de 78,5% (n=89) pour les personnes éligibles. Les dernières données disponibles en France concernent une enquête sur la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans et plus réalisée en janvier 2011 sur un échantillonnage représentatif de cette population. Le rapport a mis en évidence une couverture vaccinale de 44% des français de plus de 65 ans concernant le rappel DTP et un taux de 4,8% de vaccination à jour contre les pneumocoques. Il a été cité une étude menée dans des résidences pour personnes âgées de Bourgogne et de Franche-Comté en 2009. Dans ces établissements la couverture vaccinale concernant le DTP a atteint également 44%, elle a atteint 27% pour les pneumocoques (InVS, 2011). Les taux de vaccination concernant ces pathologies semblaient donc supérieurs dans les EHPAD du CH de Roubaix par rapport aux taux nationaux malgré l'échec de la campagne d'information.

Ces résultats remettaient en cause l'utilité de mener une campagne de promotion à ce sujet. Dans le livre coordonné par Jacques Raimondeau reprenant les fondamentaux en la matière, les auteurs avaient rappelé l'approche des problèmes de santé publique schématisée par J. Monnier et al. en 1980. Elle avait été représentée par les interactions entre le besoin, la demande et la réponse. Le besoin avait été identifié comme souligné par les professionnels de santé selon les connaissances scientifiques. La demande avait été désignée comme un désir de faire évoluer l'état par la personne qui la formule. La réponse avait été définie comme ce qui était mis en place pour satisfaire le besoin et la demande.



Interactions entre la demande, le besoin et la réponse d'après J. Monnier, J-P. Deschamps, J. Fabry et al. (Raimondeau et al., 2018)

Dans l'étude menée, il n'y avait pas de demande formulée par les résidents mais un besoin de vaccination identifié par les professionnels. La réponse apportée était une information sur les vaccinations puis une campagne vaccinale. Les résultats de la recherche montraient que la campagne vaccinale seule suffisait. La promotion de la vaccination ne répondait ni à une demande ni à un besoin, cette situation correspondait au numéro 7 sur le schéma. Identifier ces interactions aurait permis de ne pas mener une action chronophage en vain.

Pour la première fois en 2010, une étude a porté sur les taux de vaccination contre la grippe des personnels et résidents d'établissement de longue durée et leurs déterminants. Il a été souligné un taux de vaccination contre la grippe de 91% pour les résidents. Les déterminants qui ont eu un impact sur la vaccination antigrippale des résidents selon l'analyse de cette étude ont été les suivants :

- Vivre en établissement de longue durée
- Avoir un score élevé de dépendance
- Détenir une couverture vaccinale élevée chez les soignants (Vaux et al., 2010)

Il n'a pas été retrouvé d'éléments dans cette étude ou dans une autre, pouvant expliquer en quoi ces déterminants avaient un impact sur les taux de vaccination des résidents. Concernant le premier déterminant, il peut être supposé que de vivre en établissement de longue durée permet d'accéder plus facilement à la vaccination qui est réalisée sur place et est proposée systématiquement par les professionnels. Concernant le troisième déterminant, il peut être supposé que la norme sociale subjective des résidents soit impactée par les soignants de proximité avec qui une alliance thérapeutique est créée. Il peut y avoir plusieurs explications à l'influence du niveau de dépendance sur les taux de vaccination. Il peut être supposé qu'une plus grande dépendance soit associée à une polypathologie entraînant une plus grande sensibilisation aux dangers des maladies contagieuses et un suivi médical plus régulier. Comme la dépendance n'est pas définie par les auteurs, il est également envisageable qu'elle désigne une perte d'autonomie décisionnelle. Dans ce cas, les taux de vaccination plus élevés en établissements de longue durée que dans la population générale pourraient être liés à la personne qui prend la décision. C'était le cas dans l'étude Vaccin'EHPAD, l'adhésion à la vaccination était plus importante lorsque le tuteur ou le médecin référent participaient à la prise de décision que lorsque le résident seul ou son référent familial y participait. La recherche de ces déterminants reviendrait à établir un modèle d'adoption de comportement de santé permettant l'élaboration d'un programme d'information adaptée aux résidents aussi bien sur le contenu que sur la forme.

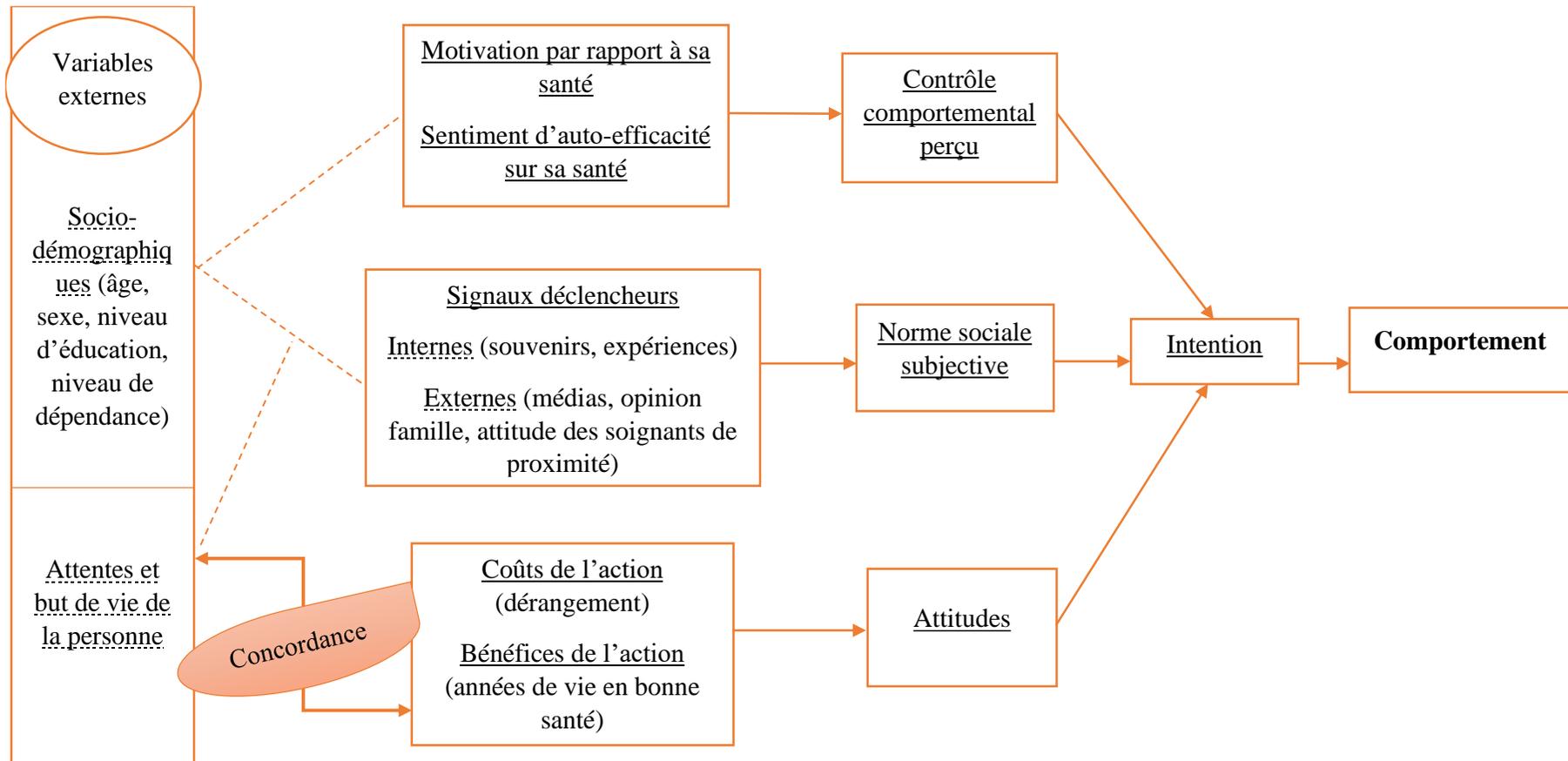
c. Un impact négatif de l'information sur un groupe de la population

La troisième hypothèse de l'étude, qui était que l'information destinée à tous, n'impactait pas de façon significative un groupe de personnes plus qu'un autre, n'a pas pu être validée. L'information concernant la vaccination antipneumococcique semblait avoir impacté davantage les résidents et leurs familles, mais de façon négative.

La démarche d'information s'était avérée contre-productive auprès de cette population. Ce n'était pas la première fois que ce résultat était décrit. Dans une revue de la littérature portant sur la stigmatisation sociale des personnes atteintes de schizophrénie, les auteurs ont souligné une stagnation voire une augmentation de ce processus après qu'une information ait été délivrée. Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer ce phénomène ; augmenter les connaissances scientifiques des individus a pu renforcer leurs fausses croyances (ici risque de contagiosité de la pathologie et légitimation d'une ségrégation). Ce travail a conclu que l'étude des facteurs psychosociaux en lien avec la stigmatisation est essentielle (Lampropoulos et al., 2019). Un

message non adapté aux déterminants les plus influant le comportement de santé pouvait être inefficace mais aussi se montrer délétère par rapport à l'objectif qui était d'augmenter l'adhésion aux vaccinations présentées.

Ces recherches permettent de construire un modèle de changement de comportement de santé inspiré des trois théories présentées précédemment. Ce nouveau modèle prend en compte les variables les plus significatives au regard de la littérature, ainsi que les déterminants jugés conséquents pour les résidents d'EHPAD dans l'acceptation de la vaccination selon les données recueillies. Reprenant la notion d'intention comportementale avant le changement effectif, il suppose de donner les moyens à la personne de réduire le fossé entre cette intention et le comportement. Il est nécessaire de permettre l'implémentation de l'action en proposant un lieu (continuer à réaliser la vaccination sur place) et une date à sa réalisation. Il convient d'inclure les soignants de proximité dans la campagne d'information.



Nouveau modèle théorique du changement de comportement de santé inspiré du modèle des croyances en santé, de la théorie du comportement planifié et de la théorie sociocognitive

II. Limites de l'étude

La seconde hypothèse n'a pas pu être vérifiée parce qu'il n'y avait pas assez de participants aux réunions d'information. Le sujet ou encore la forme de la présentation pouvaient ne pas être attrayants pour les personnes conviées comme évoqué précédemment. Cependant il était possible que d'autres facteurs soient en cause, liés à l'organisation de l'étude en elle-même. Les résidents et leurs familles n'étaient prévenus des réunions que peu de temps avant leur déroulé, moins d'une semaine avant. Cette communication tardive devait rendre la possibilité de se rendre disponible compliquée pour plusieurs d'entre eux.

Ces rencontres étaient organisées en fin d'après-midi (début entre 17h et 17h30 jusque 18h30 à 19h) afin d'y faciliter la présence des intervenants d'une part (impossibilité de détacher les soignants qui y participaient sur leur temps de travail) et des proches d'autre part (familles qui travaillaient). Cette organisation n'avait pas rendu possible la présence de nombreux résidents qui sont à cette heure tardive parfois déjà couchés ou en attente de leur repas. Elle n'avait pas non plus permis de libérer des soignants de proximité en poste souhaitant y assister puisque cette tranche horaire correspondait à la préparation des repas ainsi qu'à un moment où les aides au coucher sont nombreuses.

Lors d'une rencontre, plusieurs résidents avaient évoqué le fait de ne pas avoir la parole face à des familles qui s'imposaient énormément en temps de parole et en amplitude vocale malgré les tentatives de recadrage des intervenants. Cette remarque soulignait donc l'importance de répartir la population en sous-groupes n'ayant pas les mêmes attentes.

L'étude avait lieu dans un contexte compliqué par le concept d'hésitation vaccinale, définie par l'OMS en 2012 comme « *le fait de retarder ou de refuser une vaccination sûre malgré sa disponibilité* » (Jasarevic, 2015). Influencé par plusieurs facteurs tels que la désinformation, il a été constaté une telle montée de ce phénomène que l'OMS l'a placé dans la liste des dix plus grandes menaces à la santé mondiale. La confiance envers les vaccins a été mise à rude épreuve par les controverses liées par exemple aux vaccins contre l'hépatite B, à la campagne contre la grippe A ou encore à l'utilisation d'aluminium comme adjuvant (Ward & Peretti-Watel, 2020). La pandémie de COVID-19 ainsi que l'incitation vaccinale engagée par le gouvernement par le biais des restrictions soumises aux personnes non vaccinées a pu accroître cette méfiance. De nombreuses réflexions de la part des familles concernant les polémiques autour de la vaccination anti COVID-19 étaient exposées aux organisateurs de la campagne. Certains se demandaient pourquoi les établissements choisissaient d'organiser des vaccinations non réalisées en

cette période. Il semblait que l'actualité avait un impact sur la prise de décision concernant les vaccinations proposées. Le contexte sanitaire avait pu biaiser l'étude.

III. Réflexion concernant l'étude de demain

Les taux de vaccination en EHPAD étaient supérieurs aux taux nationaux malgré l'échec de la campagne de promotion de la santé. L'information et l'étude n'avaient pas concerné les résidents logeant en USLD au contraire des vaccinations, proposées à tous. Il était volontaire de ne pas intégrer les résidents d'USLD dans l'étude, leur profil semblait trop éloigné des résidents d'EHPAD et aurait pu la fausser. Dans les USLD d'une résidence de l'étude on dénombrait un taux de vaccination pour le DTP et la coqueluche de 45,5% après campagne vaccinale et de 36,4% concernant les pneumocoques. Ces taux étaient inférieurs à ceux rencontrés en EHPAD et cités plus haut. Il semble pertinent aujourd'hui d'envisager une action de promotion des vaccinations auprès de ces résidents d'USLD puisque le besoin est identifié. Il s'agit d'un profil de personnes plus jeunes, polypathologiques, qui en règle générale négligent leur santé. Les éléments mentionnés dans la discussion permettent de réfléchir à une campagne de promotion adaptée à une population. Il conviendra donc dans un premier temps de déterminer des sous-groupes de la population des résidents d'USLD qui partageraient les mêmes réticences et barrières vis-à-vis des vaccinations pour créer de l'information ciblée. Par l'intermédiaire du nouveau modèle théorique d'adoption d'un comportement de santé, il faudra identifier les facteurs agissant sur l'adoption de ce comportement afin de déterminer une action pertinente à mettre en place pour influencer sur ce ou ces variables. Il sera primordial d'évaluer l'impact de cette campagne puisqu'elle permettra une comparaison des taux avant et après l'utilisation d'une méthode jugée pertinente par la littérature. Le fait que les vaccinations aient déjà été proposées permettra une comparaison avant et après qui n'était pas possible dans l'étude Vaccin'EHPAD.

Un des facteurs mis en lumière dans la discussion est l'influence de l'entourage et notamment des soignants. Il existe en structure d'hébergement un lien particulier entre le personnel et les résidents qui se côtoient quotidiennement, un lien de confiance s'inscrivant dans le cadre d'une alliance thérapeutique. Il semble pertinent d'inclure les soignants de proximité dans la démarche. La pertinence de leur implication devra être appuyée par l'étude des facteurs influant le comportement de vaccination propres à la sous-population choisie. Il en est de même pour

les familles, qui à l'avenir pourront être incluses mais dans une temporalité différente de celle des résidents.

Ces modèles théoriques de changement de comportement en santé sont utilisés dans le cadre des actions d'éducation à la santé destinées aux personnes atteintes de maladies chroniques, afin de tenter d'impacter positivement leurs habitudes de vie en lien avec leur pathologie. Si leur utilisation s'avère efficace pour l'implémentation des taux de vaccination auprès des résidents d'USLD, elle pourrait faire l'objet de sessions d'information en rapport avec leurs maladies. Ce but est pertinent en regard du profil polypathologique de ces personnes.

Ce travail a une nouvelle fois mis en évidence la nécessité de sortir d'une médecine uniquement centrée sur le biomédical. Par sa vision holistique et ses connaissances dans divers domaines, l'Infirmier en Pratique Avancée est un acteur complémentaire dont l'approche est indispensable à l'atteinte des objectifs fixés entre personne soignée et professionnels de santé.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif principal de mesurer l'impact de l'information fournie par les professionnels des EHPAD des trois structures du Centre Hospitalier de Roubaix concernant les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les pneumocoques sur les taux de vaccination des résidents contre ces pathologies. L'hypothèse principale était que l'information fournie par les professionnels des EHPAD permettait d'améliorer la couverture vaccinale des résidents. Le premier objectif secondaire était de mesurer l'impact du type d'information fournie par les professionnels des EHPAD sur les taux de vaccination des résidents. L'hypothèse était que le taux de vaccination était corrélé au type d'information reçue, plus l'information était complète plus le taux de vaccination était satisfaisant. Le deuxième objectif secondaire était de déterminer qu'aucun groupe de personnes n'était impacté prioritairement par l'information reçue (résident, référent administratif, représentant légal, médecin référent). L'hypothèse était que l'information reçue, destinée à tous, n'impactait pas de façon significative un groupe de personnes en particulier plus qu'un autre.

Pour répondre aux objectifs de ce travail, il était mené une étude quantitative observationnelle multicentrique comptabilisant les taux de vaccination des résidents contre ces pathologies après le déroulé d'une campagne d'information.

L'étude n'avait pas permis de mettre en évidence de meilleurs taux de vaccination chez les résidents ayant reçu une information sur les vaccinations que chez les résidents n'en ayant pas reçu. L'hypothèse principale n'était donc pas validée. Le nombre de participants aux réunions d'information était trop faible pour permettre d'objectiver l'impact du type d'information sur les taux de vaccination. La première hypothèse secondaire n'était donc pas validée. L'information concernant la vaccination antipneumococcique semblait avoir impacté davantage les résidents et leurs familles que les représentants légaux et les médecins référents, mais de façon négative. La deuxième hypothèse secondaire n'était alors pas validée.

Malgré l'échec de la campagne d'information, la couverture vaccinale des résidents d'EHPAD était supérieure aux taux nationaux. Les approches fondamentales en santé publique soulignent l'importance d'identifier un besoin et/ou une demande de la population pour établir une réponse adaptée. La promotion de la vaccination dans ces EHPAD ne semble pas nécessaire. La cam-

pagne vaccinale menée en parallèle en USLD sans campagne d'information et sans étude associée, a révélé des taux moins importants dans une des structures. L'analyse de la littérature et des études menées précédemment montrent l'importance de proposer un programme d'information adapté aux caractéristiques de la population pour qu'il soit pertinent. Les recherches pour ce travail ont permis d'élaborer une stratégie d'adaptation de l'information. Il convient de fractionner la population en sous-groupes homogènes en ce qui concerne les réticences et les barrières vis-à-vis de leur vaccination. Ces groupes sont formés par l'étude des déterminants de santé influant sur le changement de comportement de vaccination. Le modèle des croyances en matière de santé, la théorie du comportement planifié et la théorie sociocognitive ont servi de base à la création d'un nouveau modèle reprenant les éléments principaux de ces trois théories. Ce travail permet d'envisager l'adaptation d'un programme de promotion de la santé à destination des résidents d'USLD qui présentent un faible taux d'adhésion aux vaccinations citées. L'identification des déterminants ayant un impact sur l'intention d'adhérer à ce geste préventif permet l'élaboration d'une action pertinente influant directement ces déterminants.

Bibliographie

- Ameli. (2022, janvier 4). *Vaccins*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/vaccins>
- ARTE. (2022). *Florence Nightingale, la première des infirmières—Regarder le documentaire complet*. ARTE. <https://www.arte.tv/fr/videos/103502-000-A/florence-nightingale-la-premiere-des-infirmieres/>
- Base de données publique des médicaments. (2021, août 4). *Résumé des caractéristiques du produit—REPEVAX, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé) et poliomyélitique (inactivé), (adsorbé, à teneur réduite en antigène (s))—Base de données publique des médicaments*. <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichage-Doc.php?specid=67619892&typedoc=R#RcpEffetsIndesirables>
- Baudier, F., Tarrapey, F., & Leboube, G. (2007). Une campagne pilote de promotion de la vaccination : Description et premiers résultats d'un programme régional. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 37(6), 331-336. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2007.03.013>
- Borgey, F., Henry, L., Lebeltel, J., Verdon, R., Le Coutour, X., Vabret, A., & Thibon, P. (2016). *Impact d'une campagne multimodale d'information sur le taux de vaccination antigrippale des professionnels en Ehpad – Etude VAXEHPAD*. 22, 12-13. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/normandie/documents/bulletin-regional/2016/bulletin-de-veille-sanitaire-normandie.-n-22-octobre-2016>
- Boujut, É. (2012). *III. Comprendre et prévoir les comportements en santé*. Presses Universitaires de France. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/psychologie-de-la-sante--9782130593157-page-67.htm>
- Brutel, C. (2002). *La population de la France métropolitaine en 2050 : Un vieillissement inéluctable*. 355-356. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1375921?sommaire=1375935>
- Butler, R., & MacDonald, N. E. (2015). Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups : The Guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*, 33(34), 4176-4179. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.038>
- Dubé, E., Gagnon, D., & MacDonald, N. E. (2015). Strategies intended to address vaccine hesitancy : Review of published reviews. *Vaccine*, 33(34), 4191-4203. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.041>
- Durand, C., Guinard, A., Sabatier, P., Mourlan, C., Vandesteene, S., & Mouly, D. (2018). *Impact, prévention et gestion du risque infectieux épidémique (infections respiratoires et gastro-entérites aiguës) dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées d'Occitanie au cours de la saison hivernale 2016-2017*. 37, 19-25. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/37/2018_37_2.html

- HAS. (2006). *Prévention*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_410178/fr/prevention
- HAS. (2015). *Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires*.
- HAS. (2021). *Calendrier vaccinal*.
- HCSP. (2016). *Vaccination des personnes âgées*.
- INSEE. (2019). *État de santé de la population*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238405?sommaire=4238781>
- Inserm. (2020, juin 15). *Comprendre la réponse immunitaire mémoire après le Covid-19*. Inserm. <https://www.inserm.fr/actualite/comprendre-reponse-immunitaire-memoire-apres-covid-19/>
- Institut Cochin. (s. d.). *La phagocytose*. Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse <https://www.institutcochin.fr/linstitut/actualites/la-phagocytose>
- Institut Pasteur. (2015a, octobre 6). *Coqueluche*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/coqueluche>
- Institut Pasteur. (2015b, octobre 6). *Diphtérie*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/diphtherie>
- Institut Pasteur. (2016a). *Poliomyélite*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/poliomyelite>
- Institut Pasteur. (2016b, octobre 20). *Troisième époque : 1877 - 1887*. Institut Pasteur. <https://www.pasteur.fr/fr/institut-pasteur/notre-histoire/troisieme-epoque-1877-1887>
- InVS. (2011). *Enquête nationale de couverture vaccinale*. <https://www.santepublique-france.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/diphtherie/documents/rapport-synthese/enquete-nationale-de-couverture-vaccinale-france-janvier-2011.-couverture-vaccinale-contre-la-grippe-saisonniere-dans-les-groupes-cibles-et-mesur>
- Jasarevic, T. (2015, août 18). *Les programmes de vaccination sont de plus en plus confrontés aux hésitations de la population* [Communiqué de presse]. <https://www.who.int/fr/news/item/18-08-2015-vaccine-hesitancy-a-growing-challenge-for-immunization-programmes>
- Kasl, S. A., & Cobb, S. (1966). *Health behavior, illness behavior, and sick role behavior*. 12, 246-266.
- Lampropoulos, D., Fonte, D., & Apostolidis, T. (2019). *La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : Une revue de la littérature*. 84, 346-363.

- Larousse, É. (s. d.-a). *Définitions : Sénescence - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 5 mars 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/s%C3%A9nescence/72064>
- Larousse, É. (s. d.-b). *Edward Jenner—LAROUSSE*. Consulté 18 janvier 2022, à l'adresse https://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Edward_Jenner/125844
- Larousse, É. (s. d.-c). *santé publique—LAROUSSE*. Consulté 27 février 2022, à l'adresse https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sant%C3%A9_publicue/90008
- Le Pape. (1997). *La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ?* <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1182.pdf>
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée, (2018).
- Maruyama, T., Taguchi, O., Niederman, M. S., Morser, J., Kobayashi, H., Kobayashi, T., D'Alessandro-Gabazza, C., Nakayama, S., Nishikubo, K., Noguchi, T., Takei, Y., & Gabazza, E. C. (2010). Efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in preventing pneumonia and improving survival in nursing home residents : Double blind, randomised and placebo controlled trial. *The BMJ*, 340, c1004. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1004>
- Mateo, M.-C. (2012). Alliance thérapeutique. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 64-66). Association de Recherche en Soins Infirmiers; Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0064>
- Mceachan, R. R., Taylor, N. J., Conner, M. T., & Lawton R. (2011). *Prospective Prediction of Health-related Behaviours with the Theory of Planned Behaviour : A Meta-analysis*. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.521684>
- MesVaccins.net. (2021, septembre 26). *Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès*. Mon carnet de vaccination électronique, pour être mieux vacciné, sans défaut ni excès. <http://www.mesvaccins.net/web/diseases/1-diphtherie>
- Michel, H. (2012). La notion de fragilité des personnes âgées : Apports, limites et enjeux d'une démarche préventive. *Retraite et société*, 62(1), 174-181. <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2012-1-page-174.htm>
- Ministère des solidarités et de la santé. (2022, janvier 25). *Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé précise la mise en œuvre des 11 vaccinations indispensables, obligatoires depuis le 1er janvier 2018*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-precise-la-mise-en-œuvre>
- Miron de l'Espinay, A., & Pinel, L. (2021). *La vaccination contre la Covid-19 en Ehpad et son effet sur la contamination des résidents*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/DD86.pdf>

- OMS. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. 6.
- OMS. (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pruitt, S. D. (2005). *Former les personnels de santé du XXI^e siècle : Le défi des maladies chroniques*. Organisation Mondiale de la Santé, Groupe des Maladies Non Transmissibles et Santé Mentale, Dép. Maladies Chroniques et Promotion de la Santé.
- Puisieux, F. (s. d.). *Séméiologie du malade âgé*.
- Puisieux, F. (2012). *Gériatrie* (Lavoisier).
- Raimondeau, J., Adjali, J., Brochard, D., Huteau, G., & Naty-Daufin, P. (2018). Comment aborder une question de santé publique ? In *L'épreuve de santé publique* (3^e éd., p. 250). Presses de l'EHESP. <https://www.presses.ehesp.fr/wp-content/uploads/2018/06/978-2-8109-0687-1.pdf>
- Rolland, Y., Benetos, A., Gentric, A., Ankri, J., Blanchard, F., Bonnefoy, M., de Decker, L., Ferry, M., Gonthier, R., Hanon, O., Jeandel, C., Nourhashemi, F., Perret-Guillaume, C., Retornaz, F., Bouvier, H., Ruault, G., & Berrut, G. (2011). Frailty in older population : A brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 9(4), 387-390. <https://doi.org/10.1684/pnv.2011.0311>
- Sanaeinasab, H., Tavakoli, R., Karimizarchi, A., Amini, Z., Farokhian, A., & Najarkolaei, F. (2013). *Efficacité d'un programme éducatif fondé sur le modèle des croyances en matière de santé pour prévenir l'ostéoporose chez des lycéens*. 19. <https://link.gale.com/apps/doc/A500072267/AONE?u=anon~27ec31dd&sid=googleScholar&xid=00dd29b8>
- Santé Publique France. (2003, janvier 27). *Liste des maladies à déclaration obligatoire*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-a-declaration-obligatoire/liste-des-maladies-a-declaration-obligatoire>
- Santé Publique France. (2020). *Tétanos en France : Données épidémiologiques 2020*. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/tetanos-en-france-donnees-epidemiologiques-2020>
- Santé Publique France. (2021a, février 17). *Tétanos*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-prevention-vaccinale/tetanos>
- Santé Publique France. (2021b, avril 29). *Infections à pneumocoque*. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infections-a-pneumocoque>
- Sournia, J.-C. (1982). *Histoire de la santé publique*. 17(Spécial 1). <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1982x017xspec1/HSMx1982x017xspec1x0027.pdf>

- Vaccination-info-service. (s. d.). Consulté 20 janvier 2022, à l'adresse <https://vaccination-info-service.fr/reperes-historiques/>
- Vaccination-info-service. (2019, février 21). *Méningites, pneumonies et septicémies à pneumocoque*. <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Meningites-pneumonies-et-septicemies-a-pneumocoque>
- Vaccination-info-service. (2021, août 26). *Remboursement des vaccins*. <https://vaccination-info-service.fr/Questions-frequentes/Questions-pratiques/Remboursement-des-vaccins>
- Vallin, J., & Meslé, F. (2006). *Origine des politiques de santé*. 24.
- Vaux, S., Noël, D., Fonteneau, L., Guthmann, J.-P., & Lévy-Bruhl, D. (2010). *Couverture vaccinale antigrippale des soignants et des résidents et leurs déterminants en EHPAD en France : Une enquête transversale*. 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-159>
- Ward, J. K., & Peretti-Watel, P. (2020). Comprendre la méfiance vis-à-vis des vaccins : Des biais de perception aux controverses. *Revue française de sociologie*, 61(2), 243-273. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-francaise-de-sociologie-2020-2-page-243.htm>

Table des matières

Sommaire	
Glossaire.....	
Résumé.....	
Abstract	
Introduction générale.....	
Introduction	1
I. Contexte	1
II. La vaccination : histoire et principe	2
a. Les pneumocoques	4
b. La diphtérie, la poliomyélite, le tétanos	5
c. La coqueluche.....	6
III. La vaccination : une priorité de santé publique.....	7
IV. La personne âgée	8
a. La polypathologie	9
b. Notion de fragilité et cascades gériatriques	10
c. L'immunosénescence	12
d. Vie en collectivité et risque épidémique.....	13
V. Problématiques de l'étude	13
Méthode.....	15
I. Type d'étude.....	15
II. Population choisie	16
III. Schéma du déroulé de l'étude.....	17
IV. Recueil de données	18
V. Données statistiques	18
Résultats	20
I. Données descriptives.....	20
II. Concernant l'objectif principal.....	22
III. Concernant le premier objectif secondaire	23
IV. Concernant le deuxième objectif secondaire.....	24
Discussion	26
I. Promouvoir efficacement la vaccination.....	27
a. L'information fournie ne permettait pas d'améliorer la couverture vaccinale.....	27
b. Une trop faible participation aux réunions d'information.....	33

c. Un impact négatif de l'information sur un groupe de la population	35
II. Limites de l'étude.....	38
III. Réflexion concernant l'étude de demain	39
Conclusion.....	
Bibliographie.....	
Annexes	
Annexe 1 : Résultat de l'analyse anti-plagiat	
Annexe 2 : Autorisation de démarrage d'étude multicentrique.....	
Annexe 3 : Confirmation de l'inscription de l'étude au répertoire national Health Data Hub.	
Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique	

Annexes

Annexe 1 : Résultat de l'analyse anti-plagiat

Résultat de l'analyse anti-plagiat - alexandra.waze.etu@univ-lille.fr



jean-christophe.alexandre@univ-lille.fr <jean-christophe.alexandre@univ-lille.fr> 

04/06/2022 10:29

À : alexandra.waze.etu@univ-lille.fr; ipade-medecine@univ-lille.fr; jalexandre@univ-lille.fr

Madame, Monsieur,

Suite à la vérification anti-plagiat, j'ai le plaisir de confirmer la recevabilité du mémoire présenté et soutenu publiquement le 1^{er} juillet 2022 à 10H au Pôle Formation par Alexandra WAZE - PORREYE.

Cordialement.

--

Jean-Christophe Alexandre
Université de Lille
Direction des Services Informatiques de l'UFR3S

Annexe 2 : Autorisation de démarrage d'étude multicentrique



Roubaix, le 15 mars 2022

Mme Alexandra WAZE
Etudiante Infirmière en Pratiques Avancées
Résidences du CH Roubaix

N/Réf. : CG/CT
Téléphone : 03.20.99.21.41

Objet : Autorisation de démarrage d'étude multicentrique

Madame,

Vous avez sollicité l'Unité de Recherche Clinique du CH de Roubaix dans le but de mettre en place le projet de recherche suivant :

« Evaluation de la couverture vaccinale des résidents des EHPAD / USLD du CH V. PROVO de Roubaix après mise en place de mesures visant à l'améliorer »

Suite à l'étude du protocole, de la note d'information des patients et de la liste des variables, j'autorise la mise en place de cette étude dans notre centre.

L'étude est déclarée conforme à la méthodologie de référence MR-004 pour laquelle l'établissement est en conformité depuis le 26 avril 2019. Je me permets de vous rappeler que vous avez l'obligation d'inscrire au registre des traitements de l'établissement ainsi qu'au répertoire national du HDH. Nous vous demandons également de vous engager à respecter la charte de bonne conduite des projets de thèses et mémoires conformément au RGPD avant de débiter votre projet dans l'établissement.

Je me permets de vous rappeler que vous avez l'obligation d'informer les patients au préalable à la conduite de la recherche.

Pour cela, je vous invite à prendre contact avec Madame TROUILLET (17047) ou Madame VAN SANTE (17 527) de l'Unité de Recherche Clinique.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, l'expression de mes salutations distinguées

Pour le Directeur et par délégation,
La directrice des Affaires Médicales et de la Recherche Clinique,
Caroline GREGOIRE

A blue ink signature, appearing to be 'CG', is written over the name 'Caroline GREGOIRE'.

Administration Générale

DIRECTION
35 rue de Barbieux – CS60359 – 59056 ROUBAIX cedex 1 - ☎ : 03.20.99.31.01 – Fax : 03.20.99.30.01

Annexe 3 : Confirmation de l'inscription de l'étude au répertoire national Health Data Hub

Confirmation soumission questionnaire projet Health Data Hub



Health Data Hub <noreply@jotform.com>
10/03/2022 12:28

À : URC

ATTENTION : Ce message a été envoyé par un expéditeur externe, en dehors du Centre Hospitalier de Roubaix. Ne cliquez pas sur les liens ou n'ouvrez pas les pièces jointes.. sauf si vous connaissez l'expéditeur et avez confiance !

Bonjour,

Nous vous confirmons la soumission du questionnaire projet du Health Data Hub relatif à votre projet Evaluation de la couverture vaccinale des résidents des EHPAD / USLD du CH V. PROVO de Roubaix après mise en place de mesures visant à l'améliorer.

Votre projet sera visible sur le répertoire public du Health Data Hub sous 1 mois.

Cordialement,

l'équipe du Health Data Hub

Annexe 4 : Avis favorable du comité d'éthique

COMITE D'ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX

Roubaix, le 07 avril 2022

Madame WAZE Alexandra

Etudiante infirmière en pratique avancée

Projet d'étude : 2022-06 : *Vaccin dans les EHPAD du CH Victor Provo de Roubaix.*

Madame,

Vous trouverez ci-joint l'extrait du procès-verbal ainsi que l'**avis favorable** du Comité d'Ethique concernant le projet d'étude intitulé:

Vaccin dans les EHPAD du CH Victor Provo de Roubaix.

Vous en souhaitant bonne réception, je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes sentiments dévoués.

Delphine LECAILLE
Présidente du Comité d'Ethique du CH de Roubaix



COMITE D'ETHIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX

EXTRAIT DE PROCES VERBAL DE LA SEANCE DU 07 avril 2022

Membres du Comité d’Ethique :

Présents :

- Titulaires : Madame LECAILLE Delphine, Madame LECOEUR Sabine, Madame BOURSIER Anne-Laure, Madame DANGLETERRE Jacqueline, Monsieur YTHIER Hubert, Docteur MEGARIOTIS Cassandra, Docteur LEFEBVRE Jean-Marc, Docteur VERBAELINGHEM Clément, Docteur CAUGANT Antoine, Madame LUYPAERT Magalie, Madame FOLLET Delphine, Monsieur ANDRIEUX Charles, Madame ROUSSEL Patricia, Monsieur SAINT-MARTIN Benjamin, Madame TROUILLET Camille.
- Membres extérieurs: Non Applicable
- Présentation du projet : Mme TROUILLET Camille, Attachée de recherche clinique - Responsable de la cellule promotion.

Examen de protocole en 1ère lecture :

Dossier : Vaccin dans les EHPAD du CH Victor Provo de Roubaix

Centre encadrant : Dr LEFEBVRE Jean Marc - Centre Hospitalier de Roubaix, 35 rue de Barbieux, 59056 Roubaix

Etudiante infirmière en pratique avancée : Madame WAZE Alexandra

Après audition du rapport et discussion, le Comité d’Ethique ne voit aucune objection à la mise en place de cette étude.

- Qualification de la recherche et conformité du dossier au regard de la qualification
Bonne
- Pertinence et conception de la recherche
Bonne
- Information et inclusion du participant
Respectées
- Autres éléments liés à la présentation et /ou à l’organisation de l’étude
En conformité

- Protection des personnes (notamment les participants)
En conformité

- Autres
Aucun

- Commentaires détaillés sur la rédaction des documents patients

Le Comité d’Ethique a émis un avis favorable à la mise en œuvre de cette étude

Delphine LECAILLE
Présidente du Comité d’Ethique du CH de Roubaix

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Delphine Lecaille', enclosed within a large, loopy oval flourish.

AUTEURE : Nom : WAZE - PORREYE

Prénom : Alexandra

Date de soutenance : 1^{er} juillet 2022

Titre du mémoire : Inciter à la vaccination des résidents des EHPAD du CH Victor Provo en implémente-t-il le taux ?

Mots-clés libres : *personnes âgées, EHPAD, vaccinations, promotion de la santé, comportements de santé*

Résumé :

Contexte : Une campagne vaccinale concernant les rappels contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et la vaccination antipneumococcique a été prévue dans les trois EHPAD du CH de Roubaix. Cette démarche a été l'occasion de déterminer si la promotion de la santé avait un lien de cause à effet avec les taux vaccinaux des résidents de ces structures.

Méthode : Cette étude quantitative observationnelle multicentrique a comparé les taux de vaccination des résidents pour ces pathologies selon qu'ils avaient reçu ou non une information, selon le type d'information reçue et selon la personne ayant pris la décision de la vaccination.

Résultats : La promotion des vaccinations proposées n'a pas engendré un meilleur taux d'adhésion à cette mesure. Elle a même semblé avoir un impact négatif sur les résidents et leurs proches concernant la vaccination contre les pneumocoques. Les taux avec ou sans information à la vaccination se sont avérés élevés avec 73,9% (n=180) de vaccinés contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche et 78,9% (n=89) contre les pneumocoques.

Discussion et conclusion : Ces résultats remettent en cause l'utilité d'une campagne de promotion des vaccinations sur ce modèle en EHPAD. Les résidents d'USLD ont présenté quant à eux des taux d'acceptation plus bas. Cette recherche a permis d'élaborer un modèle de théorie de changement de comportement de santé inspiré des trois concepts les plus utilisés en psychologie de la santé. Une campagne de promotion des vaccinations adaptée à cette population pourrait être proposée après avoir identifié les déterminants influant leur décision.

Directeur de mémoire : Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE