



Antoine Roulet<sup>1</sup>, Bernard Aumaitre<sup>2</sup>,  
Aurélie Janczewski<sup>1</sup>

1. Département de médecine générale,  
Université Aix-Marseille.

2. Centre de vaccination internationale,  
centre hospitalier de Briançon.

aroulet@gmail.com

exercer 2017;133:196-202.

# Motivations et réticences à la vaccination

## Une étude qualitative sur les infirmiers hospitaliers et libéraux du département des Hautes-Alpes

*Motivations and reluctances to vaccination  
A qualitative study on hospital and independent  
nurses in Hautes-Alpes*

### INTRODUCTION

La vaccination est une mesure de protection efficace contre les maladies infectieuses. En France, elle représente le 5<sup>e</sup> motif de consultation en soins primaires, la prévention des maladies étant l'une des missions prioritaires du médecin généraliste<sup>1</sup>.

#### Le terrain de la vaccination se fragilise

Au-delà des polémiques et controverses relayées par les médias sur le sujet, de nombreuses études confirment une perte de confiance et mettent en évidence des écarts d'opinions, d'attitudes et de comportements sur la vaccination<sup>2</sup>. De récentes études indiquent que ce phénomène touche également les soignants<sup>3,4</sup>. La couverture vaccinale, bien que globalement en progression depuis ces dix dernières années en France, demeure insuffisante. Cette tendance est particulièrement marquée dans le département haut-alpin<sup>5</sup>. Le taux de couverture vaccinale y est inférieur à la moyenne nationale pour les vaccins recommandés. En 2013, parmi les enfants hauts-alpins de 24 mois, seulement 57 % avaient reçu la première dose du vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) et 57 % le rappel rougeole-oreillons-rubéole (ROR), contre respectivement 88 et 70 % à l'échelle nationale<sup>6</sup>.

#### Les infirmiers sont insuffisamment vaccinés

L'enquête « Vaxisoin » avait pour objectif d'évaluer la couverture vaccinale chez les soignants travaillant dans les établissements de soins de France en 2009. Ses résultats montraient des couvertures vaccinales acceptables mais non optimales pour les vaccinations obligatoires, et insuffisantes pour les vaccinations recommandées. Ce phénomène s'observait particulièrement chez les infirmiers, moins bien vaccinés que les sages-femmes et les médecins<sup>7</sup>.

Parmi les missions attribuées aux infirmiers par le code de la santé publique figure la participation à des actions de prévention et d'éducation dans le domaine des soins de santé primaires, en relation avec les autres professionnels soignants<sup>8</sup>. Les études montrent que la décision vaccinale des patients est fortement influencée par les infirmiers<sup>9</sup>. Pour des raisons de proximité relationnelle et de disponibilité, l'infirmier est souvent le premier interlocuteur des patients sur les questions de santé. Il représente donc un allié majeur du médecin généraliste pour promouvoir la vaccination auprès des patients. Pour autant, à notre connaissance, il n'existe pas à ce jour d'études s'intéressant aux représentations des infirmiers sur les recommandations vaccinales françaises.

#### Liens d'intérêts :

les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts financier, personnel ou autre concernant les données publiées dans cet article.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser les représentations des infirmiers hauts-alpins sur la vaccination en général.

## MÉTHODE

Étude qualitative par entretiens semi-directifs (ESD) individuels et *focus groups* (FG) avec analyse par théorisation ancrée<sup>10,11</sup>.

### Type d'étude et caractéristiques de l'échantillon

Les participants ont été recrutés sur la base du volontariat, par appels téléphoniques aléatoires ou démarchages sur les lieux d'exercice. L'échantillon a été construit sur un mode raisonné. Les critères d'inclusion étaient : les infirmiers exerçant dans le département des Hautes-Alpes, sans limitation quant au mode d'exercice (hospitalier et libéral). Un groupe d'étudiants infirmiers ayant déjà suivi la formation initiale sur la vaccination à l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) a également été interrogé. La taille de l'échantillon a été déterminée *a posteriori* selon deux critères : la répartition géographique sur l'ensemble du département haut-alpin et la saturation des données recueillies<sup>10</sup>.

### Recueil des données

Des entretiens semi-directifs individuels ou en groupe ont été conduits. Les FG favorisaient l'interaction au sein des groupes avec l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences afin de générer des données. Les ESD, quant à eux, permettaient de recueillir des propos plus personnels sans influence liée à l'effet de groupe<sup>11</sup>. Les ESD et les FG ont été conduits par l'enquêteur, médecin généraliste. Le canevas d'entretien initial a été élaboré après des entretiens informels préalables auprès de médecins et d'infirmiers (**encadré**).

Les entretiens se sont déroulés dans des lieux calmes favorisant l'écoute et l'expression libre des participants, sans limite de temps. Selon leur convenance, il pouvait s'agir soit de leur lieu d'exer-

cice (cabinet libéral, salle de réunion de l'hôpital), soit de leur domicile. Après une brève présentation de l'étude, l'enquêteur rappelait la garantie d'anonymat et sollicitait un consentement éclairé de la part de l'enquêté.

### Analyse des données

L'analyse des données a été conduite par l'enquêteur seul. Elle s'est déroulée selon le modèle interactif en 3 temps décrit par Huberman et Miles. Ce modèle dit « interactif » permettait, durant tout le temps du recueil, un va-et-vient entre les trois temps de l'analyse<sup>12,13</sup>.

### Condensation des données

Une grille d'analyse a été élaborée par codage des verbatims et des éléments non verbaux, classés par catégories suivant les idées obtenues.

### Présentation des données

Les données codées étaient ensuite regroupées par thèmes généraux selon la méthodologie de la théorisation ancrée<sup>11</sup>. Celle-ci permettait de construire des théories à partir des données collectées lors des entretiens, et non à partir d'hypothèses préétablies<sup>14</sup>.

### Vérification

La structure du guide d'entretien n'était pas figée : le questionnaire était réévalué à l'issue de chaque entretien, afin de pouvoir identifier d'autres variables d'analyse et permettre l'émergence de nouvelles catégories thématiques. Une triangulation des données a été réalisée en confrontant les résultats obtenus par chacune des deux méthodes de recueil de données (ESD et FG)<sup>15</sup>.

Cette étude non interventionnelle menée auprès de professionnels de santé ne nécessitait pas d'avis éthique.

## RÉSULTATS

Les entretiens se sont déroulés de mars à décembre 2015. Quarante et un infirmiers ont été interviewés : 18 en ESD et 23 en FG (**tableau**). Les FG étaient au nombre de 4 (avec 5 ou 6 participants

### Principe de la vaccination (immunologique et santé publique)

#### Opinion face à la vaccination

Question ouverte :

- Quelle est votre opinion sur la vaccination en général ?

Questions semi-ouvertes :

#### ► Le vaccin

- Le vaccin peut-il déclencher la maladie concernée ?
- Le vaccin peut-il déclencher d'autres maladies ?
- Les adjuvants.
- Autres méthodes pour se protéger des maladies concernées ?

#### ► La maladie

- Les vaccins protègent-ils contre des maladies graves ? pas graves ?
- Les vaccins protègent-ils contre des maladies disparues/rares ; existantes/fréquentes ?
- Nécessité de se vacciner s'il n'y a pas de facteur de risque d'exposition ?
- Nécessité de se vacciner si on se sent « en bonne santé » ?

#### ► En pratique

- Le calendrier vaccinal.
- Information à la population générale en matière vaccinale.
- Obligation vaccinale.
- Confiance dans le système de santé.

Formation reçue et amélioration proposée (à l'IFSI et une fois diplômé) ?

Êtes-vous à jour de vos vaccinations ?

Données sociodémographiques.

**Encadré** - Canevas d'entretien  
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers.

par FG). La durée moyenne était de 0 h 35 pour les ESD et de 1 h 40 pour les FG. La saturation des données a été atteinte après le 20<sup>e</sup> entretien. Le codage axial a généré 168 codes distincts. Le codage thématique ensuite réalisé les a classés en 6 thèmes principaux.



	Type d'entretien	Sexe	Année de diplôme	Type d'exercice
1	Entretien semi-directif	Féminin	1999	Hospitalier (urgences)
2	Entretien semi-directif	Féminin	2006	Hospitalier (urgences)
3	Entretien semi-directif	Féminin	2011	Hospitalier (urgences)
4	Entretien semi-directif	Féminin	2003	Hospitalier (pédiatrie)
5	Entretien semi-directif	Féminin	1986	Hospitalier (urgences)
6	Entretien semi-directif	Féminin	2007	Hospitalier (urgences)
7	Entretien semi-directif	Féminin	1995	Hospitalier (pédiatrie)
8	Entretien semi-directif	Féminin	2011	Hospitalier (chirurgie)
9	Entretien semi-directif	Féminin	2001	Libéral
10	Entretien semi-directif	Féminin	2005	Scolaire
11	Entretien semi-directif	Féminin	1978	Libéral
12	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
13	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
14	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
15	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
16	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
17	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
18	Focus group	Féminin	-	2 <sup>e</sup> année de formation en soins infirmiers
19	Entretien semi-directif	Féminin	1992	Libéral
20	Focus group	Féminin	1983	Libéral
21	Focus group	Féminin	1989	Libéral
22	Focus group	Féminin	1998	Libéral
23	Focus group	Masculin	2003	Libéral
24	Focus group	Féminin	1994	Libéral
25	Focus group	Féminin	2006	Libéral
26	Focus group	Féminin	1988	Libéral
27	Focus group	Féminin	1999	Libéral
28	Focus group	Féminin	1982	Libéral
29	Focus group	Féminin	1986	Libéral
30	Focus group	Féminin	1996	Libéral
31	Focus group	Féminin	1976	Hospitalier (médecine du travail)
32	Focus group	Féminin	2014	Hospitalier (« pool »)
33	Focus group	Féminin	1999	Hospitalier (médecine polyvalente, gériatrie)
34	Focus group	Féminin	1994	Hospitalier (médecine polyvalente, gériatrie)
35	Focus group	Féminin	1983	Hospitalier (médecine polyvalente, gériatrie)
36	Entretien semi-directif	Féminin	1997	Libéral
37	Entretien semi-directif	Féminin	1995	Libéral
38	Entretien semi-directif	Féminin	2009	Structure spécialisée (handicap)
39	Entretien semi-directif	Féminin	2012	Prestataire de services
40	Entretien semi-directif	Masculin	2006	Hospitalier (psychiatrie)
41	Entretien semi-directif	Féminin	1998	Hospitalier (psychiatrie)

Tableau - Caractéristiques de l'échantillon

## Du geste individuel au geste collectif

Les infirmiers interrogés avaient bien intégré les notions de protection individuelle et collective. Protection de la population et éradication des maladies étaient évoquées : « *Si on n'a pas connu de grandes épidémies, c'est grâce à la vaccination* » ; « *La vaccination est un devoir de citoyen : les non-vaccinés vivent au crochet des vaccinés* ». Ce sentiment se voyait renforcé avec la notion de flux de population : « *Même si des maladies sont éradiquées chez nous, elles risquent de revenir avec tous les migrants* ». Cependant, pour le vaccin contre la grippe saisonnière, la notion de protection collective n'apparaissait pas comme un argument majeur à la décision vaccinale : « *Je sais que ça sert à protéger les autres, ça n'est pas pour autant que je le fais* ».

## Formation et information

Les principes immunologiques de la vaccination étaient assimilés par les infirmiers avec les termes de « *création d'anticorps* », « *reconnaissance d'antigènes* », « *stimulation du système immunitaire* ». Cependant, ils avaient globalement un ressenti négatif concernant leur formation initiale à l'IFSI sur le sujet de la vaccination. Qu'il s'agisse d'un volume insuffisant : « *On a eu aucun cours sur la vaccination* » ; « *J'ai dû avoir des cours, mais je ne m'en souviens plus* » ; « *C'est loin, j'ai un vague souvenir* » ; ou de leur pertinence : « *On manque de stages pratiques* » « *Les cours étaient trop théoriques et trop détaillés pour nous* ». Si certains disaient « *connaître les bases de la vaccination* », d'autre affirmaient : « *Je n'en sais pas plus que mes patients* » ; « *Dur de conseiller les patients quand soi-même on est perdu* ».

Pratiquement aucun infirmier ne déclarait avoir suivi une formation continue sur la vaccination au cours de son exercice. Pour certains, elle était jugée nécessaire afin d'« *être en mesure de donner une information impartiale et validée scientifiquement aux patients* », souhaitant principalement aborder les thèmes de « *principe, utilité et effets secondaires possibles des vaccins* ». D'autres, en

revanche, n'en voyaient pas l'utilité, ne se sentant « *pas concernés par la vaccination dans leur pratique* ».

À la question de l'information apportée à la population générale, les avis convergeaient pour la plupart vers une représentation négative, souvent accompagnée d'expressions non verbales (rires, soupirs, sifflements). Étaient invoqués soit une carence, soit au contraire un excès d'information nuisible alors à la compréhension : « *Il y a trop d'information, on n'arrive pas à s'y retrouver* » ; « *On parle beaucoup de la grippe, mais jamais des autres vaccins* ». Certains des infirmiers interrogés concluaient par : « *De toute façon, la masse ne s'intéresse pas au sujet* ». Un discours scientifique jugé trop souvent contradictoire était incriminé : « *Un jour un grand professeur va dire "blanc" sur TF1, puis le même jour un autre professeur va dire "noir" sur France 2, alors qui croire ?* ».

## Confiance et défiance

Les infirmiers faisaient part du caractère rassurant des anciens vaccins, au détriment des nouveaux pour lesquels « *on manque de recul* ». Ce phénomène était particulièrement observé avec la question des adjuvants : « *J'ai plus peur des adjuvants que du vaccin en lui-même* », « *Les adjuvants ? [rires] C'est comme les génériques, on verra avec le recul...* ».

« *La vaccination est polluée par les scandales* » : si les infirmiers déploraient l'impact négatif porté par la médiatisation des polémiques sur la vaccination, ils reconnaissaient souvent partager le même sentiment. « *Comment convaincre le patient avec tout ce qui se dit sur les vaccins ?* ». Il pouvait s'agir d'une remise en cause de l'efficacité d'un vaccin, comme celui de la grippe saisonnière : « *Depuis qu'on s'est rendu compte que le vaccin contre la grippe était inefficace, je me demande si la vaccination est bien utile* ». On retrouvait fréquemment un sentiment de méfiance envers les laboratoires : « *Lors de la grippe H1N1, ils nous ont fait peur pour nous faire acheter des vaccins supplémentaires* ». Parfois même se soulevaient des questions éthiques, comme pour la récente rup-

ture de stock du vaccin pentavalent : « *Prétexte pour nous vacciner de force contre le VHB* ». Enfin, certains infirmiers s'interrogeaient sur l'indépendance de la formation dispensée : « *Si un jour on me propose une formation continue sur la vaccination, je me méfierai : je pense qu'il s'agit d'une manipulation d'un laboratoire* ».

Pour certains, la notion de vaccins obligatoires pouvait être un facteur favorisant la vaccination : « *S'ils n'étaient pas obligatoires, je ne les aurais pas faits à mes enfants* ». Pour d'autres, en revanche, cette séparation obligatoires/recommandés était vécue comme un frein car « *elle sème le doute dans l'esprit des gens* » estimant que « *si des vaccins ne sont pas obligatoires, c'est que ça ne doit pas être important de les faire* ».

## L'influence du vécu

La quasi-totalité des infirmiers interrogés évoquait au moins une expérience, personnelle ou d'un proche, au sujet de la vaccination. Tous affirmaient qu'elle avait influencé leur décision vaccinale. « *Depuis que j'ai vu une collègue finir en réa à cause d'une grippe, je me vaccine* » ; « *Une amie a fait une SEP [sclérose en plaques] après le vaccin contre le VHB : jamais je ne ferai vacciner mes enfants !* ».

Le vécu professionnel conditionnait également la priorité vaccinale. C'est ainsi que l'infirmier de pédiatrie disait ne pas comprendre « *pourquoi le ROR n'est pas obligatoire ?* », quand un infirmier des urgences reconnaissait « *ne pas y connaître grand-chose en vaccins sauf le vaccin antitétanique* ». Parallèlement, l'absence d'expérience de la maladie pouvait être source de questionnement quant à l'utilité vaccinale : « *Je n'ai jamais vu de polio, donc je trouve inutile de devoir se faire vacciner contre* ».

## Angoisse contre raison

Le principe de balance bénéfices-risques était fréquemment invoqué par les infirmiers. Ils le voyaient comme un argument en faveur de la vaccination, leur permettant d'outrepasser les angoisses liées à de possibles effets secondaires des vaccins : « *Oui, je pense qu'un vaccin peut déclencher des*



maladies, mais c'est rare, donc dans la balance bénéfices-risques il vaut mieux se faire vacciner » ; « On a plus de chance de mourir écrasé qu'à cause d'un vaccin : si on continue de traverser la rue, on doit continuer de se faire vacciner ».

Cependant, un vaccin échappait à cette règle : celui contre le VHB. Du fait de son hypothétique lien avec la SEP, la majorité des infirmiers y était opposée. « J'ai fait vacciner mon fils, maintenant j'ai peur ». L'angoisse prenant alors le dessus sur les données scientifiques : « Ça n'a jamais été prouvé [le lien vaccin VHB et SEP], pourtant je ne vaccinerai pas mes enfants ».

### **Du patient au médecin : place de l'infirmier dans le processus vaccinal**

Quelles que soient leurs représentations sur la vaccination, la majorité des infirmiers interrogés admettait ne pas influencer la décision du patient. Aux questions des patients, qu'ils estimaient nombreuses, ils déclaraient « rediriger vers le médecin traitant, qui a tous les éléments pour juger », voire vers le pharmacien pour les questions sur la composition, les adjuvants et les effets secondaires des vaccins.

Un sentiment de manque d'implication dans le processus vaccinal revenait fréquemment : « C'est le médecin qui vaccine de toute façon, nous on n'a pas à donner notre avis ». Le médecin généraliste était décrit comme « une personne de confiance », « derrière qui on peut se cacher quand un patient nous pose des questions ». Enfin, ils estimaient qu'une meilleure couverture vaccinale passerait par un meilleur suivi du carnet de santé, notamment à l'âge adulte.

## **DISCUSSION**

Les infirmiers interrogés montraient une faible adhésion, voire des réticences à l'égard des vaccins antigrippal et anti-VHB, ainsi qu'une méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques. Ils favorisaient l'expérience personnelle et la prise en compte de la balance bénéfices-risques dans leur décision vacci-

nale individuelle. Ils ne s'estimaient pas en mesure de promouvoir la vaccination auprès de leurs patients.

### **Forces et faiblesses de l'étude Pertinence de l'échantillon**

Le choix de se tourner vers la population infirmière pour analyser ses représentations sur la vaccination rendait ce travail original. L'échantillon était volontairement diversifié, répondant ainsi à un objectif de variabilité des infirmiers interrogés en termes : socioculturel, d'âge, de type de pratique et de lieu d'exercice. Il présentait cependant une légère sur-représentativité féminine, avec 95 % d'infirmières interrogées pour une moyenne régionale de 85 %<sup>17</sup>.

### **Recueil des données**

Lors des ESD se créait une relation d'enquête risquant de produire une intersubjectivité entre enquêteur et enquêté<sup>18</sup>. L'enquêteur, par ses interventions ou attitudes, a pu modifier le cours de la pensée ou la compréhension de l'infirmier interrogé, et réciproquement mal interpréter son discours. Le statut de médecin de l'enquêteur a pu renforcer ce phénomène créant une désirabilité sociale de la part du participant, par volonté de bien répondre et de ne pas être jugé. Bien qu'il s'agisse d'un effet attendu en recherche qualitative, nous avons essayé de l'atténuer en respectant le canevas d'entretien et en adoptant une écoute neutre.

Les limites des FG résultaient des aspects négatifs de l'interaction de groupe<sup>19</sup>. Nous avons parfois pu constater par exemple l'existence d'un « effet leader » avec monopolisation du débat par un infirmier interrogé et réticences d'un autre à exprimer ses idées. D'autres fois, il pouvait s'agir de modification du discours afin de respecter les normes sociales de groupe.

### **Méthode d'analyse et critères de scientificité**

La méthode d'analyse des données appliquée dans ce travail a permis de satisfaire aux critères de scientificité requis dans les études qualitatives<sup>16</sup>. La réévaluation permanente des questions du canevas d'entretien avec prise en compte du *feedback* des participants

sur les questions posées, ainsi que la triangulation des deux méthodes de recueil de données (ESD et FG) sont autant d'éléments ayant contribué à renforcer la validité interne de l'étude. La validité externe ou « transférabilité » a, quant à elle, été assurée par l'obtention d'une saturation des données.

Face à l'abondance et à l'hétérogénéité des données recueillies, tous les thèmes ayant émergé de l'analyse n'ont pu être abordés. Une sélection a dû être faite, sous l'influence des propres normes et représentations de l'enquêteur. Le recours à un double codage systématique des verbatims par un deuxième enquêteur aurait permis de limiter cet effet.

### **Comparaison avec la littérature**

En utilisant les mots-clés « nurse », « infirmier », « vaccination », « opinion », « représentation » et « healthcare » sur différentes banques de données, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études portant sur les représentations des infirmiers sur les recommandations vaccinales générales françaises. En revanche, nous avons confronté nos résultats aux récentes enquêtes d'opinion sur la vaccination menées en France dans la population générale et médicale, afin d'intégrer les représentations des infirmiers interrogés dans un processus de soins primaires. Cette revue de la littérature a été effectuée *a posteriori* et n'a donc pas influencé l'analyse des données.

### **Médecin, infirmier et population générale : des représentations communes sur la vaccination**

Les peurs des infirmiers interrogés, suscitées par la controverse liée au vaccin contre le VHB, sont partagées par les patients et les médecins. Les études montrent que deux tiers de la population générale et un quart des médecins généralistes semblent opposés à cette vaccination<sup>20-22</sup>. Pour François *et al.*, si l'obstacle principal à la vaccination dans l'opinion publique reste la crainte d'effets secondaires du vaccin, parmi les médecins généralistes il s'agit plutôt d'un excès de précaution dans les prescriptions<sup>21</sup>.



Si la grande majorité des infirmiers alléguait un manque d'information sur le sujet de la vaccination, les études révèlent que les médecins le déplorent également. Le rapport de 2015 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur l'attitude et les pratiques liées à la vaccination des médecins généralistes montre que ces derniers ne se sentent pas toujours en confiance pour informer leurs patients sur certains aspects des vaccins comme les adjuvants. Par ailleurs, un quart d'entre eux émet des doutes quant à l'innocuité et l'utilité vaccinale<sup>23</sup>. Le sentiment de méfiance à l'égard des médias retrouvé dans notre étude est comparable à celui exprimé dans la population générale ainsi que dans la population médicale chez qui seuls 6 % déclarent leur faire confiance<sup>23</sup>. Il en est de même pour la méfiance envers l'industrie pharmaceutique, fortement perceptible dans notre étude, et retrouvée autant chez les patients que chez les médecins<sup>24</sup>.

### **Médecin, infirmier et population générale : des représentations différentes sur la vaccination**

Sur plusieurs points liés notamment à leur pratique professionnelle, les infirmiers adoptent une attitude compa-

nable aux médecins. Qu'il s'agisse de leurs connaissances scientifiques sur la vaccination, de l'appréciation du rapport de balance bénéfices-risques ou encore d'une meilleure connaissance des pathologies que la population non soignante<sup>24</sup>.

Sur d'autres thématiques en revanche, les représentations des infirmiers recourent celles de la population générale. Le manque de confiance dans les sources officielles d'information, dont fait part la quasi-totalité des infirmiers interrogés, se superpose à celui de la population générale. La possible manipulation des données scientifiques, notamment du fait de conflits d'intérêts avec l'industrie des vaccins, est fréquemment évoquée. L'étude de Freed *et al.* sur la confiance apportée aux différentes sources d'information sur la vaccination retrouve que seuls 23 % des parents font confiance aux experts des autorités de santé<sup>25</sup>. Les médecins en revanche font en grande majorité confiance aux sources officielles d'information<sup>23</sup>. Sur la question du vaccin contre la grippe saisonnière, les résultats de l'étude mettent en évidence une démarche souvent individualiste de la part des infirmiers interrogés. Ils s'opposent ainsi aux médecins

généralistes qui, eux, appréhendent la vaccination sous un angle plus collectif que les patients, comme le démontre l'étude de Sardy *et al.*<sup>24</sup>.

Un autre décalage important se retrouve dans le degré d'engagement pour la promotion de la vaccination : les infirmiers interrogés reconnaissent ne pas encourager les patients à se faire vacciner, se désengageant parfois même de leur « rôle de soignant ». Ce résultat contraste avec l'approche médicale dans laquelle neuf médecins sur dix considèrent que leur rôle est d'inciter les patients à se faire vacciner même lorsque ces derniers sont réticents<sup>23</sup>.

## **CONCLUSION**

Les infirmiers interrogés estiment globalement ne pas être en mesure de promouvoir la vaccination auprès de leurs patients. Bien que multifactoriel, ce ressenti semble plus être la conséquence d'un manque de confiance et d'une perte de repères que d'un manque de connaissances fondamentales. Ce travail pourrait servir à mettre en place des stratégies vaccinales plus performantes axées sur la collaboration entre médecin et infirmier. ◆

---

### **Résumé**

**Contexte.** La vaccination figure parmi les premiers motifs de consultation de médecine générale en France. Elle est l'objet d'une controverse dans la population générale et soignante, qui génère un risque de couverture vaccinale insuffisante. Les infirmiers sont des acteurs de santé susceptibles de favoriser la promotion de la vaccination auprès des patients, en collaboration avec les médecins généralistes.

**Objectif.** Analyser les représentations des infirmiers sur la vaccination.

**Méthode.** Étude qualitative par entretiens semi-directifs et *focus groups* avec 41 infirmiers du département des Hautes-Alpes. Analyse des données par théorisation ancrée.

**Résultats.** Les infirmiers interrogés favorisaient avant tout l'expérience personnelle et la notion de balance bénéfices-risques dans leur décision vaccinale. Ils exprimaient une faible adhésion au vaccin antigrippal, et de vives réticences à l'égard du vaccin contre l'hépatite B. Ils disaient ne pas se sentir en mesure de promouvoir la vaccination auprès de leurs patients, préférant les rediriger vers leur médecin traitant.

**Conclusion.** Cette étude a permis une approche des connaissances des pratiques et des représentations des infirmiers hauts-alpins sur la vaccination en général. Elle pourrait servir à mettre en place des stratégies vaccinales plus efficaces axées sur la collaboration entre médecin et infirmier.

→ **Mots-clés :** vaccination ; représentations ; infirmiers ; recherche qualitative.

### **Summary**

**Context.** Vaccination is one of the main causes for doctors' visits in France. However, the issue of vaccination is controversial, not only in the general population but also within the health community, resulting in a vaccination coverage that may be insufficient. Nurses are actors likely to promote vaccination among patients, in close collaboration with the general practitioners.

**Aim.** To analyze nurses' representations on vaccination, with regard to primary health care.

**Method.** Qualitative study based on semi-structured interviews and focus groups with 41 nurses. The analysis was conducted according to the grounded theory.

**Results.** The nurses interviewed put forward their personal experience and a risk-benefit analysis to explain their behaviour regarding vaccination. They expressed a weak support toward the seasonal influenza vaccine and a strong opposition regarding Hepatitis B. They felt that they were not able to advocate vaccination with the patients and were more willing to redirect them to their general practitioner.

**Conclusion.** This study has shown the current knowledge, practices and beliefs surrounding the vaccination issue among nurses from the "Hautes-Alpes". It could help implementing more efficient strategies regarding vaccination, based on a collaboration between general practitioners and nurses.

→ **Key words:** vaccination; representations; nurses; qualitative research.



## Références

- 1. Société française de médecine générale.** Classement des 50 résultats de consultations les plus fréquents, par actes pour tous les patients. Issy-les-Moulineaux : SFMG, 2017. Disponible sur : [http://www.sfm.org/theorie\\_pratique/outils\\_de\\_la\\_demarche\\_medicale/le\\_dictionnaire\\_des\\_resultats\\_de\\_consultation\\_-\\_drc/quelques\\_chiffres\\_sur\\_les\\_resultats\\_de\\_consultation.html](http://www.sfm.org/theorie_pratique/outils_de_la_demarche_medicale/le_dictionnaire_des_resultats_de_consultation_-_drc/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html) [consulté le 10 mars 2017].
- 2. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratan S.** Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet* 2011;378:526-35.
- 3. Beck F, Guilbert P, Gautier A, Lamoureux P.** Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : INPES, 2007.
- 4. Gautier A.** Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : INPES, 2011.
- 5. Cellule interrégionale d'épidémiologie Sud.** Bulletin de veille sanitaire Paca-Corse 2013;8. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Sud/Bulletin-de-veille-sanitaire-Paca-Corse.-n-8-novembre-2013> [consulté le 10 mars 2017].
- 6. Collet M, Vilain A.** Le troisième certificat de santé de l'enfant [certificat au 24<sup>e</sup> mois (CS24)]. Validité 2013. Paris : DREES, 2015. Disponible sur : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt53-sources\\_et\\_methodes.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt53-sources_et_methodes.pdf) [consulté le 10 mars 2017].
- 7. Guthmann J, Abiteboul D.** Couverture vaccinale des soignants travaillant dans les établissements de soins de France. Résultats de l'enquête nationale Vaxisoin, 2009. Saint-Maurice : InVS, 2011.
- 8. Code de la santé publique : articles R4311-1/15.**
- 9. Mergler MJ, Omer SB, Pan WKY, et al.** Association of vaccine-related attitudes and beliefs between parents and health care providers. *Vaccine* 2013;31:4591-5.
- 10. Aubin-Auger I.** Introduction à la recherche qualitative. *exercer* 2008;19:142-5.
- 11. Letrilliart L.** Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. *exercer* 2009;20:74-9.
- 12. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y.** Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Rech Qual* 2006;26:110-38.
- 13. Blais M, Martineau S.** L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Rech Qual* 2006;26:1-18.
- 14. Côte L, Turgeon J.** Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale* 2002;3:81-90.
- 15. Mays N, Pope C.** Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000;320:50-2.
- 16. Drapeau M.** Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79-86.
- 17. Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle & sportive.** Paris : Insee, 2010. Disponible sur : <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/4675/1/re30.pdf> [consulté le 10 mars 2017].
- 18. Bourdieu P.** La situation d'enquête et ses effets. In: *La Misère du monde*. Paris : Éditions du Seuil, 1993.
- 19. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarere J, Terra JL.** S'approprier la méthode du focus group. *La Revue du Praticien-Médecine générale* 2004;645:382-4.
- 20. Gautier A, Jauffret-Roustide M, Jestin C.** Enquête Nicolle 2006 : connaissances, attitudes et comportements face au risque infectieux. Paris : INPES ; 2008.
- 21. François M, Alla F, Rabaud C, Raphaël F.** Hépatite B virus vaccination by French family physicians. *Med Mal Infect* 2011;41:518-25.
- 22. Partouche H, Scius M, Elie C, Rigal L.** Vaccination des nourrissons contre l'hépatite B : connaissances, opinions et pratiques des médecins généralistes de l'Est parisien en 2009. *Arch Pediatr* 2012;19:111-7.
- 23. Collange F, Fressard L, Verger P, et al.** Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes. Paris : DREES; 2015.
- 24. Sardy R, Ecochard R, Lasserre E, Dubois JP, Floret D, Letrilliart L.** Représentations sociales de la vaccination chez les patients et les médecins généralistes : une étude basée sur l'évocation hiérarchisée. *Sante publique* 2013;24:547-60.
- 25. Freed GL, Clark SJ, Butchart AT, Singer DC, Davis MM.** Sources and perceived credibility of vaccine-safety information for parents. *Pediatrics* 2011;127:S107-12.