

Rencontre avec l'expert Vaccination antigrippale : changer les comportements

Weil - Armand Nathalie pharmacien hygiéniste CH Valence
Manson Couëdel Gaëlle chargée de projets IREPS Drôme



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Conférencier: Nathalie, WEIL - ARMAND, Valence

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer



DÉCLARATION DE LIENS D'INTÉRÊTS

Conférencier: Gaëlle, MANSON-COUEDEL, Valence

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

Programme : vaccination antigrippale

Changer les comportements

- Présentation de l'atelier
- La grippe cette infection associée aux soins
- Les mesures barrières
- Les recommandations professionnelles en termes de prévention de la grippe
- La réflexion et le débat Port du masque / Vaccination
- L'échange avec les experts

La grippe cette infection associée aux soins [1,2]

- Estimation du risque relatif (RR) d'acquérir un syndrome grippal, ou la grippe en service de long séjour
 - Étude prospective 3 saisons
 - Patients exposés au moins à
 - 1 professionnel contagieux RR=5,48 (95%, [CI] 2,09-14,37)
 - 1 patient contagieux RR=17,96 (95%, [CI] 10,07-32,03)
 - Patient et professionnel contagieux RR= 34,75 (95%, [CI] 17,70-68,25)
- 3 clusters A(H3N2) dans un même service de gériatrie à Lyon
 - 16 patients, 6 professionnels de santé (taux attaque respectifs 24% et 11%)
 - Transmission des professionnels aux patients très fortement probable pour 2 clusters

Les mesures barrières

- Prévention de la grippe
 - Hygiène des mains
 - Vaccination
 - Port du masque

Les recommandations nationales [3-5]

- Précautions complémentaires Gouttelettes
 - Quel que soit le statut vaccinal du patient et du soignant
 - Port d'un masque chirurgical : soignants et visiteurs dès l'entrée dans la chambre
- Hygiène des mains : précautions standard
- Hygiène respiratoire
 - Port d'un masque pour toute personne (patient, résident, visiteur, professionnel de santé, intervenant extérieur, aidant, ...) présentant des symptômes respiratoires de type toux ou expectoration.

Les recommandations nationales [6]

Recommandations du HCSP en matière de stratégie de prévention de la grippe

Vaccination contre la grippe des personnels de santé

- En complément des mesures barrières dans un programme global de prévention des infections nosocomiales
- Promotion de la vaccination et des mesures permettant de faciliter son application et sa réalisation sur les lieux du travail ;
- En période de circulation virale, les services hospitaliers et médico-sociaux sont fondés à demander à leur personnel non vacciné de porter un masque.

Le port du masque versus la vaccination : Intérêts et limites

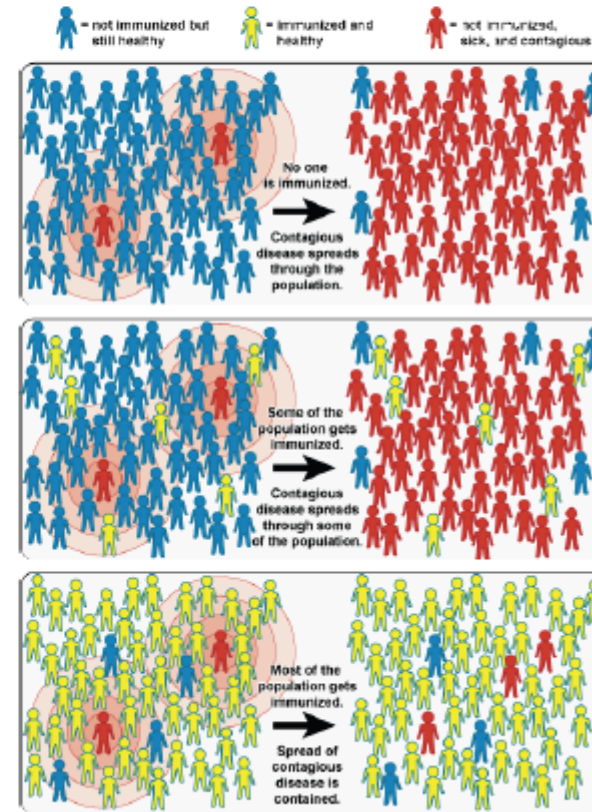
- La moitié de la salle sur « port du masque »
- L'autre moitié sur « vaccination »
 - Réflexion en trinômes : 10'
 - Partage en plénière

Quelle efficacité des mesures barrières contre la grippe?

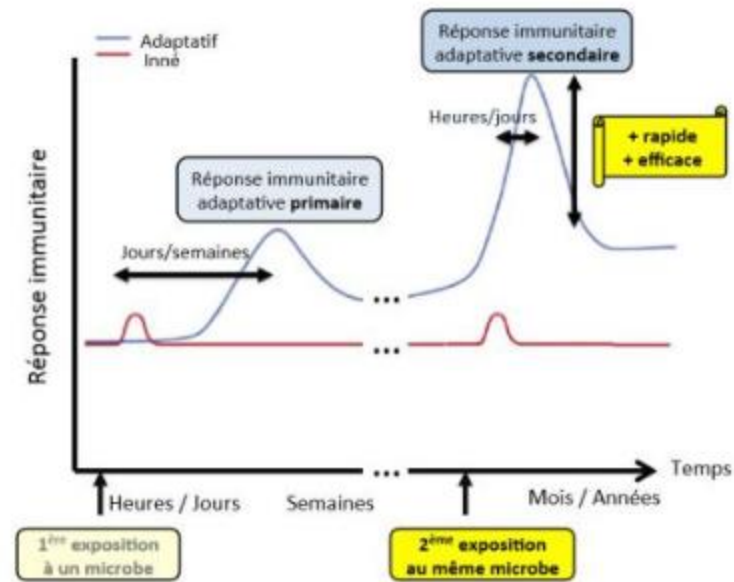
- La vaccination réduit de près de 50% le risque de grippe chez les professionnels de santé vaccinés (comparé aux non vaccinés) [7]

Immunité de groupe/Herd immunity

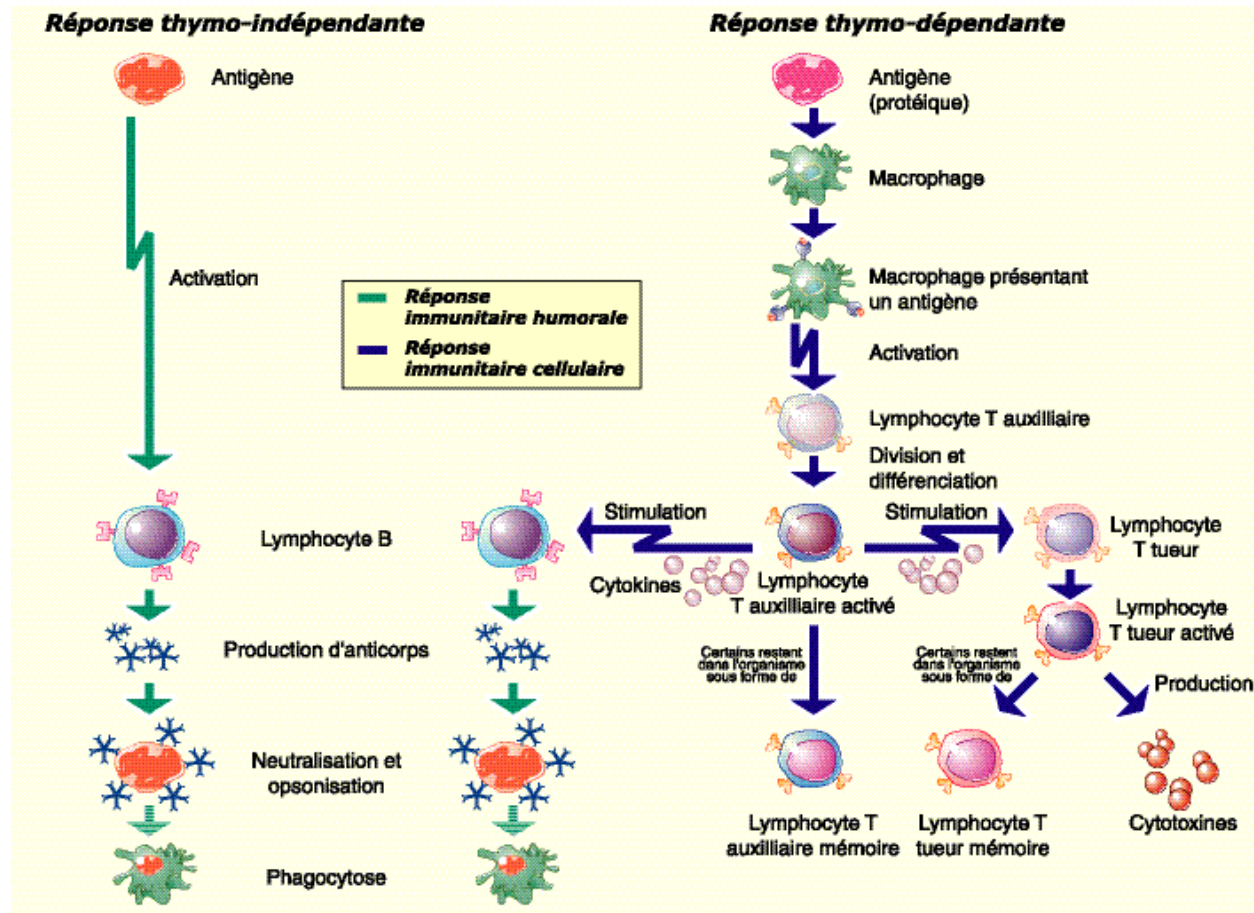
- Se développe lorsque qu'une proportion importante d'individu est protégé contre une maladie.
- Diminution de la transmission de la maladie
- L'immunité de groupe protège les individus sensibles mais qui ne peuvent pas se faire vacciner (immunodéprimé, femme enceintes)



Réponse immunitaire adaptative [8]



Réponse vaccinale : 2 options



Vaccin antigrippal en France [8]

- Vaccin non vivant ou inactivé
 - Fragments du virus grippal
 - Bonne tolérance
- Aucun risque infectieux
- Stimulation immunitaire ciblée
- Moins immunogène
- Nécessité de faire des rappels

Autres composants des vaccins [8]

- Adjuvants
 - Améliore la réponse immunitaire
 - Vaccins inactivés
 - Principalement sels d'aluminium (1926)
 - Sels minéraux, émulsions, extraits de membranes bactériennes, glucides ou carbohydrates, liposomes ou virosomes
 - Avantages
 - ∨ quantité d'antigènes utilisés (vaccin pandémique)
 - ∨ nombre doses nécessaires
 - Faibles répondeurs, immunodéprimés

Autres composants des vaccins [8]

- Stabilisateurs
 - Conservation de l'efficacité du vaccin pendant le stockage : pas d'adhésion des composants au parois du flacon
 - sucres (lactoses, saccharoses) acides aminés (glycine) ou protéines (albumine, gélatine)
- Conservateurs
 - Prévention des proliférations bactériennes ou fongiques dans les flacons multidoses
 - Thiomersal , phénoxyéthanol...
- Diluant : eau stérile, solution saline stérile
- Traces de composés utilisés lors des étapes de fabrication des vaccins: formol, formaldéhyde, antibiotiques...

Effets indésirables du vaccin antigrippal inactivé [9]

- Bien toléré
- Réactions indésirables bénignes et transitoires
 - Douleurs et des érythèmes au site d'injection (10% à 40% des cas)
 - Réactions systémiques
 - Myalgies, malaises, céphalées et/ou une fièvre légère (5 % à 10 % des cas)

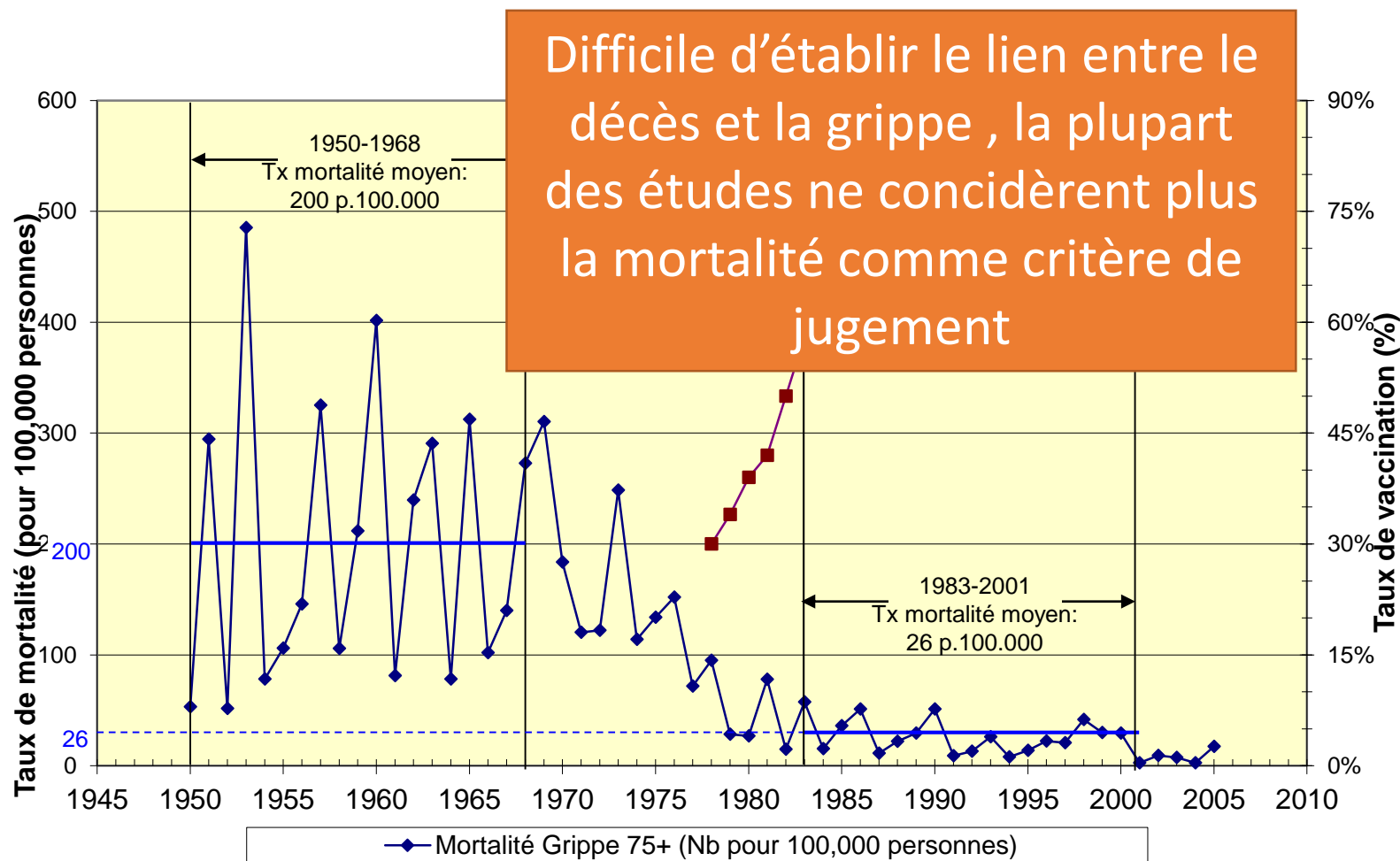
Autres vaccins antigrippaux [10]

1. **Vaccin fortement dosé : Personnes âgées ou immunodéprimées**
 - 60 µg d'hémagglutinine/souche versus 15 µg/souche
 - Meilleure séroconversion et efficacité en termes de réduction de survenue de la grippe documenté; tolérance équivalente
2. **Vaccin quadrivalent**
 - 2 lignées B : Victoria et Yamagata
 - AMM en 2013
3. **Vaccin adjuvanté : Personnes âgées ou immunodéprimées**
 - Huile dans eau
4. **Vaccin vivant atténué (voie nasale)**
 - Pas disponible en France
 - 2 à 18 ans
 - Intérêt dans la primovaccination

Quelle efficacité vaccinale? [6]

- Efficacité vaccinale = difficile à estimer
 - Corrélation antigénique entre la souche vaccinale et la souche responsable de l'infection,
 - Âge et état de santé des personnes vaccinées,
 - Critère de jugement clinique choisi et de l'exactitude du diagnostic.

Une nette diminution des décès dus à la grippe dans la population âgée vaccinée



Quelle efficacité vaccinale (EV) [11-17]

- Case test-negative study
 - Études observationnelles prospective utilisées pour mesurer l'efficacité vaccinale
 - Cohorte : Cas = test PCR grippe positif / contrôle = test PCR grippe négatif
- EV sur H3N2 selon une méta analyse de 2004 à 2015 : 33%
- 2016-2017
 - Entre 42% et 46,7% (Canada, Europe)
 - Chez les plus de 65 ans
 - Finlande, Suède : 20-30%
 - Europe 23,4%
 - Chez les plus de 65 ans hospitalisés EV = 2,5% (Europe)
- 2017-2018 (Espagne, Canada)
 - Entre 41% et 55%
 - Des différences retrouvées en cas de vaccinations antérieures : EV 67% primovaccination et 22% si vaccinations antérieures

Du point de vue de la réglementation

- Art L. 3111-4 CSP : une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe.
 - Conditions d'immunisation fixées par arrêté du ministre chargé de la santé après avis HAS et compte tenu, en particulier, des contre-indications médicales
- **Décret n°2006-1260 du 14 octobre 2006 pris en application de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique et relatif à l'obligation vaccinale contre la grippe des professionnels mentionnés à l'article L. 3111-4 du même code**
 - Suspend cette obligation vaccinale

Vaccination obligatoire: Cour des comptes 2018

- La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter
 - *« À mesure que tend à s'effacer la mémoire des grandes épidémies du passé un débat se diffuse à nouveau sur la nécessité de la vaccination en raison du décalage ressenti entre un risque infectieux jugé faible et d'éventuels effets indésirables, voire une accusation de nocivité »*
 - *En 2016 selon une enquête IPSOS « Les français font plus confiance à l'homéopathie qu'aux vaccins (73% vs 69%)*
 - *L'OMS reconnaît « la réticence à la vaccination comme un problème mondial à la fois complexe et d'évolution rapide qui nécessite une surveillance continue »*
- La cour des comptes recommande à l'état de revenir sur la suspension de l'obligation de vaccination contre la grippe des professionnels de santé.
- Réponse de la ministre des solidarités et de la santé : « je tiens à ce stade à privilégier la conviction et faire appel à la déontologie de ces professionnels en vue d'une conduite exemplaire plutôt qu'à la contrainte »

Proposition du Haut Conseil de Santé Publique [9]

- La vaccination contre la grippe ne soit pas rendue obligatoire, tout en restant fortement recommandée, mais qu'elle puisse éventuellement être rendue obligatoire en situation de pandémie. Cette position devra être reconsidérée quand des vaccins plus efficaces seront disponibles.

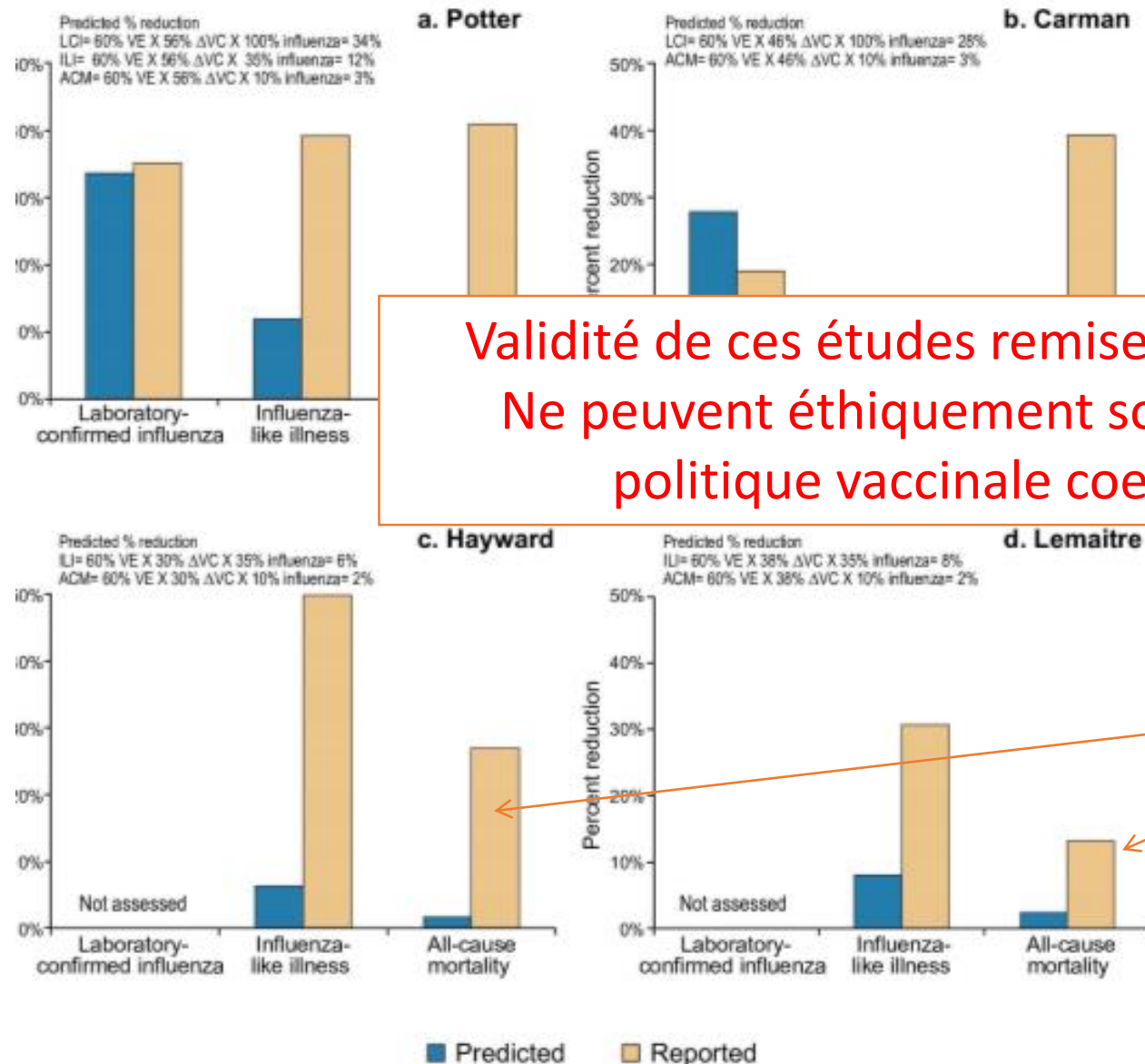
Vaccination obligatoire vs recommandée [18]

- Politique de vaccination recommandée suivie par d'autres pays comme le Canada
- Étude critique des résultats de 4 études randomisées en cluster en « long term care facilities » qui ont montré la réduction du risque chez les patients par l'augmentation de la couverture vaccinale chez les professionnels de santé. Ces études ont étayé une politique de vaccination obligatoire
 - Calcul de la réduction du risque relatif d'attraper la grippe en étant vacciné

Vaccination obligatoire vs recommandée

- Principe de dilution contredit
 - Critères de jugement du plus spécifique au moins spécifique : Gripes confirmées par laboratoire > syndromes respiratoires > toutes causes de mortalité
 - Selon le critère de jugement, les bénéfices de la vaccination sont dilués par des événements non ciblés ex : syndrome respiratoires: VRS...
- Nombre de professionnels de santé vaccinés pour éviter un DC : 8
 - 687 500 DC évités par an aux USA
- Erreurs méthodologiques
 - Périodes de surveillances de la grippe non reproductibles : circulation d'autres virus
 - Facteurs de réduction de mortalité attribuée à la vaccination

Pourcentages de réduction attendus et observés entre intervention et contrôle en vue de mesurer les bénéfices indirects de la vaccination des professionnels de santé dans les “long-term care facilities”



Validité de ces études remise en question
 Ne peuvent éthiquement soutenir une politique vaccinale coercitive

Leur de 6 à 15 entre
 réduction de risque relatif
 attendu et observé au
 travers des différentes études

Quelle efficacité des équipement de protection individuelle contre la grippe?

- Efficacité des équipements de protection individuelle dans la transmission de la grippe pandémique 2009 à travers la population [19]
 - Revue systématique : méta analyse
 - Hygiène des mains
 - Effet protecteur d'un lavage fréquent, y compris après contact avec un cas index ou une surface contaminée
 - Port du masque
 - Non significatif

Les masques de soins (ou chirurgicaux ou médicaux)

[3]

- Protection du soignant contre les projections de liquides biologiques
 - Couche imperméable
 - Résistance respiratoire plus importante
 - Visière transparente pour la protection des yeux
 - Directive européenne 93/42/CEE sur les dispositifs médicaux
 - Marquage CE
 - Norme EN 14683 sur les masques chirurgicaux.
 - Plusieurs classes de performance selon l'efficacité de filtration bactérienne (EFB) notées I (EFB > 95 %) et II (EFB > 98 %)
 - Éventuellement résistance aux éclaboussures de liquides notée R

Quelle efficacité des équipement de protection individuelle contre la grippe?

- Quelques éléments pour alimenter les débats sur la transmission de la grippe [7]
 - Une partie sous forme d'aérosol $<4\mu\text{m}$ = transmission aérienne
 - Nombre de virions excrétés variables en moyenne 75 400 (1000 à 2000000)/toux

L'OMS précise qu'il n'existe pas de méthode standardisée ni de valeurs minimum requises permettant de juger de l'efficacité des masques de type chirurgicaux et qu'il existe des efficacités très variables parmi les masques disponibles [20]

Pas d'éléments bibliographique en faveur d'une supériorité de l'appareil de protection respiratoire par rapport au port du masque chirurgical (SF2H, HCSP)

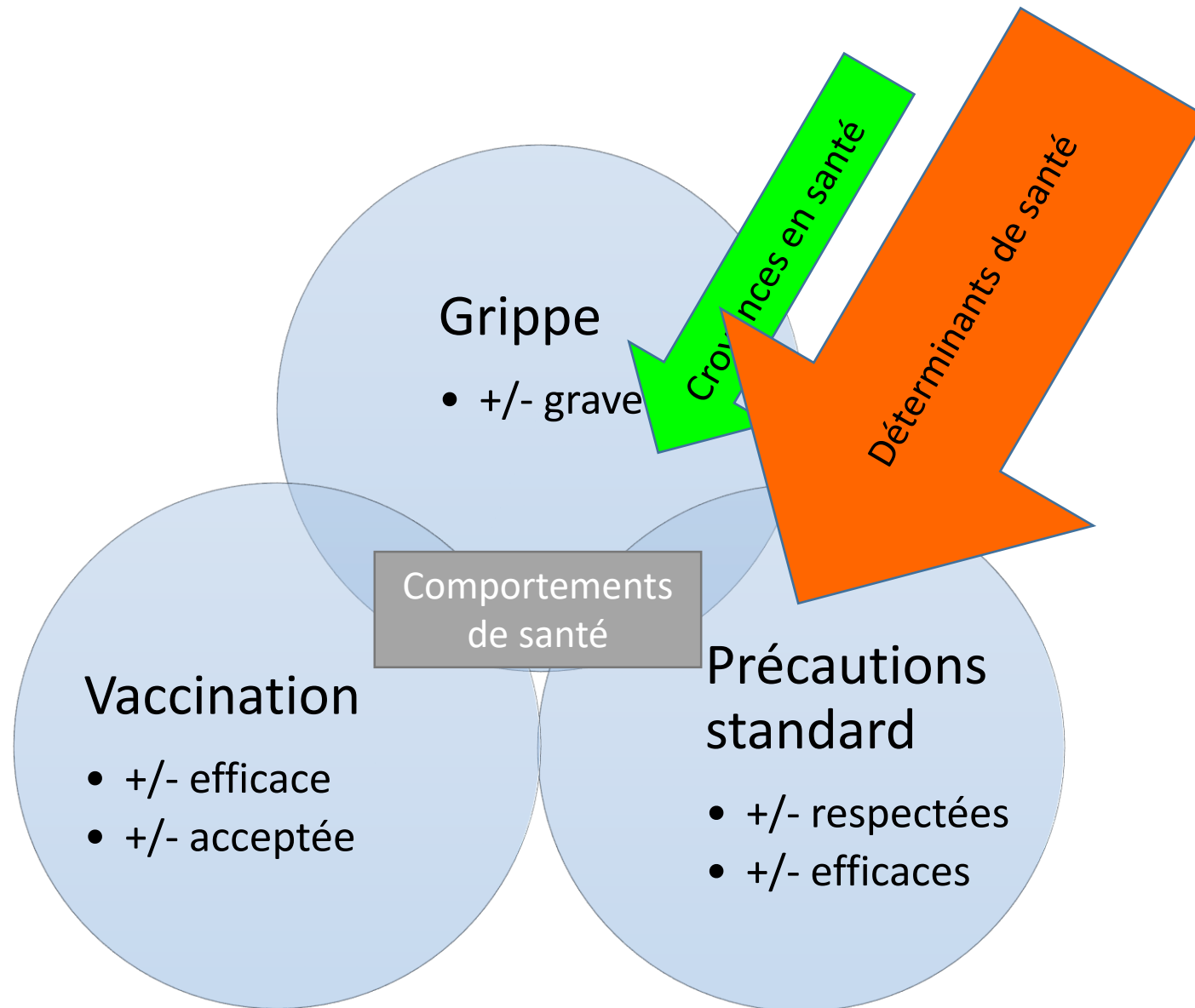
Port du masque obligatoire : qu'en pensent les Québécois? [21]

- Si le port du masque est efficace pour réduire le risque de transmission aux patients il devrait être porté par les professionnels de santé
 - Non vaccinés,
 - Et vaccinés : la moitié est susceptible à la maladie.(EV : 40 % à 60 %).
- Mesure justifiée par la circulation d'autres virus respiratoires (virus respiratoire syncytial, adénovirus, virus para influenza, métapneumovirus, etc.) qui sont souvent létaux et pour lesquels il n'existe pas de vaccin.
- Actuellement, le port universel et continu du masque dans les hôpitaux n'est pas une solution envisagée.

Contagiosité des personnes asymptomatiques

[22, 23]

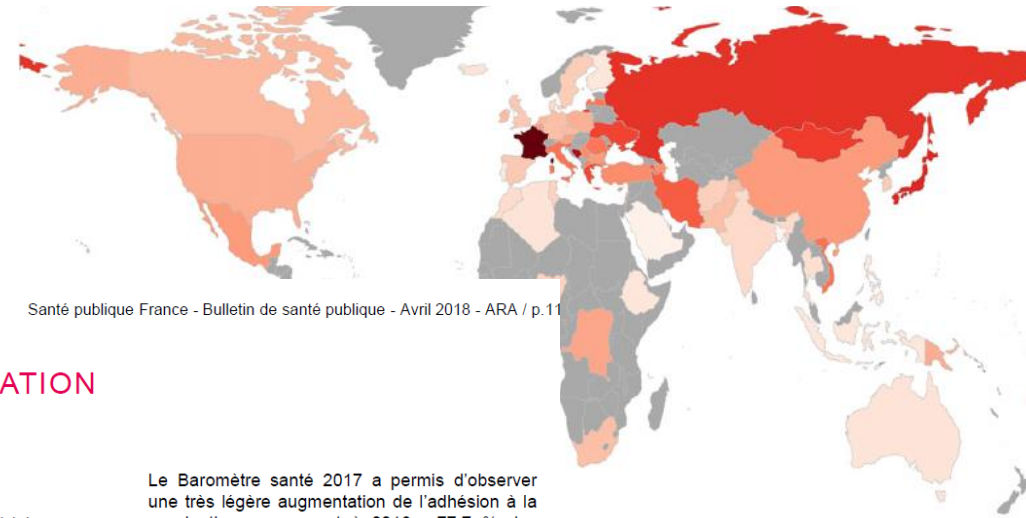
- La part de transmission de la grippe par des personnes asymptomatiques serait vraisemblablement très faible



Question d'opinion? [8;24]

- Étude déclarative GrippeNet.fr vis-à-vis de la vaccination contre la grippe
 - 6059 participants, saison 2012/2013
 - Population générale 39% opinion positive, 39% neutre, 22% négative
 - Chez les plus de 65 ans 55% positive, 27% neutre, 18% négative
- Professionnels de santé : 3 profils types
 - les sceptiques (5%),
 - ceux qui doutent (59%) mais pour lesquels un programme de promotion de la vaccination pourrait être efficace
 - Opposants à la vaccination (36%).

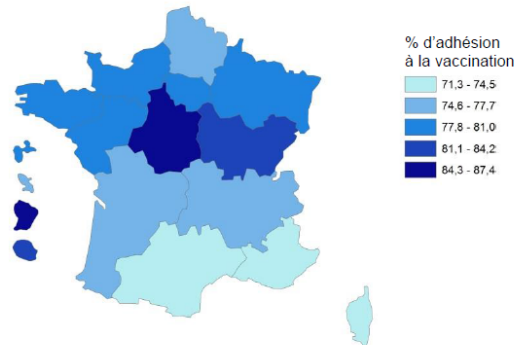
La vaccination et les français



Santé publique France - Bulletin de santé publique - Avril 2018 - ARA / p. 11

BAROMÈTRE SANTÉ VACCINATION

Proportion de personnes favorables à la vaccination en général selon la région



Le Baromètre santé 2017 a permis d'observer une très légère augmentation de l'adhésion à la vaccination par rapport à 2016 : 77.7 % des personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées déclarent être favorables à la vaccination en général (75.1 % l'année précédente).

Cette adhésion, qui retrouve le niveau observé en 2014, présente des variations régionales assez marquées, les personnes résidant dans le sud de la France se déclarant plus défavorables que les autres.

La région ARA occupe une place intermédiaire avec 77.2 % d'opinion favorable à la vaccination.

ines are safe: % responding disagree 45.5

Insights Through a



Sources : Baromètre santé 2017 – Baromètre santé DOM 2014

Pierre Verger, PhD^{e,f,g,h}, Iain G. Johnston, PhDⁱ, Alex R. Cook, PhD^{d,j}, Nick S. Jones, PhD^c, Zhao Xiaohong, BSc^d, William S. Schulz, MSc^a

Freins PS [8; 25-28]	Liés à la grippe	Liés au vaccin
Organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Port du masque et respect des mesures d'hygiène 	<ul style="list-style-type: none"> - Accès au vaccin difficile: lieu, moment
Sociaux démographiques	<ul style="list-style-type: none"> - Prise d'un traitement homéopathe 	<ul style="list-style-type: none"> - Niveau d'études - Absence de contact PA ou malades
Croyances	<ul style="list-style-type: none"> - Considérer la maladie bénigne, qui atteint les autres - Faible perception de son propre risque, avoir de bonnes défenses naturelles contre la grippe - Pas de risque de transmission à l'hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccin dangereux (sécurité) , donne la grippe - Méfiance / laboratoire
Peurs		<ul style="list-style-type: none"> - Effets secondaires - Injections

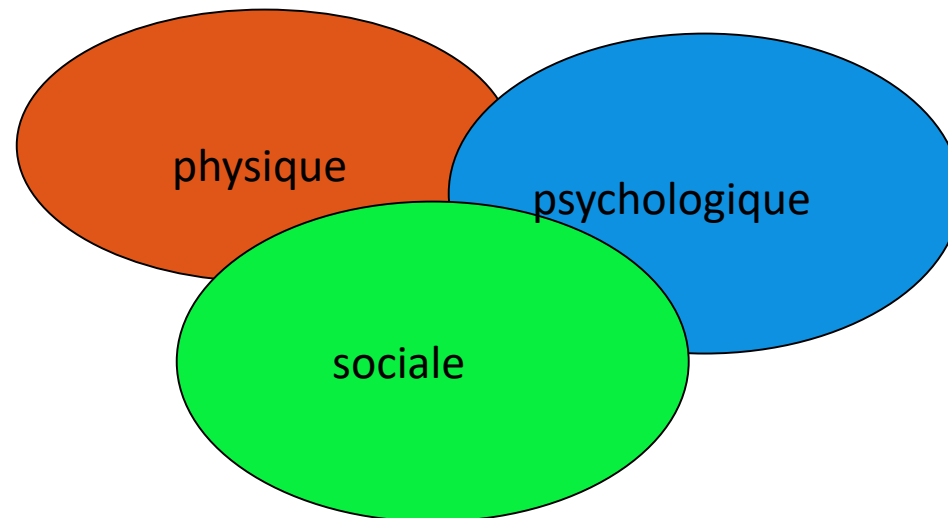
Sans oublier : avoir la grippe après avoir été vacciné

Facteurs associés à l'acceptation de la vaccination par les PS

Leviers [8; 25-28]	Liés à la grippe	Liés au vaccin
Organisationnels		- Vaccin accessible, fourni gratuitement
Sociaux démographiques	- Âge avancé, avoir des enfants - Être disposé à prévenir la grippe saisonnière	- Être médecin - Conformité aux recommandations - Exemplarité des pairs - Avoir déjà été vacciné par le passé, appartenir à une famille vaccinée
Croyances	- Contracter la maladie - Contagiosité importante - Prévention de la grippe saisonnière importante	- Vaccin efficace
Bénéfices perçus	<ul style="list-style-type: none"> - Protection de soi - Protection de ses proches (famille, amis) - Protection des patients 	

Modèle global de la santé positive ou modèle biopsychosocial

- Une recherche d'équilibre
- Des ressources pour s'adapter et surmonter les obstacles de la vie
- Une conception positive reconnaissant une dimension de subjectivité



Les déterminants de la santé



Dahlgren et Whitehead (1991) modifié par Berghmans (2009)

Modèle des croyances de santé (*Health Belief Model*)

- Le *modèle socio-cognitif des croyances sur la santé* a été développé dans les années 1950 par les psychologues sociaux Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, et Howard Leventhal du U.S. Public Health Service pour mieux comprendre l'échec généralisé des programmes de dépistage de la [tuberculose](#)
- Le modèle est utile pour expliquer l'engagement dans les comportements liés à la santé comme le dépistage du cancer ou dans les campagnes de vaccination.

Modèle des croyances de santé (*Health Belief Model*)

- **La vulnérabilité perçue** : sentiment d'être plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une maladie, d'avoir un risque de développer une maladie
- **La gravité perçue** : évaluer une maladie comme plus ou moins grave
- **Les bénéfices perçus** : croire que certains avantages sont associés à l'adoption d'un comportement sain
- **Les coûts perçus** (obstacles perçus) : croire que certains inconvénients sont liés à l'adoption d'un comportement sain

Les représentations (1)

- « Reconstruction du monde qui permet à un individu de donner sens aux comportements et de comprendre la réalité à travers son propre système de référence ».
- Elles sont socialement élaborées et partagées à partir de :
 - L'expérience, du vécu, du ressenti (psychologique)
 - L'éducation, de l'instruction, des connaissances acquises (institutionnel)
 - Références de l'environnement familial, social, culturel (social)

Les représentations (2)

Les représentations sont une «*grille de lecture et de décodage de la réalité*», permettant à la fois «*l'anticipation des actes et des conduites ainsi que l'interprétation des situations rencontrées*».

Pierre Mannoni, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 2003 (1ère éd. 1998), p. 119

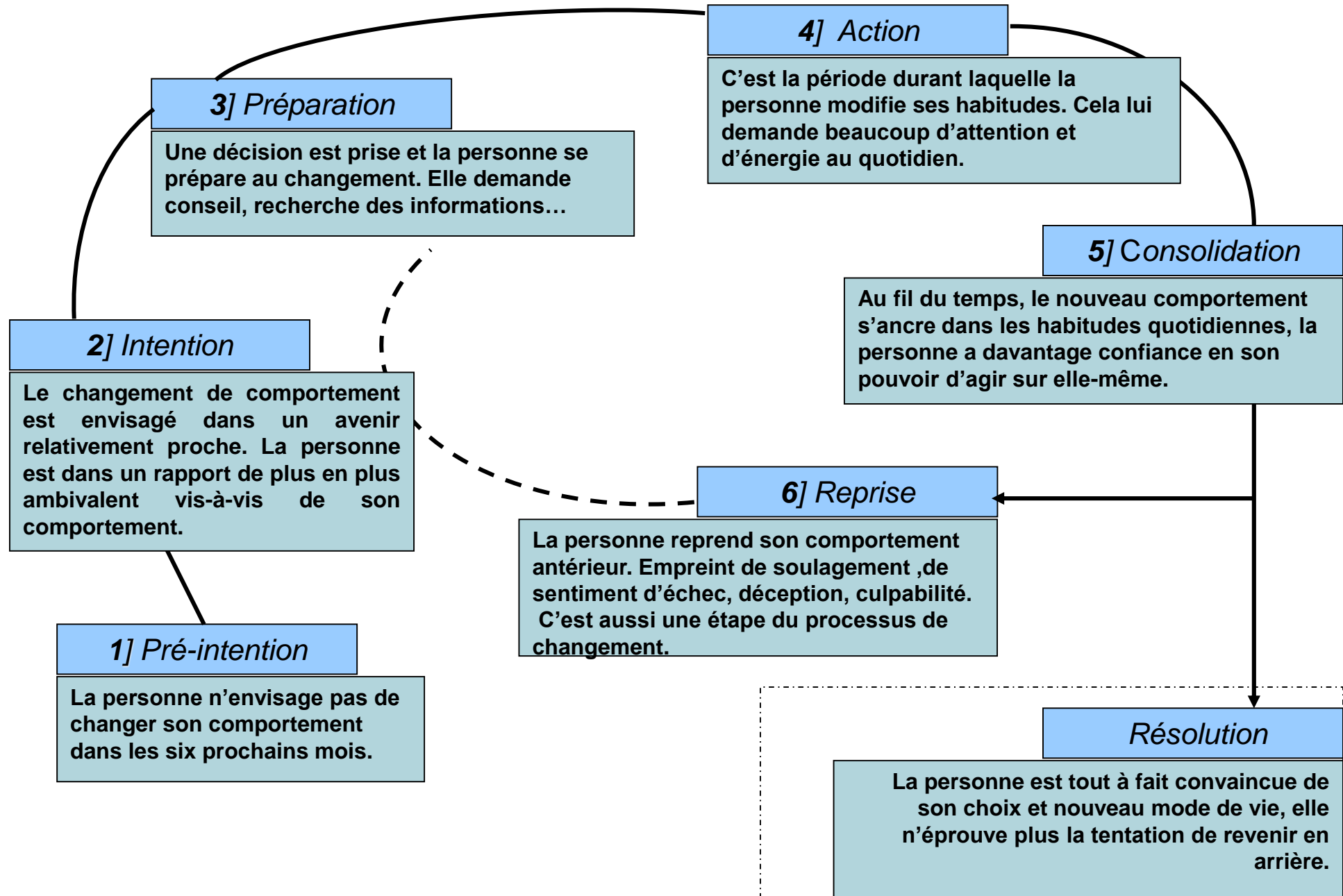
Conditions d'efficacité d'un message

- Menace sérieuse
 - Message compréhensible
 - Références valables et valides
- Porteuse de sens (écho)
- Solution proposée
 - Perçue comme efficace
- Possibilité de le faire
- Motivation à l'appliquer

Motivation(s)

- Extrinsèque (subie, peu appropriée par la personne, moins durable dans le temps)
- Intrinsèque (choisie, appropriée par la personne, durable)

LES ETAPES DU PROCESSUS DE CHANGEMENT (d'après James Prochaska et Carlo Di Clemente, 1982)



Prendre soin de soi et des autres

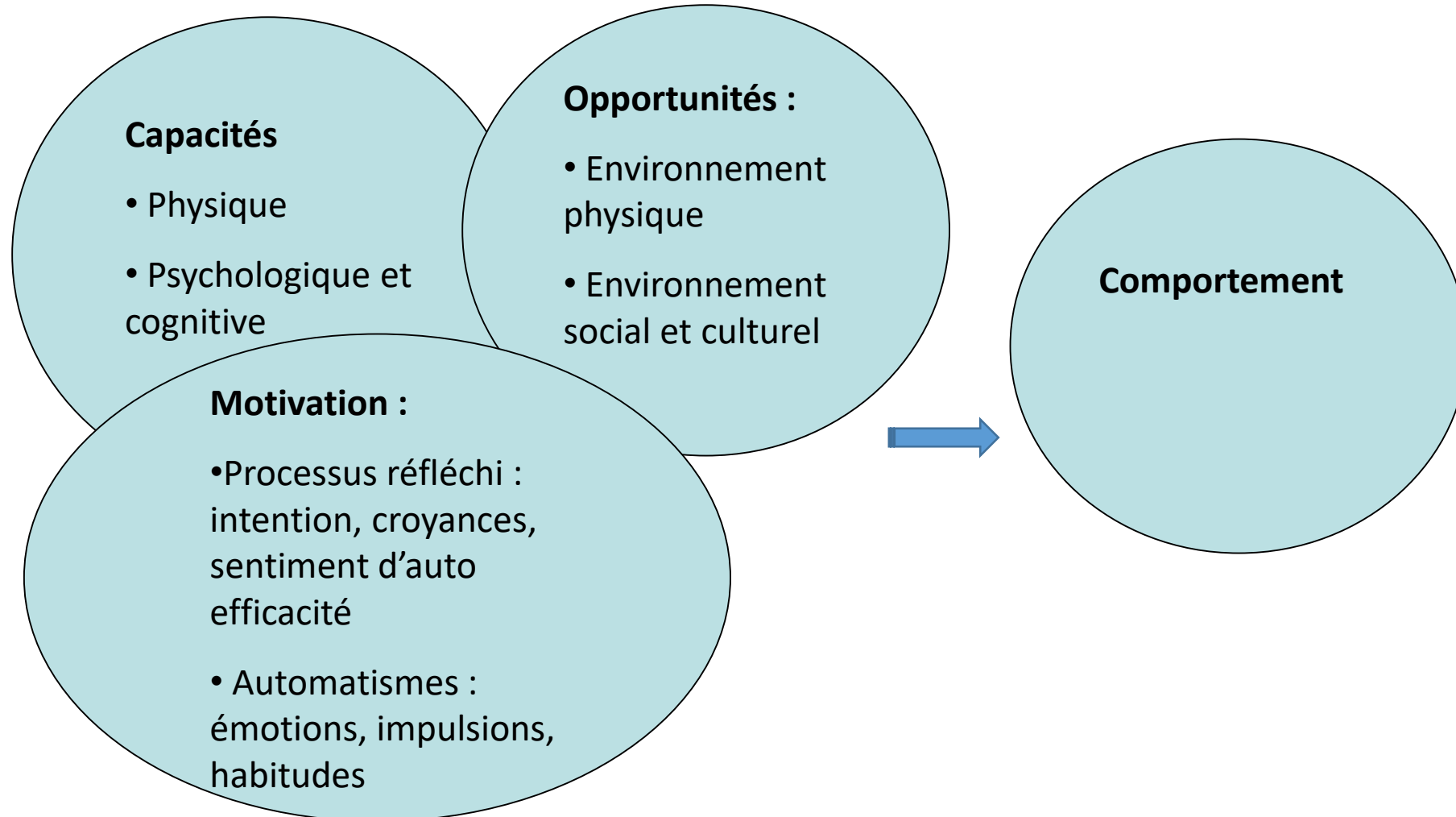
- L'information – transparente - est nécessaire, mais non suffisante

« La Roue du Changement »

COM-B : Capacity, Opportunity, Motivation - Behaviour

Synthèse de 19 modèles sur le changement de comportement

Susan RICHIE – Robert WEST



La résistance au changement

- Face à une nécessité de changement, la première attitude est de refuser de bouger (théorie de la réactance de Brehm 1981).
- Produit de l'interaction avec l'intervenant, elle peut être diminuée ou aggravée par son attitude.
- Souvent confondue avec l'ambivalence.
- La résistance est prédictrice d'une absence de changement.

Repères pour animer des temps d'échanges formels ou informels

CONTEXTE	PISTES
<ul style="list-style-type: none">•Un sujet polémique (environnement médiatique)•Des réticences diverses, qui peuvent paraître irrationnelles mais qui ont du sens pour les personnes•Une défiance institutionnelle qui porte préjudice à la relation de confiance entre porteurs de la campagne et les personnels	<ul style="list-style-type: none">•Accueillir l'expression des personnes dans la neutralité•Accepter l'existence de paradoxes (conscience professionnelle et réticences irrationnelles peuvent cohabiter)•Ne pas argumenter contre des représentations (risque de renforcer les résistances)•Ne pas chercher à convaincre•Restaurer une confiance relationnelle et institutionnelle dans une logique de partenariat

Clé de la réussite d'une campagne de prévention de la grippe

- Stratégie de prévention du risque d'épidémie de l'établissement
 - Impulsée et soutenue par la direction
 - Portée par un comité d'organisation pluridisciplinaire
 - Coordonnée par un référent légitimé
 - Impliquant tous les professionnels au titre de partenaires
- Multimodale ou plurifactorielle
- S'autoriser le temps qu'il faut

Bibliographie

1. P. Vanhems, N. Voirin, V. Escuret et al. Risk of Influenza Like Illness in an acute health care setting during community influenza epidemics in 2004-2005, 2005-2006, and 2006-2007
2. Eibach D., Casalegno J.S., Bouscambert M., et al. Routes of transmission during a nosocomial influenza A(H3N2) outbreak among geriatric patients and healthcare workers. J Hosp Infect 2014 (86)188-193
3. SF2H 2013 Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes
<https://sf2h.net/publications/prevention-de-transmission-croisee-voie-respiratoire-air-gouttelettes>
4. HCSP 25.09.2015 prévention de la grippe et des infections virales saisonnières
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=521>
5. SF2H juin 2017 Actualisation des précautions standard https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
6. HCSP; rapport: Efficacité de la vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes âgées et les professionnels de santé. Mars 2014 <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=424>
7. Thomas R.E. Do we have enough evidence how seasonal influenza is transmitted and can be prevented in hospitals to implement a comprehensive policy? Vaccine 34(2016) 3014-3021
8. A. Guimezanes, M. Mathieu. Vaccination: agression ou protection? Le Muscadier, Paris, 2015/ 125p
9. HCSP, avis relatif aux obligations vaccinales des Professionnels de santé (sept, oct 2016)
10. P. Loubet, O Launey. Vaccination de l'adulte: données générales, actualités et perspectives. RevMedInterne (2007)
<http://dsc.doi.org/10.1016:j.revmed.2017.01.007>

Bibliographie

11. E Fielding. Methodological evolution of influenza vaccine effectiveness assessment; Lancet infect Dis. 2016; 16(8): 874-875.
12. [Skowronski DM](#), Chambers C, De Serres G, *et al.* Early season co-circulation of influenza A(H3N2) and B(Yamagata): interim estimates of 2017/18 vaccine effectiveness, Canada, January 2018. [Euro Surveill.](#) 2018;23(5):pii=18-00035. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.5.18-00035>
13. Skowronski DM, Chambers C, Sabaiduc S, *et al.* Interim estimates of 2016/17 vaccine effectiveness against influenza A(H3N2), Canada, January 2017. [Euro Surveill.](#) 2017;22(6):pii=30460. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.6.30460>
14. E. Kissling, M. Rondy. I-MOVE/I-MOVE+ study team. Early 2016/17 vaccine effectiveness estimates against influenza A(H3N2): I-MOVE multicentre case control studies at primary care and hospital levels in Europe. [Euro Surveill.](#) 2017;22(7):pii=30464. DOI: <http://dx.doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.7.30464>
15. EA. Belongia, MD Simpson, JP. King *et al.* Variable influenza vaccine effectiveness by subtype: a systematic review and meta analysis of test negative design studies. [Lancet infect Dis.](#) 2016;16(8):942-51.
16. Castilla J, Navascués A, Casado I, *et al.* [Primary Health Care Sentinel Network, Network for Influenza Surveillance in Hospitals of Navarre.](#)
17. Interim effectiveness of trivalent influenza vaccine in a season dominated by lineage mismatched influenza B, northern Spain, 2017/18. [Euro Surveill.](#) 2018;23(7):pii=18-00057. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.7.18-00057>
18. G. De Serres, D M. Skowronski, B J. Ward, *et al.* Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement; [PLOS ONE/DOI:10.1371/journal.pone.0163586](#) January 27, 2017
19. P.Sauders-Hastings, *et al.*, Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: a systematic review and meta-analysis. [Epidemics](#) (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.epidem.2017.04.003>
20. WHO. Avian influenza, including A(H5N1) in humans: WHO interim infection control guideline for health care facilities, 24 april 2006

Bibliographie

21. Evaluation d'une politique obligatoire de vaccination contre l'influenza ou de port d'un masque pour les travailleurs de la santé, Institut national de santé publique Québec <http://www.inspq.qc.ca>.
22. Brankston, G., Gitterman, L., Hirji, Z., et al. Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(4):257-65.
23. Weber, T. P., Stilianakis, N. I. Inactivation of influenza A viruses in the environment and modes of transmission: a critical review. *J Infect.* 2008;57(5):361-73. InR. Huttunen, J.Syrjanen. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2014) 33:1477-1488
24. Gavazzi G, Vesta Vaccine, Real K, Kim S, Conigliaro J. Using a validated health promotion tool to improve patient safety and increase health care personnel influenza vaccination rates. *American journal of infection control* 2013; 41(8): 691-69
25. Gavazzi G., Rothan Tondeur M. Vaccination antigrippale chez les professionnels de santé : état des lieux et enjeux. *MASSON, Paris. Antibiotiques* 2006; 8 : 69 – 72
26. Vasilevska M, Ku J, Fisman D. Factors Associated with Healthcare Worker Acceptance of Vaccination : A systematic Review and Meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014; 35 (6):699-708
27. Institut national de santé au Québec. Promotion de la vaccination contre la grippe saisonnière : des stratégies efficaces pour rejoindre les travailleurs de la santé. Mai 2013. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1702_PromoVaccGrippeSaison_StratEfficRejoinTravSante.pdf
28. SANTÉ PUBLIQUE FRANCE — *Étude de la couverture vaccinale contre la grippe saisonnière des professionnels de santé du CHU Hôpitaux de Rouen avant et après campagne de promotion de la vaccination, saisons 2013/14 et 2014/15 / p. 1*

Promouvoir la santé : changer les comportements ?

Bibliographie

- Définition de la Santé, OMS 1946, inscrite au préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) p1 : http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Promotion de la santé, <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/> au 13/08/2014
- Health belief model, Le *modèle socio-cognitif des croyances sur la santé* a été U.S. Public Health Service, années 1950, Irwin M. Rosenstock, Godfrey M. Hochbaum, S. Stephen Kegeles, et Howard Leventhal, Christopher J. Carpenter, « A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior », *Health Communication*, vol. 25, n° 8, 2010, p. 661–669 ([DOI 10.1080/10410236.2010.521906](https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906), [lire en ligne \[archive\]](#))
- *Les représentations*, Pierre Mannoni, Les représentations sociales, Paris, PUF, 2003 (1ère éd. 1998), p. 119
- Peur et prévention.- Bruxelles santé, n° 11, septembre 2003, 49p
<http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/bxlsante3>
- *Modèle transthéorique des changements de comportements de Prochaska et DiClemente*
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil_modele_prochaska_et_diclemente.pdf