

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE



ANNÉE 2010

THÈSE N° 3136 / 1

**LES VACCINS ANTIGRIPPAUX ET LES HABITANTS DE LA HAUTE-VIENNE :
COMPORTEMENTS, REPRÉSENTATIONS ET RUMEURS**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2010

PAR

Claire DE STAUTE

Née le 23 mai 1981 à Creil (Oise)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

Monsieur le Professeur DENIS François	- Président
Monsieur le Professeur BONNETBLANC Jean-Marie	- Juge
Monsieur le Professeur BUISSON Jean-Gabriel	- Juge et Directeur de thèse
Monsieur le Docteur HANTZ Sébastien	- Juge

UNIVERSITE DE LIMOGES – FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques

Monsieur le Professeur PREUX Jean-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS :

C.S = chef de service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEAULIEU Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARINGOLOGIE
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTE
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (C.S)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	PEDIATRIE
DENIS François	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESSPORT Jean Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE

FEISS Pierre
FEUILLARD Jean (C.S)
FOURCADE Laurent
GAINANT Alain (C.S)
GAROUX Roger (C.S)
GASTINNE Hervé (C.S)
GUIGONIS Vincent
JACCARD Arnaud
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
LABROUSSE François (C.S)
LACROIX Philippe
LASKAR Marc (C.S)
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (C.S)
MABIT Christian
MAGY Laurent
MARQUET Pierre
MATHONNET Muriel
MAUBON Antoine
MELLONI Boris (C.S)
MERLE Louis
MONTEIL Jacques (C.S)
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie (C.S)
PARAF François
PLOY Marie-Cécile (C.S)
PREUX Pierre-Marie

ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre
STURTZ Franck (C.S)
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre

TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis (C.S)
VANDROUX Jean-Claude
VERGNEGRE Alain (C.S)

VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
HEMATOLOGIE
CHIRURGIE INFANTILE
CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
PEDIATRIE
HEMATOLOGIE
IMMUNOLOGIE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
MEDECINE VASCULAIRE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
PEDIATRIE
ANATOMIE
NEUROLOGIE
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
CHIRURGIE DIGESTIVE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
PNEUMOLOGIE
PHARMACOLOGIE CLINIQUE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET
PREVENTION
OPHTALMOLOGIE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
OTO-RHINO-LARINGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES
METABOLIQUES
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET
PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE

VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE
CHABLE Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE – CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
----------------	----------------

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
----------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	MEDECINE GENERALE
BUISSON Jean-Gabriel	MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE

A notre président,

Monsieur le professeur François DENIS

Professeur des universités de Bactériologie, Virologie, Hygiène

Biologiste des hôpitaux

Chef de service

Vous nous faites le grand honneur de présider ce jury. Trouvez ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Marie BONNETBLANC

Professeur des universités de Dermatologie

Médecin des hôpitaux

Votre présence dans ce jury nous honore. Trouvez dans ce travail toute notre reconnaissance pour votre gentillesse et votre savoir dispensé. Soyez assuré de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

Professeur associé à mi-temps de Médecine générale

Avec votre patience, vous avez su nous guider dans l'élaboration de ce travail. Merci pour votre soutien et votre disponibilité. A vos côtés, nous avons pu découvrir ce qu'est l'exercice de la médecine générale, et nous avons pu apprécier toutes les qualités humaines que cela requiert. Soyez-en sincèrement remercié.

Monsieur le Docteur Sébastien HANTZ

Maitre de conférences des universités

Praticien Hospitalier de Bactériologie, Virologie

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail, et nous espérons que vous trouverez ici l'expression de nos remerciements et de notre gratitude.

Je tiens à remercier très sincèrement le service de Biostatistiques, et plus particulièrement le Professeur Pierre-Marie PREUX, pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats de cette étude. Merci de votre disponibilité et de votre efficacité.

A l'ensemble des médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail, votre aide a été indispensable. Je vous remercie d'avoir accepté la mise à disposition du questionnaire dans vos salles d'attente. Je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Aux patients qui ont accepté de prendre le temps de répondre à ce questionnaire. Cette étude n'aurait pu se faire sans vous. C'est avec tout le respect que je vous dois que j'ai recueilli vos propos.

A l'ensemble des médecins ayant contribué à ma formation, je vous serai éternellement reconnaissante de m'avoir enseigné la médecine.

A mes maîtres de stage de médecine générale, je me permets à cette occasion de vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservé, pour les connaissances que vous m'avez dispensées, pour l'humanité dont vous faites preuve dans votre enseignement, et le soutien que vous m'avez prodigué tout au long de ma formation. Merci.

Au Docteur Philippe NICOT, qui m'a conseillé et encouragé sur ce travail, et m'a aidé à trouver la documentation la plus récente possible sur le sujet. Merci de votre disponibilité, de vos suggestions, critiques et avisées, et de votre gentillesse.

A Thomas, mon amour. Ton soutien sans faille, moral et logistique, même aux moments les plus difficiles m'a permis de ne pas me décourager. Merci d'être près de moi chaque jour et de m'aider à construire le futur. Je t'aime.

A ma mère, à ma grand-mère. Je vous admire. Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, vous m'avez soutenue pendant ces longues années d'études et pour cela je vous serai à jamais reconnaissante, plus que je ne pourrai jamais l'exprimer. Merci d'être toujours à mes côtés, je vous aime.

A Marcelle. Merci de ton soutien permanent, merci d'être là dans les moments importants.

A ma famille. Vos encouragements m'ont été indispensables. Merci.

A ma belle-famille. Merci de votre soutien, de vos encouragements, merci pour tout.

A Liliane. Les souvenirs de nos études, et surtout de notre internat resteront gravés à jamais dans ma mémoire. Mais plus jamais on ne me reprendra à te suivre sur un manège...

A Pauline. Pour l'enthousiasme perpétuel dont tu fais preuve. La bonne humeur est contagieuse.

A mes amis. Merci d'avoir été là quand il fallait, et accepté que je disparaisse pendant un temps. Merci pour tout. Et bienvenue aux petits nouveaux !

A toutes les personnes qui ont cru en moi et qui m'ont soutenue durant ma vie : Merci !

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	14
<u>1. Généralités</u>	15
A. La vaccination	15
1. Les débuts de la vaccination	15
2. L'élaboration des vaccins	15
B. La médecine préventive et la notion de risque	16
C. Qu'est ce qu'une représentation sociale ?	17
1. Définition	17
2. Modèle thérapeutique	18
D. La rumeur : définition et caractéristiques	19
<u>2. Méthodologie</u>	21
A. Etude descriptive au niveau départemental	21
B. Scores d'opinion	22
1. Score S et score A	22
2. Score T	24
<u>3. Résultats</u>	25
A. Caractéristiques de l'échantillon	25
1. Le sexe et l'âge	25
2. L'habitat	26
3. Le niveau d'éducation et la catégorie socioprofessionnelle	27
B. Les sources d'informations	28
C. Comportement des patients face à chaque vaccin, et comparaison	29
1. Vaccin grippe saisonnière	29
a. Statut vaccinal	29
b. Opinion sur l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière	29
c. Opinion sur le caractère dangereux du vaccin contre la grippe saisonnière	29
d. Opinion sur le caractère risqué ou non de la vaccination contre la grippe saisonnière	30
2. Vaccin grippe A	30
a. Statut vaccinal	30
b. Opinion sur l'efficacité du vaccin contre la grippe A	30
c. Opinion sur le caractère dangereux du vaccin contre la grippe A	31
d. Opinion sur le caractère risqué ou non de la vaccination contre la grippe A	31
3. Comparaison entre les 2 vaccins	32
	11

4. Statut vaccinal sur l'ensemble des 2 vaccins étudiés	33
5. Quelques comportements paradoxaux	34
D. Scores d'opinion sur les vaccins	34
1. Rappels méthodologiques	34
2. L'opinion des personnes envers les vaccins antigrippaux est elle favorable ?	35
a. Score S et score A	35
b. Relation entre scores S et A, et statut vaccinal	36
c. Score T et statut vaccinal	37
E. Motivations et freins à la vaccination	38
1. Les raisons de se faire vacciner	38
2. Les freins à la décision de se faire vacciner	40
3. La vaccination des enfants contre la grippe A	41
F. Les représentations des vaccins antigrippaux	42
1. Nature et perception des représentations	43
2. Détail des représentations animales	44
3. Détail des représentations objectales	45
4. Détail des représentations personnifiées	46
G. Les effets secondaires des vaccins antigrippaux rapportés par les patients	47
1. Niveaux d'effets secondaires rapportés	47
2. Gravité des effets secondaires des vaccins antigrippaux rapportés	48
3. Nature des effets secondaires rapportés	49
4. Lien entre score T et effets secondaires	51
H. Questions générales	53
1. Vision allopathique/homéopathique d'une thérapeutique	53
2. Vision bénéfique/maléfique de la vaccination	53
3. Gestion du risque : l'entrée en loterie	54

4. Discussion 56

A. Critique de l'étude	56
1. Choix des lieux de mise à disposition des questionnaires et recrutement des répondants	56
2. Critique du questionnaire	57
3. Critique de l'échantillon	57
a. Critères d'inclusion	57
b. Caractéristiques de l'échantillon	58
B. Couverture vaccinale en France et opinion sur les vaccins : une grande disparité	59
C. Les déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination antigrippale	60
1. Importance de l'opinion du médecin	60

2. L'expérience préalable avec le vaccin contre la grippe saisonnière : un facteur déterminant ?	60
3. Objectif premier d'une vaccination : se protéger	61
4. Le statut vaccinal des parents et statut vaccinal des enfants	61
5. Les freins à la vaccination	61
a. Ecart d'intensité entre risque annoncé et risque perçu. Rôle des médias.	62
b. La grippe A : une grippe comme une autre ?	63
c. La grippe est perçue comme une maladie bénigne, et le corps comme invulnérable	63
d. La peur des effets secondaires : une crainte majeure qui touche tous les vaccins antigrippaux	64
e. La théorie du complot, et les convergences d'intérêt	65
D. Les effets secondaires : vérités et rumeurs	65
E. Les représentations des vaccins antigrippaux	67
F. La prise de risque	68
<u>Conclusion</u>	71
<u>Bibliographie</u>	73
<u>Annexes</u>	76
Annexe 1 : Questionnaire	77
Annexe 2 : Serment d'Hippocrate	82
<u>Résumé en anglais</u>	83

Introduction

Quel médecin n'a pas, un jour, dû faire face au refus catégorique d'un patient de se faire vacciner contre la grippe saisonnière ? Chaque année, un nombre non négligeable de nos patients refusent la vaccination antigrippale, parfois avec véhémence : nous avons donc l'impression qu'existaient de nombreuses représentations négatives concernant ce vaccin, et que des opinions tranchées à ce sujet influencent la conduite que décident d'adopter les patients envers cette vaccination.

De plus, la saison hivernale 2009-2010 a vu surgir une nouvelle menace avec l'apparition d'un nouveau type de grippe : la grippe A/H1N1 (que nous appellerons plus simplement grippe A dans la suite de notre thèse). De ce fait, cette saison a été un moment marquant dans la relation qu'entretiennent les patients avec les vaccins contre la grippe, puisque 2 vaccins antigrippaux ont été mis à leur disposition : le premier contre la grippe saisonnière, et le second contre la grippe A.

La pandémie annoncée de grippe A, et la campagne de vaccination mise en place par l'Etat, il nous a paru intéressant d'étudier le comportement des patients face à ces 2 vaccins. Se sont-ils fait vacciner ? Pourquoi ? Quelle opinion en ont-ils ? Quelles représentations ont-ils de ces 2 vaccins ? Quelles rumeurs circulent à ce sujet ? Comment les patients appréhendent ils le risque face à la maladie et aux moyens thérapeutiques ?

Nous avons donc mené une étude pour tenter de répondre à l'ensemble de ces questions pour chacun des 2 vaccins, et nous les avons ensuite comparés.

1. Généralités

A. La vaccination

1. Les débuts de la vaccination

La vaccination est un procédé qui consiste à introduire un agent extérieur dans un organisme vivant afin d'induire une réaction immunitaire contre une maladie infectieuse.

En Europe, c'est au 18^{ème} siècle qu'ont lieu les balbutiements du principe de vaccination. En 1796, un médecin anglais, le docteur Edward JENNER, découvre qu'il est possible d'immuniser les humains contre la variole, en leur inoculant la vaccine (appelée encore variole des vaches, ou cow-pox) présente sur des lésions du pis des vaches [1], [2].

Grâce à la découverte de la relation entre les microbes et la survenue de maladies, Louis PASTEUR améliore la technique de la vaccination. En 1881, il expose le principe de la vaccination : le but est d'exposer le patient à une forme atténuée de la maladie pour le prémunir d'une forme grave [3]. Il déclare dans une communication à l'Académie de Sciences : « *le microbe affaibli qui n'amène pas la mort se comporte comme un vaccin* » [2].

2. L'élaboration des vaccins

De nos jours encore, les vaccins sont un des piliers de la médecine moderne. Véritable révolution dans le domaine médical depuis la fin du 18^{ème} siècle, on leur attribue une bonne part de la réduction de la mortalité et de l'augmentation de l'espérance de vie au cours des 100 dernières années.

Les virus, à la différence des bactéries, ne se multiplient pas aisément en milieu de culture, l'histoire de la vaccination contre les virus a dû faire appel à une innovation technologique : les cultures cellulaires. Mais chaque innovation technologique doit faire face à son lot de problèmes qui en découlent. Les cultures de tissus ouvrent la voie aux contaminants. Malgré les tentatives d'obtenir des tissus « propres » et contrôlés, dépourvus de contaminants ou d'effet cancérigène détectable, toute déclaration de sécurité absolue est impossible et en

contradiction avec les expériences passées, et ce d'autant plus que les critères de « propreté » sont révisés au fur et à mesure de l'évolution des connaissances.

Les années 1930 voient le début de l'élaboration du vaccin contre la grippe, mais la décennie suivante révèle que la victoire contre cette maladie n'allait pas être simple. La grippe est une maladie à virus multiples, dont l'antigénicité change fréquemment, mettant souvent en défaut l'immunité. De plus, il est apparu rapidement que l'immunité vaccinale acquise contre la grippe n'était pas durable [3].

De nos jours, le vaccin contre la grippe saisonnière est élaboré annuellement à partir des nouvelles formes mutées apparues. Concernant la grippe A apparue sur un mode pandémique au cours de l'année 2009, causée par un Influenzavirus A du sous-type H1N1, elle a nécessité la mise au point d'un second vaccin, différent de celui contre la grippe saisonnière, pourtant causée elle aussi majoritairement par un virus grippal de genre A.

B. La médecine préventive et la notion de risque

La prévention des risques est un phénomène qui a envahi nos vies dans le monde moderne. C'est une notion centrale et incontournable des politiques publiques, des discours officiels, des pratiques, et elle s'applique à de nombreux domaines très variés, dont la médecine.

La prévention vise à conjurer les principaux risques de l'existence, elle a l'ambition de nous faire vivre mieux et plus longtemps [4].

La vaccination est un pan de la médecine préventive. Face au risque que représentent les maladies infectieuses et les complications qu'elles peuvent engendrer, l'homme a développé, parmi d'autres, un mécanisme artificiel de défense : les vaccins.

Les politiques de prévention vaccinale ont toujours oscillé entre libéralisme et paternalisme éclairé : tantôt la gestion de leur santé est laissée aux individus, tantôt une politique sanitaire fait peser des contraintes sur les libertés individuelles [3]. Mais depuis une trentaine d'années, la population est de plus en plus encouragée à maîtriser sa santé en connaissance de cause : l'individualisme contemporain implique que les acteurs, relativement isolés, sont rendus responsables de leur propre protection face aux aléas de la vie quotidienne. La population se trouve alors face à un discours ambigu de santé publique qui vise à la fois à assurer l'intérêt collectif, tout en renvoyant la responsabilité de celle-ci aux individus eux-mêmes [5]. Cette ambiguïté fait le lit de conflits d'intérêts : l'intérêt de l'individu ne correspond pas forcément à celui de la population toute entière. Comment alors l'individu gère-t-il le risque qu'il prend pour lui-même ? Comment arrive-t-il à décider entre intérêt individuel et intérêt collectif ?

La vaccination ne se résume pas à l'administration d'un produit biologique éprouvé, mais correspond à un enjeu social complexe fait de science et de magie, d'espoir et de crainte, d'industrie et d'administration, de pouvoir et de dépossession, de planification et d'incertitude, de résistance. La lutte contre la vaccination (résistance à la vaccination) se manifeste aujourd'hui par une répugnance croissante à accepter de courir un risque individuel pour le bien de la majorité ; et la sensibilité à ce risque a beaucoup augmenté [3]. La matérialisation de cette résistance est reflétée par la création en 1954 de la Ligue Nationale pour la Liberté des Vaccinations, principale organisation anti vaccinaliste française.

En outre, la perception même du risque évolue au fil du temps car les moyens de lutte contre les maladies, en devenant plus nombreux et plus efficaces, contribuent à faire paraître la menace infectieuse moins terrifiante.

C. Qu'est ce qu'une représentation sociale ?

1. Définition

L'idée de représentation sociale remonte à DURKHEIM en 1898, qui distinguait représentations individuelles et représentations collectives [6].

JODELET donne une définition de la représentation sociale : « *le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux conditions et contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres* » [7].

Les représentations sociales devraient donc permettre d'accéder à la façon de penser d'une société à propos d'un domaine, et ce, à partir des sujets en tant que membres de cette même société, de leur façon personnelle de penser et de leurs savoirs.

Les individus ont des représentations personnelles sur toute chose. Les représentations, notamment concernant la maladie et les thérapeutiques, sont par nature subjectives, et se

sont élaborées au gré des expériences, de l'éducation, des croyances, du vécu et de l'histoire personnelle du patient [8].

En l'occurrence, dans notre étude nous nous pencherons sur les représentations individuelles concernant les vaccins antigrippaux.

2. Modèle thérapeutique

François LAPLANTINE, chercheur français en ethnologie et en anthropologie, tente de conceptualiser les représentations de la maladie et des moyens thérapeutiques [2]. « *De même que chaque société, chaque époque, développe une certaine conception de l'étiologie d'une maladie qui la hante, chaque société, chaque époque répond par un remède faisant figure d'exemplarité thérapeutique* ». LAPLANTINE tente de repérer si, au-delà de la multitude de stratégies thérapeutiques envisageables, il n'est pas possible de dégager un certain nombre de modèles de base. Il repère ainsi 8 formes élémentaires de la guérison qui s'organisent entre elles par couples contrastés et qui sont susceptibles de rendre compte de l'ensemble des stratégies thérapeutiques existantes :

- modèle additif/soustractif où le remède enlève ce que la maladie lui a ajouté ou, à l'inverse, restitue ce que la maladie a enlevé au patient.

- modèle exorcistique/adorcistique où le soignant est soit un véritable combattant engageant une guerre contre la maladie et cherchant à l'anéantir, soit devient l'assistant du malade.

- modèle sédatif/excitatif où soit le remède atténue l'excès de défenses produites par l'organisme atteint, soit il stimule une carence physiologique des mécanismes de défense de l'organisme.

- modèle allopathique/homéopathique (ou plus exactement allothérapeutique/homéothérapeutique) où le remède consiste à juguler les symptômes soit par les contraires soit par les semblables.

C'est dans ce dernier modèle que s'inscrit la vaccination, en tant que modèle homéopathique : le remède (le vaccin) est capable de reproduire chez l'individu en bonne santé des symptômes identiques à ceux observés chez le malade.

Mais cette perception des vaccins comme thérapeutique homéopathique est-elle adoptée par l'ensemble des personnes ? Auraient-elles d'autres façons de les percevoir ?

D. La rumeur : définition et caractéristiques

Pour KAPFERER, la rumeur est une information : elle apporte des éléments nouveaux sur une personne ou un évènement liés à l'actualité [9]. Elle diffère ainsi de la légende qui porte sur un fait passé. Pour autant, toute diffusion d'information par le bouche-à-oreille n'est pas une rumeur. Pour pouvoir être une rumeur, l'information véhiculée doit ne pas être une reprise d'une information officielle : c'est le caractère non officiel de son contenu qui fait la rumeur.

Pour le sociologue américain T. SHIBUTANI [10], les rumeurs sont des nouvelles improvisées résultant d'un processus de discussion collective. Pour lui, à l'origine de la rumeur, il y a un évènement important et ambigu. Il conçoit la rumeur comme une action collective en vue de donner un sens à des faits inexplicables. L'évolution du contenu de la rumeur serait due à l'évolution et à l'apport de commentaires faits tout au long du processus de rumeur. Ainsi, si l'évènement a une importance nulle, ou n'est pas du tout ambigu, il n'y aura pas de rumeur. Ces 2 caractéristiques (ambiguïté et importance) sont donc nécessaires pour créer une rumeur.

Pour Edgar MORIN, la rumeur doit avoir 2 caractéristiques : il doit n'y avoir aucun fait qui puisse servir de point de départ, et l'information doit toujours circuler de bouche à oreille, en dehors de la presse, de l'affiche, du tract ou du graffiti [11]. Mais selon KAPFERER, la définition de MORIN donne à la rumeur l'image d'une maladie mentale du corps social [9]. Si les gens croient une rumeur, c'est qu'ils sont fous, puisque l'information est forcément fautive dans le postulat de départ. Or c'est oublier un peu trop facilement que la véracité d'une information résulte avant tout de conventions. La rumeur ne nous parvient jamais par des personnes inconnues, mais au contraire par des proches, des personnes dont nous ne supposons pas, par principe, qu'ils inventent ou sont sujets à des hallucinations, car la vie sociale repose sur la confiance. Deux sources de savoir coexistent: ce que disent les médias et le bouche-à-oreille. Or, en de nombreuses circonstances, le bouche-à-oreille, la rumeur, est en avance sur les médias. Prétendre que seule la réalité véhiculée par la presse devait compter dans le cas de la rumeur d'Orléans (étudiée par KAPFERER), c'est évacuer la deuxième source de formation du savoir : ce que pensent et disent les gens autour de soi. *« Est vrai ce que le groupe croit vrai. C'est par la rumeur que cette vérité s'exprime »* [9].

Ce qui définit donc le mieux une rumeur, c'est le caractère non officiel de l'information qui la constitue. La fausseté de l'information n'est pas un critère de définition satisfaisant puisque la notion de vrai et de faux est une question subjective de point de vue. Par définition, nous « croyons » une rumeur car elle nous est transmise par des proches que nous ne saurions considérer comme menteurs. C'est toute la difficulté : lorsqu'un message nous est rapporté

par un proche, nous considérons que c'est une « information » puisque nous ne doutons pas de sa véracité. Mais si le doute nous prend, nous qualifierons ce même message de « rumeur ». C'est ce qui rend une rumeur si difficile à reconnaître et lui donne un véritable impact persuasif. Le public n'est pas en mesure de distinguer le vrai du faux lorsqu'une nouvelle lui est rapportée par le bouche-à-oreille.

Pourquoi croire aux rumeurs ? Tout d'abord parce que, comme nous venons de le voir, elles nous sont transmises par des personnes de confiance, crédibles. D'autre part, elles ont pour caractéristique de correspondre à la culture du groupe dans lequel elles évoluent. Elles sont vraisemblables car elles réactivent une volonté d'y croire et la mémoire du groupe qui les accueille [12]. KAPFERER dit que « la force d'une rumeur tient à son effet structurant sur notre perception : elle donne un sens à un grand nombre de faits, soit que nous n'aurions jamais remarqués, soit dont le sens ne nous avait pas paru évident. Elle fournit un système explicatif cohérent à un grand nombre de faits épars : en cela elle satisfait notre besoin d'ordre dans la compréhension du monde [9] ». La rumeur a donc un rôle social, elle est utile.

Dans notre étude, nous nous sommes interrogés sur les effets secondaires des vaccins antigrippaux que les patients avaient ressentis, mais nous les avons également questionnés sur les effets indésirables qui leur ont été rapportés : vécus par leurs proches, et vécus par des personnes qu'ils ne connaissent pas eux-mêmes, explorant ainsi les rumeurs véhiculées sur les effets indésirables de ces vaccins. Quelle importance ont-elles ? Influencent-elles la décision du patient à se faire vacciner ?

2. Méthodologie

A. Etude descriptive au niveau départemental

L'étude que nous avons mise en place est une étude descriptive, réalisée au niveau départemental auprès d'un échantillon de la population de la Haute-Vienne.

Au travers de l'étude, nous avons cherché à voir le comportement des patients face à la vaccination antigrippale, à mettre en évidence d'éventuelles différences entre ces comportements selon que les patients sont confrontés à la vaccination contre la grippe saisonnière ou à celle contre la grippe A, à réunir leurs ressentis, leurs idées face à ces vaccins, et enfin à voir si un certains nombres de rumeurs et de représentations (qu'elles soient positives ou négatives) existent au sujet de ces vaccins.

Pour cela, nous avons élaboré un auto-questionnaire anonyme de 5 pages comportant 30 questions au total (questionnaire joint en annexe). Ce questionnaire se subdivise en 3 grandes parties :

- la première porte sur le vaccin contre la grippe saisonnière
- la seconde sur celui contre la grippe A
- et enfin la dernière regroupe des questions d'ordre général et sur les effets secondaires des 2 types de vaccins.

Chaque partie comporte des questions fermées mais également des questions ouvertes dans le but de laisser libre cours à l'expression des patients, et pouvoir accéder à leurs opinions, aux représentations qu'ils ont de ces thérapeutiques.

En outre, une urne dédiée aux questionnaires remplis a été disposée dans chaque lieu de distribution des questionnaires, pour permettre de garder l'anonymat des réponses.

Ces questionnaires, ainsi que l'urne de retour, ont été mis à disposition dans les salles d'attente de 10 cabinets médicaux de médecins généralistes en Haute-Vienne, ainsi que dans un salon de coiffure, et distribués parmi notre entourage, créant ainsi 12 pôles de distribution. Sur les 10 cabinets médicaux choisis, 4 étaient situés en zone d'exercice rural ou semi-rural, et les 6 autres en zone d'exercice urbain. Le choix des cabinets s'est fait au hasard, hormis le fait que nous souhaitions qu'il y ait plus de cabinets situés en zone d'exercice urbain puisque plus de la moitié de la population de la Haute-Vienne habite en zone d'agglomération. Au fur et à mesure de nos appels pour savoir si les médecins acceptaient ou non la mise à disposition des questionnaires dans leur salle d'attente, ceux

qui acceptaient étaient retenus, et une fois parvenus à 10 cabinets participants, le recrutement s'est achevé.

Au total, 650 questionnaires ont été imprimés et mis à disposition des patients du 1^{er} février 2010 au 3 mars 2010 (l'étude s'est donc déroulée en fin de période épidémique et juste après la fermeture des centres de vaccination). 365 questionnaires ont été remplis plus ou moins complètement, et 352 ont pu être pris en compte dans l'étude (les autres ayant été exclus du fait d'un remplissage très insuffisant ne permettant pas l'exploitation des données).

B. Scores d'opinion

A partir des réponses fournies à 3 items du questionnaire, nous avons pu déterminer si les gens étaient plutôt favorables au vaccin antigrippal sur lequel ces questions portaient.

Nous avons ainsi défini 3 scores d'opinion sur les vaccins antigrippaux :

- Un score d'opinion sur le vaccin contre la grippe saisonnière : score S
- Un score d'opinion sur le vaccin contre la grippe A : score A

Un score d'opinion global sur l'ensemble des vaccins antigrippaux : score T

1. Score S et score A

Pour chaque questionnaire, 3 questions ont servi à calculer le score S :

- Question 9 : « Pensez vous que le vaccin contre la grippe saisonnière est **efficace** ?
A – Pas du tout efficace B – Très peu efficace C – Assez efficace D – Très efficace »
- Question 10 : « Pensez vous que le vaccin contre la grippe saisonnière soit **dangereux** ?
A – Pas du tout dangereux B – Très peu dangereux C – Assez dangereux D – Très dangereux »
- Question 11 : « Pour vous, se faire vacciner contre la grippe saisonnière, c'est :
A - Plutôt **prendre** un risque B - Plutôt **éviter** un risque »

Quant au score A, il a été calculé à partir des réponses à ces mêmes questions, posées cette fois concernant le vaccin contre la grippe A (questions 16, 17 et 18).

Selon la réponse aux questions, des valeurs numériques ont été attribuées selon le tableau suivant :

Questions	A	B	C	D
9 et 16	0	1	2	3
10 et 17	3	2	1	0
11 et 18	0	3		

Pour obtenir chaque score, il suffit d'additionner la valeur obtenue aux 3 questions le déterminant. Pour chaque questionnaire, on obtient alors 2 nombres entre 0 et 9 : ce sont les scores S et A.

Et ainsi, nous avons pu répartir les personnes de l'étude en 2 groupes pour chaque score :

Le groupe « Score S favorable » si le score S est supérieur à 4,5 sur 9, et le groupe « score S défavorable » si le score S est inférieur à 4,5 sur 9. De la même manière, on répartit les participants à l'étude en un groupe « score A favorable » ou « score A défavorable ».

A noter que les personnes ayant obtenu un score S égal à 4,5 font partie d'un troisième groupe, mais qui ne sera pas étudié. Il en va de même pour le score A.

Une petite difficulté a dû être prise en compte lors de la transcription des données de l'étude. En effet, comment définir un score S ou un score A pour les personnes n'ayant pas répondu à la totalité des questions déterminantes ?

Nous avons donc décidé de pondérer les scores, puisqu'un certain nombre de personnes n'avaient répondu qu'à 1 ou 2 des 3 questions déterminant chaque score. Si une personne n'avait répondu qu'à 2 des 3 questions déterminantes, nous avons donc pondéré le résultat obtenu sur 6 pour obtenir un résultat sur 9.

Toutefois, seules les personnes ayant répondu à 2 des 3 questions déterminantes se sont vu appliquer cette méthode de calcul pondéré. Nous avons en effet jugé que de pondérer une seule réponse laissait trop de place à l'extrapolation de notre part concernant l'orientation des réponses qu'auraient pu fournir les patients.

2. Score T

Ayant ainsi extrait des questionnaires un score d'opinion des patients sur le vaccin contre la grippe saisonnière et un autre sur celui contre la grippe A, nous avons défini un dernier score évaluant le degré d'opinion du patient sur l'ensemble des vaccins antigrippaux : le score T.

Chiffré pour chaque questionnaire, il s'obtient facilement en réalisant la somme du score S et du score A obtenu par le patient :

$$\text{Score T} = \text{Score S} + \text{Score A}$$

Ce score s'étend donc sur une échelle de 0 à 18. Les patients ont pu ensuite être répartis en 3 groupes : le patient fait partie du groupe « score T favorable » si son score T est supérieur à 9, du groupe « score T défavorable » si son score est inférieur à 9, et du groupe « score T neutre » si son score T est égal à 9.

Bien évidemment, les patients de l'étude n'ont pu se voir calculer un score T que dans la mesure où leurs questionnaires remplissaient les conditions d'attribution à la fois d'un score S et d'un score A.

3. Résultats

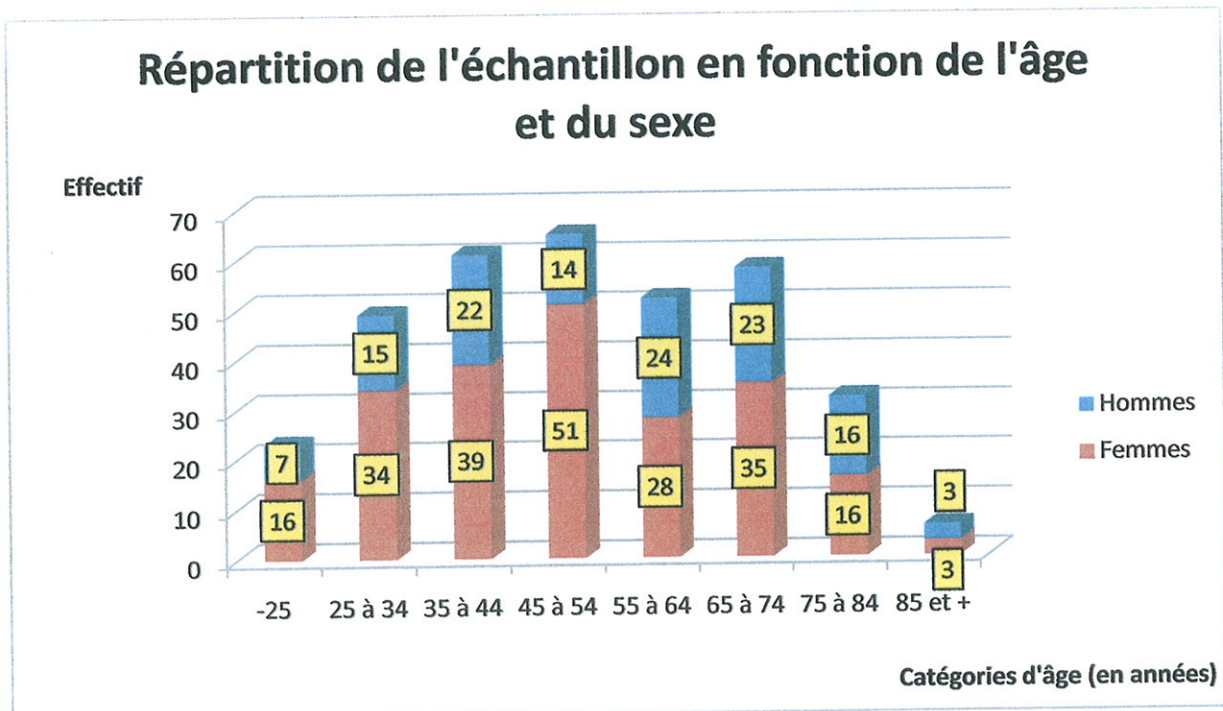
A. Caractéristiques de l'échantillon

1. Le sexe et l'âge (questions 1 et 2)

Il est composé de 352 patients : 224 femmes, et 128 hommes, soit environ 2/3 de femmes (63,6%) et 1/3 d'hommes (36,4%).

L'âge moyen est de 51,4 ans. Le patient le plus jeune a 18 ans et le plus âgé a 88 ans. A noter qu'il y a 96 personnes de 65 ans et plus qui ont répondu au questionnaire, soit 27,7% de l'échantillon. Cet âge est celui à partir duquel la population française reçoit annuellement un bon de vaccination gratuite contre la grippe saisonnière.

La répartition des patients selon la tranche d'âge suit une courbe de Gauss : les âges extrêmes étant évidemment moins représentés que les tranches d'âge moyen.



Les femmes sont majoritaires à avoir répondu au questionnaire, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

A noter que notre questionnaire posait également la question pour les femmes de savoir si elles étaient enceintes ou non. Seules 4 patientes dans l'étude ont répondu par l'affirmative à cet item. Ce chiffre nous paraissait insuffisant pour refléter une quelconque représentativité du comportement de l'ensemble d'une catégorie de personnes, nous avons donc décidé de ne pas tenir compte de ce paramètre dans l'exploitation de nos résultats.

2. L'habitat (question 3)

Une question abordait le lieu d'habitation des patients, au travers du code postal de leur lieu de résidence. Le but était de dégager 2 groupes : les patients résidant en zone rurale, et ceux résidant en zone urbaine. Pour caractériser la limite entre ces 2 groupes, il nous a fallu définir quelles communes inclure dans chacun d'eux.

Nous avons décidé que toute personne résidant à moins de 15 kilomètres d'un hôpital possédant un service d'urgence pouvait entrer dans la catégorie de personnes à « habitat urbain ». A l'inverse, toute personne résidant dans une commune située au-delà de 15km d'un hôpital ayant un service d'urgence a été incluse dans le groupe de personnes à « habitat rural ».

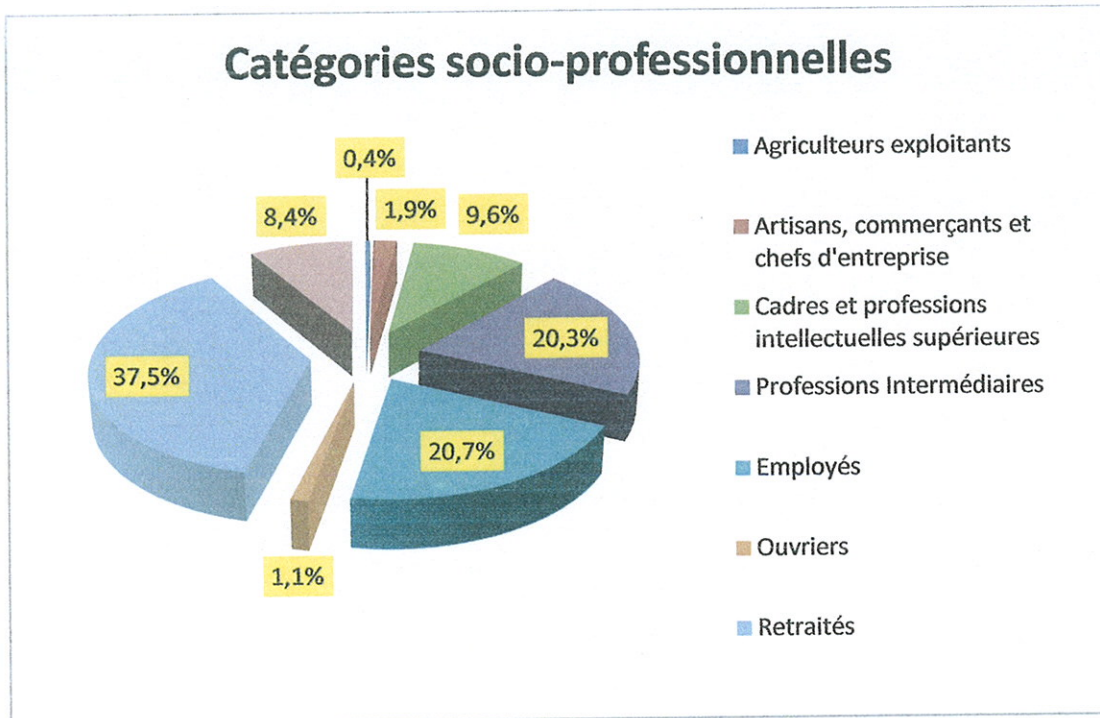
En Haute-Vienne, les hôpitaux possédant un service d'urgences sont : le CHU et la clinique Chénieux à Limoges, l'hôpital de Saint Yrieix la Perche, et l'hôpital de Saint Junien.

Toute personne résidant dans la limite de 15 kilomètres autour de ces 3 villes a donc été incluse dans le groupe « habitat urbain ».

Suivant ces critères, dans notre étude, 87 personnes (25,3%) vivent en milieu rural, et 257 habitent en milieu urbain (74,7%).

3. Le niveau d'éducation et la catégorie socioprofessionnelle (question 4)

La figure suivante illustre la répartition des patients de l'étude selon leur statut professionnel.



Les retraités sont majoritaires à 37,5%. Les employés, professions intermédiaires et les cadres représentent plus de 50%, et les autres catégories socioprofessionnelles représentent moins de 15%.

Quant au niveau d'étude, nous avons pris le baccalauréat comme critère déterminant, répartissant les patients en 3 catégories :

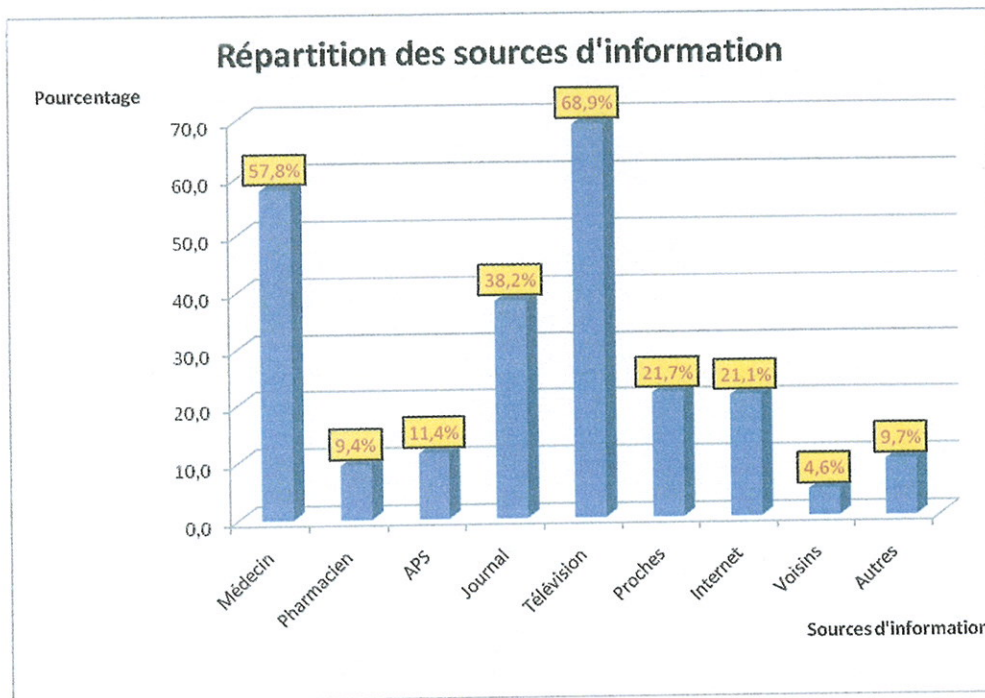
- La première inclut les patients ayant un niveau inférieur au baccalauréat
- La deuxième regroupe ceux ayant le baccalauréat ou un niveau équivalent
- Et la dernière inclut les patients ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat.

Dans notre étude, on constate que les personnes ayant répondu au questionnaire ont pour plus de 70% d'entre elles un niveau d'étude supérieur au bac, alors que 30% ont un niveau d'étude correspondant au bac ou inférieur (15% pour chacune de ces 3 catégories).

B. Les sources d'informations (question 5)

Nous souhaitons savoir quelles étaient les sources principales d'information auxquelles recourent les personnes de l'échantillon à propos des vaccins antigrippaux. L'item 5 du questionnaire propose des réponses multiples à cette question.

La figure suivante permet de visualiser les réponses :



De notre étude, il ressort que les 3 premières sources d'information concernant les vaccins antigrippaux sont : la télévision, le médecin traitant et les journaux. La télévision est même la première source citée (près de 70% des répondants !).

Au vu de la campagne médiatique sur la vaccination contre la grippe A qui a été menée depuis quelques mois avant le début de notre étude, on peut imaginer (mais cela reste une hypothèse non vérifiable) que les réponses à cette question auraient pu être sensiblement différentes les années passées.

C. Comportement des patients face à chaque vaccin, et comparaison

1. Vaccin grippe saisonnière

a. Statut vaccinal (questions 6, 7 et 8)

42,4% des personnes incluses dans l'étude ont été vaccinées contre la grippe saisonnière au moins une fois dans leur vie avant la saison hivernale 2009-2010.

En 2009-2010, elles sont près de 43% à s'être fait vacciner. Si on se penche sur la tranche d'âge des « 65 ans et plus », elles sont 85,1% à s'être fait vacciner cette année.

Parmi les personnes auxquelles leur médecin traitant conseille habituellement la vaccination (46,5% des personnes de l'étude), seulement 16,3% ne se sont pas fait vacciner.

Enfin, parmi les personnes qui d'habitude ne se font pas vacciner contre la grippe saisonnière, 7% ont décidé de recevoir ce vaccin en 2009-2010.

b. Opinion sur l'efficacité du vaccin contre la grippe saisonnière (question 9)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe saisonnière, 98,6% pensent que ce vaccin est efficace (seulement 1,4% le pensent inefficace), alors que parmi l'ensemble des patients qui n'ont pas été vaccinés cette année, 85,8% le pensent efficace et 14,2% le pensent inefficace. La croyance en son inefficacité ne semble donc pas être la raison pour expliquer la décision de ne pas se faire vacciner contre la grippe saisonnière.

c. Opinion sur le caractère dangereux du vaccin contre la grippe saisonnière (question 10)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe saisonnière, 96,6% pensent que ce vaccin n'est pas dangereux (seulement 3,4% le pensent dangereux), alors que parmi l'ensemble des patients qui n'ont pas été vaccinés cette année, 87,4% le pensent inoffensif et 12,6% le pensent dangereux.

d. Opinion sur le caractère risqué ou non de la vaccination contre la grippe saisonnière (question 11)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe saisonnière, 97,9% d'entre elles pensent que cette vaccination permet d'éviter un risque. 2,1% d'entre elles pensent néanmoins que cette vaccination fait prendre un risque.

Parmi les personnes non vaccinées contre la grippe saisonnière, 20,4% pensent que se faire vacciner, c'est plutôt prendre un risque. 79,6% pensent que cette vaccination permet plutôt d'éviter un risque.

2. Vaccin grippe A

a. Statut vaccinal (questions 13, 14 et 15)

Dans notre étude, 62,5% des patients ont discuté de cette vaccination avec leur médecin. Les patients ont trouvé majoritairement que leur médecin traitant était favorable à la vaccination contre la grippe A (83,6% d'entre eux).

26,9% des personnes interrogées ont été vaccinées contre la grippe A dans l'ensemble de l'échantillon.

Lorsque le médecin est jugé favorable à cette vaccination par le patient, 40,7% des patients sont vaccinés contre la grippe A, alors qu'ils ne sont que 9,1% à l'être lorsque le médecin est jugé contre cette vaccination. Il semble donc que l'opinion du médecin ait une importance quant à la décision du patient de se faire ou non vacciner contre la grippe A.

b. Opinion sur l'efficacité du vaccin contre la grippe A (question 16)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe A, 96,5% pensent que ce vaccin est efficace (seulement 3,5% le pensent inefficace), alors que parmi l'ensemble des patients qui n'ont pas reçu ce vaccin cette année, 55,7% le pensent efficace et 44,3% le pensent inefficace.

Les personnes non vaccinées contre la grippe A pensent que ce vaccin est inefficace dans une plus grande proportion que ce n'était le cas concernant celui contre la grippe saisonnière.

c. Opinion sur le caractère dangereux du vaccin contre la grippe A (question 17)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe A, 85,9% pensent que ce vaccin n'est pas dangereux (mais tout de même 14,1% le pensent dangereux), alors que parmi l'ensemble des patients qui n'ont pas été vaccinés par ce vaccin cette année, 61,6% le pensent dangereux et 38,4% le trouvent inoffensif. Le caractère de dangerosité du vaccin semble donc être un critère fort influençant la décision de se faire vacciner ou non contre la grippe A, ce qui semble logique.

d. Opinion sur le caractère risqué ou non de la vaccination contre la grippe A (question 18)

Parmi les personnes vaccinées cette année contre la grippe A, 95,7% d'entre elles pensent que cette vaccination permet d'éviter un risque. 4,3% d'entre elles pensent néanmoins que cette vaccination fait prendre un risque.

Parmi les personnes non vaccinées contre la grippe A, 67,1% pensent que se faire vacciner, c'est plutôt prendre un risque. 32,9% pensent que cette vaccination permet plutôt d'éviter un risque.

3. Comparaison entre les 2 vaccins

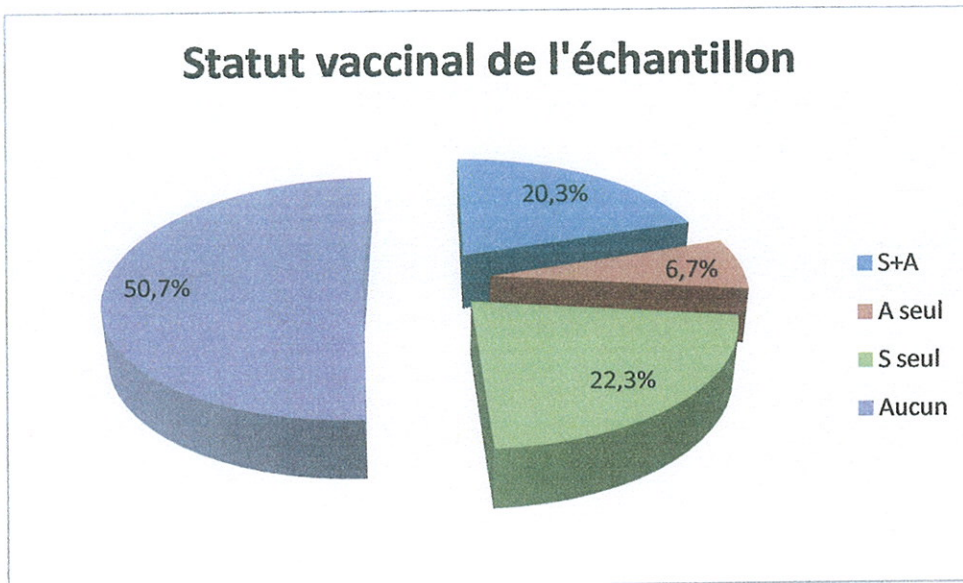
	Grippe Saisonnière	Grippe A
Vacciné en 2010	42,9 %	26,9 %
Médecin conseillant la vaccination	46,5 %	83,6 %
Efficacité : Pas du tout / Très peu	8,5 %	31,7 %
Assez / Très	91,5 %	68,3 %
Dangerosité Pas du tout / Très peu	91,6 %	52,8 %
Assez / Très	8,4 %	47,2 %
Vaccination Prendre un risque	12,1 %	48,4 %
Eviter un risque	87,9 %	51,6 %

Sur ce tableau de synthèse, on remarque une différence très marquée du comportement et de l'opinion des gens suivant qu'il se rapporte au vaccin contre la grippe saisonnière ou à celui contre la grippe A.

Les personnes sont environ de 8 à 12% à penser que le vaccin contre la grippe saisonnière est inefficace, dangereux ou que se faire vacciner c'est plutôt prendre un risque.

On passe à un pourcentage avoisinant les 40 à 50% lorsqu'il s'agit du vaccin contre la grippe A!

4. Statut vaccinal sur l'ensemble des 2 vaccins étudiés



Plus de 50% des répondants à notre étude n'ont reçu aucun des vaccins antigrippaux l'hiver dernier. Près du quart a accepté de recevoir uniquement le vaccin contre la grippe saisonnière, et 20% se sont fait vacciner contre les 2 gripes. Les répondants sont moins de 8% à avoir reçu le vaccin contre la grippe A seul (sans être vaccinés contre la grippe saisonnière).

Par ailleurs, il faut noter que, dans notre étude, 46,9% des personnes vaccinées contre la grippe saisonnière se sont fait vacciner contre la grippe A, alors que seulement 11,6% des personnes non vaccinées contre la grippe saisonnière ont accepté la vaccination contre la grippe A.

Cela donne l'impression que pour accepter la vaccination contre la grippe A, l'étape de la vaccination contre la grippe saisonnière est nécessaire et préalable.

5. Quelques comportements paradoxaux

		Non vaccinés			Vaccinés
Efficace	Grippe saisonnière	85,8%	Inefficace	Grippe saisonnière	1,4%
	Grippe A	55,7%		Grippe A	3,5%
Inoffensif	Grippe saisonnière	87,4%	Dangereux	Grippe saisonnière	3,4%
	Grippe A	38,4%		Grippe A	14,1%
Evite un risque	Grippe saisonnière	79,6%	Fait courir un risque	Grippe saisonnière	2,1%
	Grippe A	32,9%		Grippe A	4,3%

Quelques comportements paradoxaux ont été mis en évidence au cours de cette étude.

En effet, parmi les personnes non vaccinées contre la grippe saisonnière, 87,4% estiment que le vaccin est inoffensif, et 79,6% pensent que cette vaccination permet d'éviter un risque. De même, près d'un 1/3 des personnes non vaccinées contre la grippe A pensent que ce vaccin évite plutôt un risque. Pourtant ces personnes ne se font pas vacciner.

A l'inverse, parmi les personnes vaccinées, un certain pourcentage pense que ces vaccins sont dangereux ou font plutôt courir un risque, mais elles se font quand même vacciner !

D. Scores d'opinion sur les vaccins

1. Rappels méthodologiques

Rappelons simplement que des scores d'opinion sur chacun des 2 vaccins étudiés ont été calculés pour chaque questionnaire pouvant en faire l'objet (réponse à au moins 2 des 3 questions déterminantes pour chaque score) : le score A et le score S. Chacun d'eux est coté sur 9.

A partir de ces 2 scores, on calcule enfin un score global d'opinion sur les vaccins antigrippaux, coté sur 18.

2. L'opinion des personnes envers les vaccins antigrippaux est elle favorable ?

a. Score S et score A

87,5% des personnes de l'échantillon ont un score S favorable, et 52,7% ont un score A favorable.

Dans notre étude, la moyenne du score S est de 7,1/9 (avec une médiane à 8), celle du score A est de 4,8/9 (avec une médiane à 6). La différence est très significative entre ces 2 moyennes ($p < 0,0001$ au test de Wilcoxon).

Si on détaille davantage et qu'on compare la moyenne du score S et du score A à l'aide du test de Wilcoxon:

- Pour chaque sexe :
 - chez les femmes : Score S moyen = 7,1 et Score A moyen = 4,5 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
 - Chez les hommes : Score S moyen = 7,3 et score A moyen = 5,4 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
- Pour chaque niveau d'étude :
 - Niveau d'étude inférieur au bac : Score S moyen = 7,2 et Score A moyen = 5,1 : la différence est significative ($p = 0,0006$)
 - Niveau d'étude équivalent au bac : Score S moyen = 6 et Score A moyen = 2,9 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
 - Niveau d'étude supérieur au bac : Score S moyen = 7,3 et Score A moyen = 5,4 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
- Pour chaque type d'habitat :
 - Habitat urbain : Score S moyen = 7,2 et Score A moyen = 5 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
 - Habitat rural : Score S moyen = 7,2 et Score A moyen = 4,4 : la différence est très significative ($p < 0,0001$)
- Pour chaque type de profession (sauf celles des agriculteurs, des ouvriers et des artisans, dont trop peu de répondants font partie pour permettre l'exploitation des résultats) : il existe une différence significative entre la moyenne du score S et celle du score A obtenues, toujours en faveur du score S.
- Pour chaque tranche d'âge : la différence entre la valeur moyenne obtenue pour le score S et celle obtenue pour le score A est significative à très significative, et ce, quelle que soit la tranche d'âge observée parmi les 8 définies.

Quel que soit le paramètre au travers duquel nous comparons le score S et le score A moyen obtenu par l'échantillon, le score S est toujours significativement supérieur au score A.

Les personnes composant l'échantillon sont donc significativement plus favorables au vaccin contre la grippe saisonnière qu'à celui contre la grippe A.

b. Relation entre scores S et A, et statut vaccinal

Les personnes vaccinées contre la grippe saisonnière ont un score S moyen de 8/9, contre une moyenne de 6,5/9 pour les personnes non vaccinées : la différence est très significative ($p < 0,0001$ au test de Chi 2).

Les personnes vaccinées contre la grippe A ont un score A moyen de 7,2/9 contre une moyenne de 3,8/9 pour les personnes non vaccinées : la différence est très significative ($p < 0,0001$ au test de Chi 2).

Quel que soit le vaccin, les personnes qui se vaccinent ont donc une opinion plus favorable envers les vaccins, que celles qui ne se font pas vacciner, ce qui était un résultat attendu.

On constate que 49,7% des personnes ayant un score S favorable sont vaccinées contre la grippe saisonnière, et 50,3% ne le sont pas. Alors que 92,3% des personnes ayant un score S défavorable ne sont pas vaccinées contre cette grippe, et seulement 7,7% le sont.

De même, lorsqu'on se penche sur le vaccin contre la grippe A : 53,1% des répondants ayant un score A favorable sont vaccinés contre la grippe A, et 46,9% ne le sont pas. Alors que 97,2% des personnes ayant un score A défavorable ne sont pas vaccinées contre cette grippe, et seulement 2,8% le sont.

En résumé concernant ces 2 vaccins :

- Environ 95% des personnes ayant une opinion défavorable sur les vaccins ne sont pas vaccinées,
- alors que seulement la moitié des personnes favorables à ces vaccins se sont fait vacciner.

Cela tendrait à montrer que le fait d'être favorable à un vaccin n'est pas une raison suffisante pour se faire vacciner (alors que le fait d'être défavorable suffit, lui à refuser la vaccination).

c. Score T et statut vaccinal

Sur les 352 personnes incluses dans l'échantillon, 300 ont pu se voir calculer un score d'opinion globale sur les vaccins antigrippaux (score T).

Rappelons que : score T = score S + score A, il est donc sur 18

Le score T moyen de l'étude est de 11,9/18 (donc globalement favorable).

73,3% des personnes de l'étude ont un score T favorable (> à 9), et 17,7% ont une opinion globale défavorable des vaccins antigrippaux.

Le tableau suivant indique le score T moyen obtenu selon que les personnes sont vaccinées contre la grippe saisonnière, contre la grippe A, contre les 2 ou aucune :

<u>Grippe A</u>	<u>Grippe saisonnière</u>	
	<u>Vacciné</u>	<u>Non vacciné</u>
<u>Vacciné</u>	15,1	14,8
<u>Non vacciné</u>	12,7	9,7

Le score T moyen calculé est le plus élevé si les personnes sont vaccinées contre les 2 gripes, il est moins élevé lorsque les répondants ne sont vaccinés que contre l'une des 2 gripes, et il est le moins élevé lorsque les personnes ne sont vaccinées contre aucune de ces 2 pathologies (la différence est significative entre ces 3 chiffres, $p < 0,0001$ au test de Kruskal-Wallis). Il semble en effet logique que plus l'opinion des gens est favorable aux vaccins antigrippaux, plus ils sont susceptibles de se faire vacciner contre ces maladies virales.

Cependant, on peut faire une remarque sur ces résultats, notamment sur le score T moyen obtenu par les personnes qui ne sont vaccinées que contre l'une des 2 gripes :

- Les personnes vaccinées uniquement contre la grippe saisonnière ont un score T moyen de 12,7/18

- Les personnes vaccinées uniquement contre la grippe A ont un score T moyen de 14,8/18

Il semblerait donc que pour se faire vacciner contre la grippe A, l'opinion des gens doit être bien plus favorable au vaccin, que pour accepter une vaccination contre la grippe saisonnière.

E. Motivations et freins à la vaccination

Ayant remarqué qu'apparemment, le fait d'avoir une opinion favorable envers les vaccins antigrippaux n'est pas une raison suffisante à elle seule pour accepter de se faire vacciner, nous nous sommes donc interrogés sur les raisons motivant le refus ou la résolution de se faire vacciner.

1. Les raisons de se faire vacciner (questions 8a et 15a)

Nous avons recherché quelles pouvaient être les raisons expliquant la prise de décision des patients à se faire vacciner. Nous avons utilisé des questions fermées, avec 3 choix de réponse, ainsi que la possibilité de faire une réponse multiple. La même question était posée une première fois concernant le vaccin contre la grippe saisonnière, et la seconde concernant celui contre la grippe A.

3 raisons de se faire vacciner étaient proposées :

- Se protéger soi-même
- Protéger son entourage
- Enrayer l'épidémie

Les résultats obtenus à ces questions sont réunis dans le tableau ci-dessous :

Motivations	Grippe Saisonnière	Grippe A
Se protéger	94,5 %	82,2 %
Protéger son entourage	57,2 %	74,4 %
Enrayer l'épidémie	18,1 %	35,6 %

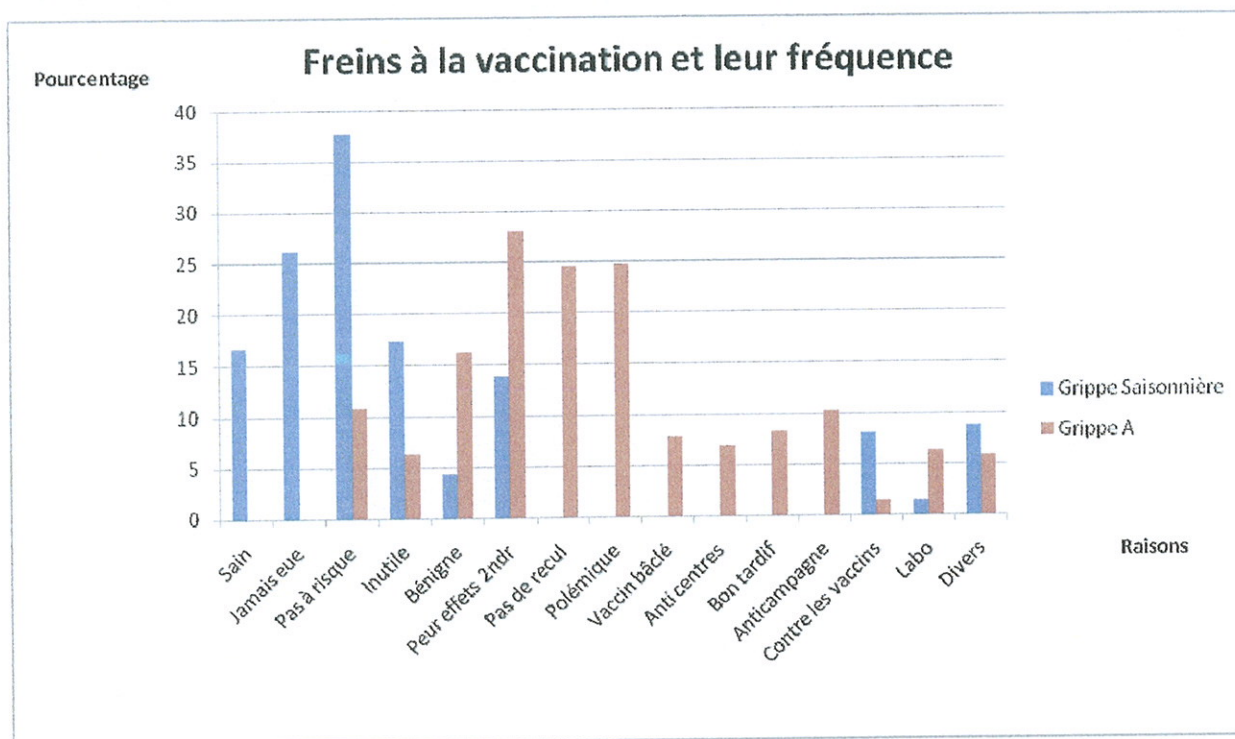
Quel que soit le vaccin observé, les personnes qui se vaccinent le font d'abord pour elles-mêmes, avant de le faire pour protéger leur entourage ou dans le but d'enrayer l'épidémie.

Toutefois, on note que les personnes qui se vaccinent contre la grippe A font davantage état de raisons altruistes à se faire vacciner que les personnes se vaccinant contre la grippe saisonnière.

D'ailleurs, une question complémentaire (la question 25) demandait aux patients s'ils pensaient que la vaccination est un bon moyen d'enrayer une épidémie : ils sont 91,2% à avoir répondu par l'affirmative. Ce n'est pourtant pas la principale raison qui les pousse à se faire vacciner.

2. Les freins à la décision de se faire vacciner (questions 8b et 15b)

Les raisons qui poussent les personnes à refuser de se faire vacciner faisaient l'objet d'une question ouverte du questionnaire, ce qui explique la multiplicité des réponses présentées sur le tableau ci après (la même question était posée concernant le vaccin contre la grippe saisonnière et pour celui contre la grippe A) :



- Les principales raisons de ne pas se faire vacciner contre la grippe saisonnière sont :
 - o Le sentiment de ne pas être à risque d'attraper la maladie (sujets jeunes...)
 - o Le sentiment d'être en « bonne santé » et que le corps résistera à toute tentative d'intrusion de la maladie
 - o L'opinion que le fait de n'avoir « jamais eu la grippe » jusqu'alors, prouverait qu'il y a très peu de chances de l'attraper dans le futur (résistance innée de l'organisme face à ce virus ?)
 - o Le sentiment que la vaccination est donc « inutile ».
- Les principales raisons de ne pas se faire vacciner contre la grippe A sont :
 - o La peur du vaccin en lui-même (présence d'effets secondaires néfastes; pas de recul face à ce vaccin ; trop de polémiques et d'avis divergents au sujet de

ce vaccin, d'où une impossibilité pour la population de savoir quoi en penser réellement)

- Le sentiment que la maladie n'est pas aussi grave qu'annoncée, ou, en tout cas, « pas plus grave que la grippe ordinaire »
- Donc là aussi un sentiment de vaccination « inutile »
- A noter, concernant ce vaccin, qu'arrivent en dernière position (mais raisons invoquées uniquement concernant ce vaccin) :
 - Les raisons relatives à la «mauvaise» organisation de la campagne de vaccination (éloignement des centres, système « militaire » de vaccination, bons de vaccination reçus tardivement)
 - Les raisons évoquant que la pandémie de grippe A n'a été inventée que pour servir les profits des laboratoires pharmaceutiques.

Au total, dans notre étude, les personnes paraissent plutôt faiblement concernées face à l'annonce des épidémies de grippe (que ce soit la grippe saisonnière ou la grippe A).

Les gens semblent avoir une propension à se faire vacciner en relation assez étroite avec le risque tel qu'ils le perçoivent de contracter la maladie.

3. La vaccination des enfants contre la grippe A (question 20)

32,7% des répondants au questionnaire ont des enfants de moins de 18 ans. Au sein de ce petit groupe, 20,9% des répondants ont fait vacciner l'ensemble de leurs enfants contre la grippe A, 68,7% s'y sont opposés, et 10,4% ont des enfants qui, pour certains sont vaccinés, et pour les autres non.

La question 20 du questionnaire explorait les raisons qu'ont les parents de faire ou non vacciner leurs enfants contre la grippe A. C'était une question ouverte.

- Les principales raisons de faire vacciner leur enfant sont (par ordre décroissant) :
 - Dans le but de le protéger contre la maladie
 - C'était la décision de l'enfant
 - L'enfant appartenait à une population à risque d'attraper cette maladie
- Les principales raisons de refuser qu'il soit vacciné sont les mêmes que celles invoquées pour la non vaccination des adultes, à peu de choses près (par ordre décroissant) :
 - la peur du vaccin en lui-même (effets secondaires, vaccin bâclé, pas assez de recul, trop de polémique le concernant)

- inutilité du vaccin car l'enfant est en bonne santé, ou ne fait pas partie de la population à risque

Parmi les personnes non vaccinées contre la grippe A et ayant des enfants, 16,3% ont fait vacciner leurs enfants.

Parmi les personnes vaccinées contre la grippe A et ayant des enfants, 64,3% ont fait vacciner leurs enfants, soit un pourcentage 4 fois plus élevé.

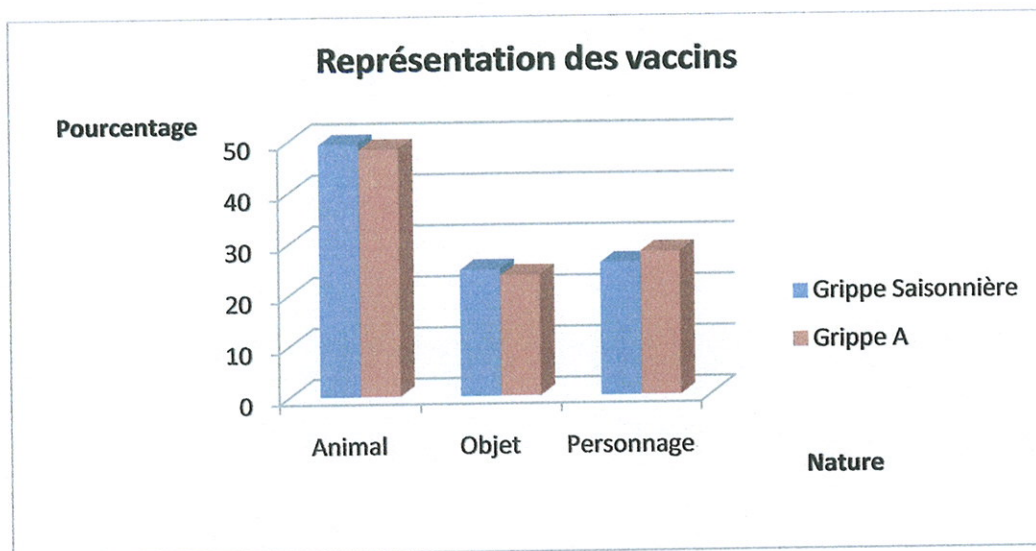
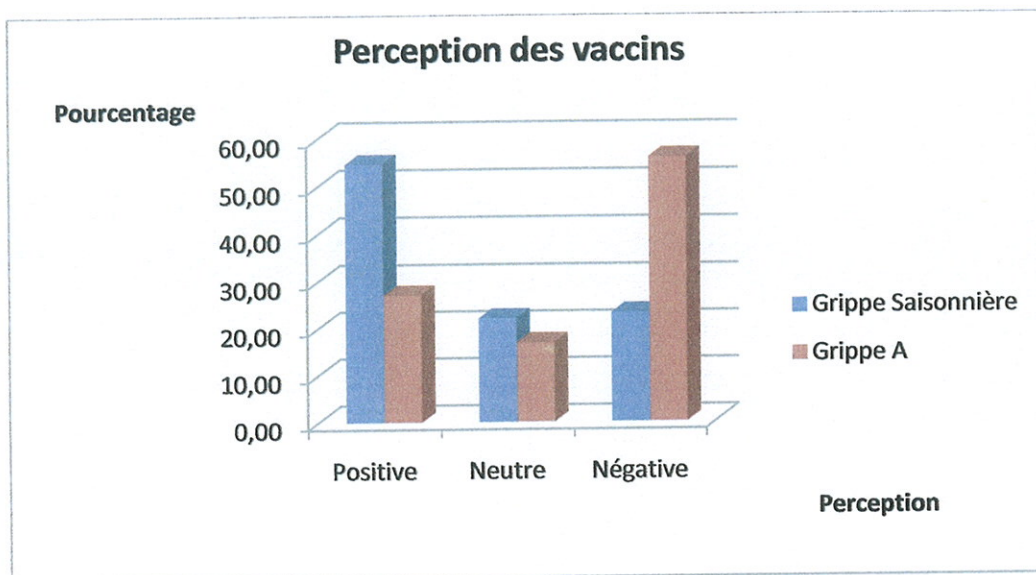
Les parents ayant reçu le vaccin contre la grippe A ont été bien plus nombreux que ceux n'ayant pas reçu ce vaccin à faire vacciner leurs enfants. Mais, même vaccinés, ils ont gardé une réserve prudente sur ce vaccin, et ont bien moins fait vacciner leurs enfants qu'eux-mêmes.

F. Les représentations des vaccins antigrippaux (questions 12 et 19)

Un des objectifs de l'étude était d'explorer les représentations que pouvaient avoir les patients concernant les vaccins antigrippaux, à l'aide de questions ouvertes libellées comme suit :

- « Si vous deviez représenter le vaccin de la grippe saisonnière, par quel animal, personnage célèbre ou objet le feriez-vous ? »
- Et même question concernant le vaccin contre la grippe A

1. Nature et perception des représentations

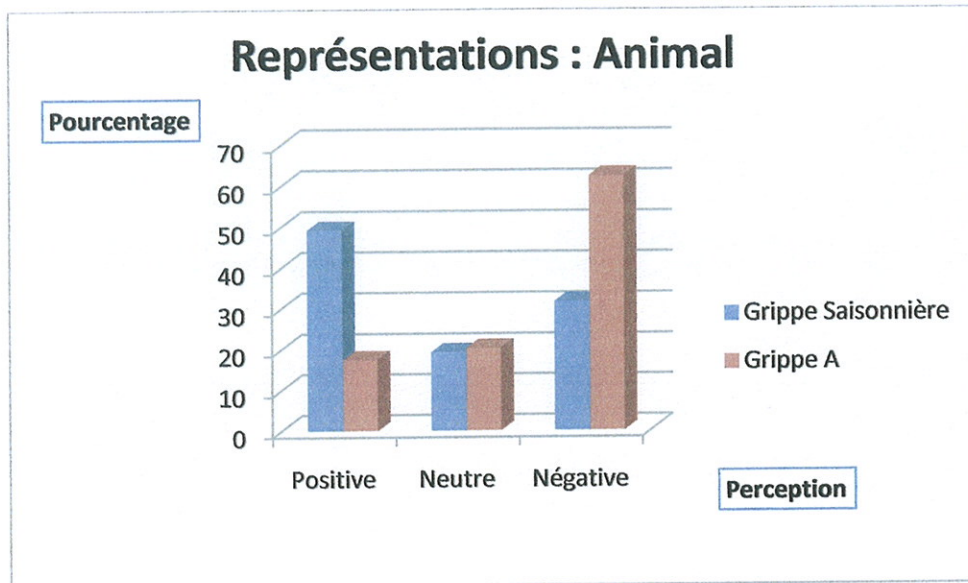


Sur l'ensemble des questionnaires, un animal a été cité 239 fois, un objet 118 fois, et un personnage 131 fois.

Les répondants au questionnaire ont majoritairement cité des animaux, que ce soit pour l'un ou l'autre des vaccins. La différence entre les vaccins se fait plutôt sur la nature positive ou négative de la perception citée.

On constate que dans notre étude, les représentations négatives sont très largement majoritaires concernant le vaccin contre la grippe A (56% de représentations négatives, 27,1% de représentations positives), alors que c'est l'inverse concernant celui contre la grippe saisonnière (23,2% de représentations négatives et 54,8% de représentations positives). Et ce, quelque soit la catégorie de représentation observée (animal, objet ou personnage).

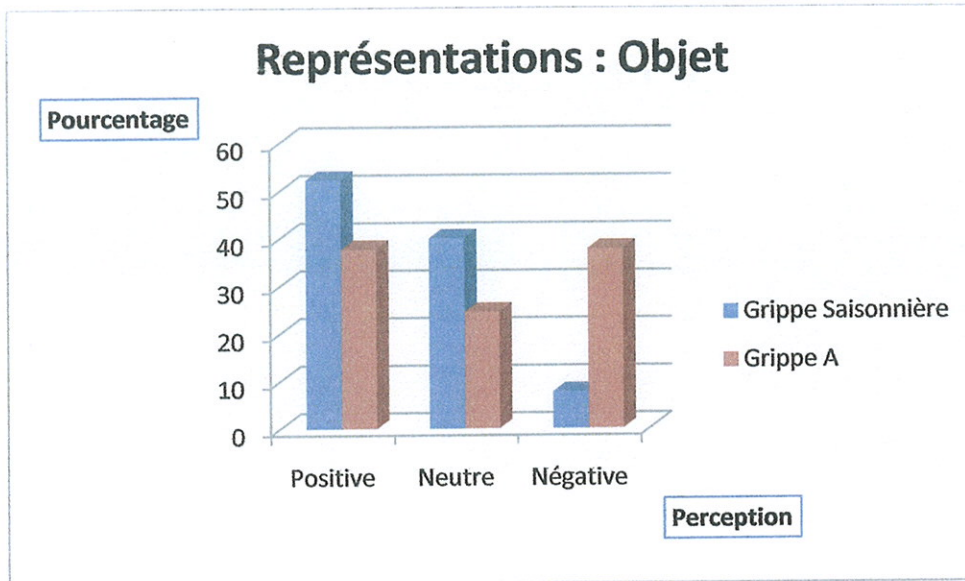
2. Détail des représentations animales



- Concernant le vaccin contre la grippe saisonnière, les répondants ont cité principalement :
 - o Des animaux domestiques à 41 reprises : « chien », « chat »...
 - o Des animaux piquants à 22 reprises : « abeille », « moustique », « hérisson »...
 - o Des reptiles à 10 reprises : « serpent », « scorpion »...
 - o Des bêtes sauvages à 16 reprises : « lion », « renard »...
- Concernant le vaccin contre la grippe A, les répondants ont cité principalement :
 - o Des animaux domestiques à 24 reprises : « chien », « chat »...
 - o Des animaux piquants à 5 reprises : « frelon », « guêpe »...
 - o Des reptiles à 17 reprises : « serpent » qualifié de « venimeux », « scorpion », « cobra »...
 - o Des bêtes sauvages à 19 reprises : « lion », « loup »...

Les représentations animales négatives sont bien plus nombreuses concernant le vaccin contre la grippe A que concernant celui contre la grippe saisonnière. Les termes utilisés sont également plus forts : le serpent est qualifié de « venimeux », les frelons, les loups et les cobras font leur apparition dans la liste lorsqu'il s'agit du vaccin contre la grippe A.

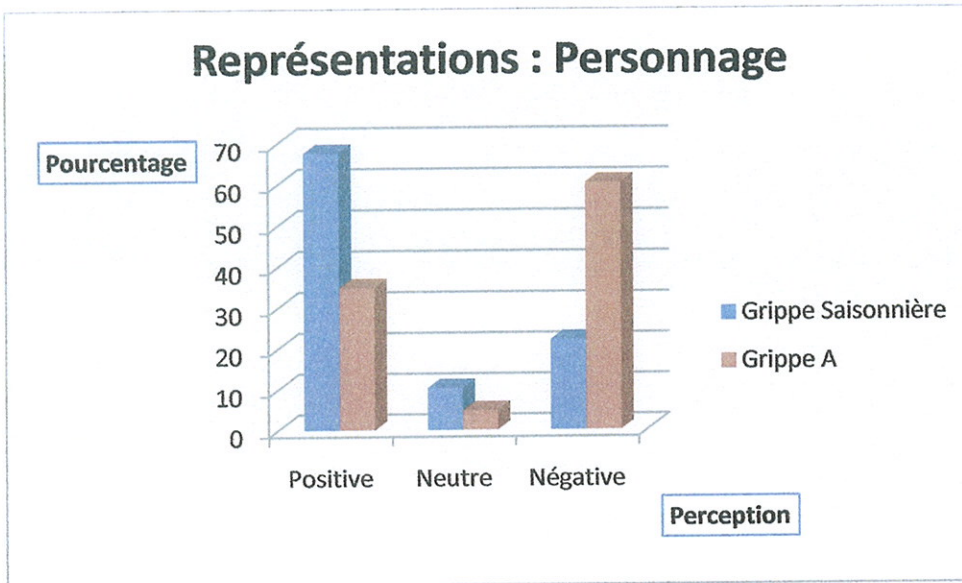
3. Détail des représentations objectales



- Concernant le vaccin contre la grippe saisonnière, les répondants ont cité principalement :
 - o Des objets de protection à 26 reprises : « parapluie », « armure », « bouclier »...
 - o Des objets piquants à 13 reprises : « seringue »...
 - o Des objets divers, mais à connotation négative (5 fois) : « tiroir-caisse », « couteau », « poison »...
- Concernant le vaccin contre la grippe A, les répondants ont cité principalement :
 - o Des objets de protection à 9 reprises : « préservatif », « écharpe », « muraille »...
 - o Des objets piquants à 8 reprises : « seringue », dont 2 fois qualifiée : « avec un regard méchant » et « avec une expression méchante »...
 - o Des objets divers mais à connotation négative : « argent » (5fois), « roulette russe », « tonneau des Danaïdes », « tête de mort », « poison », « bazooka »...

Là encore, les représentations à caractère plutôt positif sont plutôt attribuées au vaccin contre la grippe saisonnière, alors que les représentations à orientation négative sont mentionnées plutôt concernant les vaccins contre la grippe A.

4. Détail des représentations personnifiées



- Concernant le vaccin contre la grippe saisonnière, les répondants ont cité principalement :
 - o « Pierre et Marie CURIE », « PASTEUR » (représentation plutôt positive) : à 34 reprises
 - o Une « infirmière », un « écrivain »... (représentation neutre) : à 7 reprises
 - o « Attila », « Satan », le « croque-mitaine »... : à 7 reprises
- Concernant le vaccin contre la grippe A, les répondants ont cité principalement :
 - o « Pierre et Marie CURIE », « PASTEUR » (représentation plutôt positive) : à 13 reprises
 - o Des membres du gouvernement (« président de la République », « Mme Bachelot ») : à 19 reprises
 - o Le « diable », « Dr Jeckyl et M Hyde », « Picsou », « monstre », le « malade imaginaire »... : à 10 reprises

Les représentations personnifiées négatives sont particulièrement fortes et imagées concernant le vaccin contre la grippe A. Elles sont une fois de plus, plus nombreuses que celles rattachées au vaccin contre la grippe saisonnière.

G. Les effets secondaires des vaccins antigrippaux rapportés par les patients

3 questions exploraient la présence et la nature d'éventuels effets secondaires des vaccins antigrippaux (quels qu'ils soient) rapportés par les patients.

1. Niveaux d'effets secondaires rapportés

Dans la dernière partie de l'étude, nous avons exploré les effets secondaires des vaccins antigrippaux rapportés par les répondants au questionnaire, et ce, à plusieurs niveaux selon que ces effets sont survenus :

- à la personne elle-même (question 23) : nous appellerons ce niveau, le niveau « personnel »
- à une personne de sa connaissance (question 22) : nous appellerons ce niveau, le niveau « proche »
- ou à une personne qu'ils ne connaissent pas personnellement (question 21). Dans ce cas, les personnes ont simplement « entendu parler » de ces effets secondaires : c'est le niveau « rumeur ».

Nous avons récolté 307 questionnaires dont les 3 questions sur les effets secondaires ont été au moins en partie remplies.

Le tableau suivant montre le pourcentage de personnes ayant rapporté un ou des effets secondaires, selon chaque niveau :

Niveau	Mention d'effets secondaires
Rumeur	46%
Proche	32,1%
Personnel	14,5%

On remarque qu'il y a moins d'effets secondaires cités survenus à la personne elle-même que d'effets secondaires qui sont rapportés au niveau « rumeur ».

Parmi les personnes ayant répondu aux 3 questions, près de 20% n'ont répondu positivement qu'à la première, c'est-à-dire qu'ils ont seulement entendu parler d'effets secondaires des vaccins antigrippaux sans jamais les constater par eux-mêmes ou chez quelqu'un de leur connaissance.

Parmi les personnes ayant répondu aux 3 questions : 43,3% ont répondu non à l'ensemble des 3 questions. Ces personnes n'ont jamais ni entendu parler ni constaté par elles-mêmes des effets secondaires aux vaccins antigrippaux.

2. Gravité des effets secondaires des vaccins antigrippaux rapportés

Les patients devaient estimer également le degré d'intensité ressenti des effets secondaires qu'ils rapportaient, et ce, pour le niveau « rumeur » et le niveau « proche ». Il nous a semblé en effet préférable d'exclure le niveau « personnel » de cette approche, car la subjectivité nous semblait bien trop importante quant aux réponses apportées à ce niveau là pour pouvoir être comparées aux autres niveaux. Dans la mesure où l'effet du vaccin vécu par le patient lui-même est un effet « indésirable », cette expérience sensorielle peut être qualifiée par lui de désagréable, et il risque d'avoir davantage tendance à majorer son importance ou sa gravité que s'il devait l'évaluer concernant une autre personne que lui-même.

Le tableau suivant regroupe les résultats obtenus :

Intensité \ Niveau	Rumeur	Proche
	Grave / Importante	50,3%
Légère / Bénigne	49,7%	63,7%

Les personnes rapportent donc davantage d'effets secondaires graves ou importants liés aux vaccins antigrippaux au niveau « rumeur » qu'au niveau « proche ».

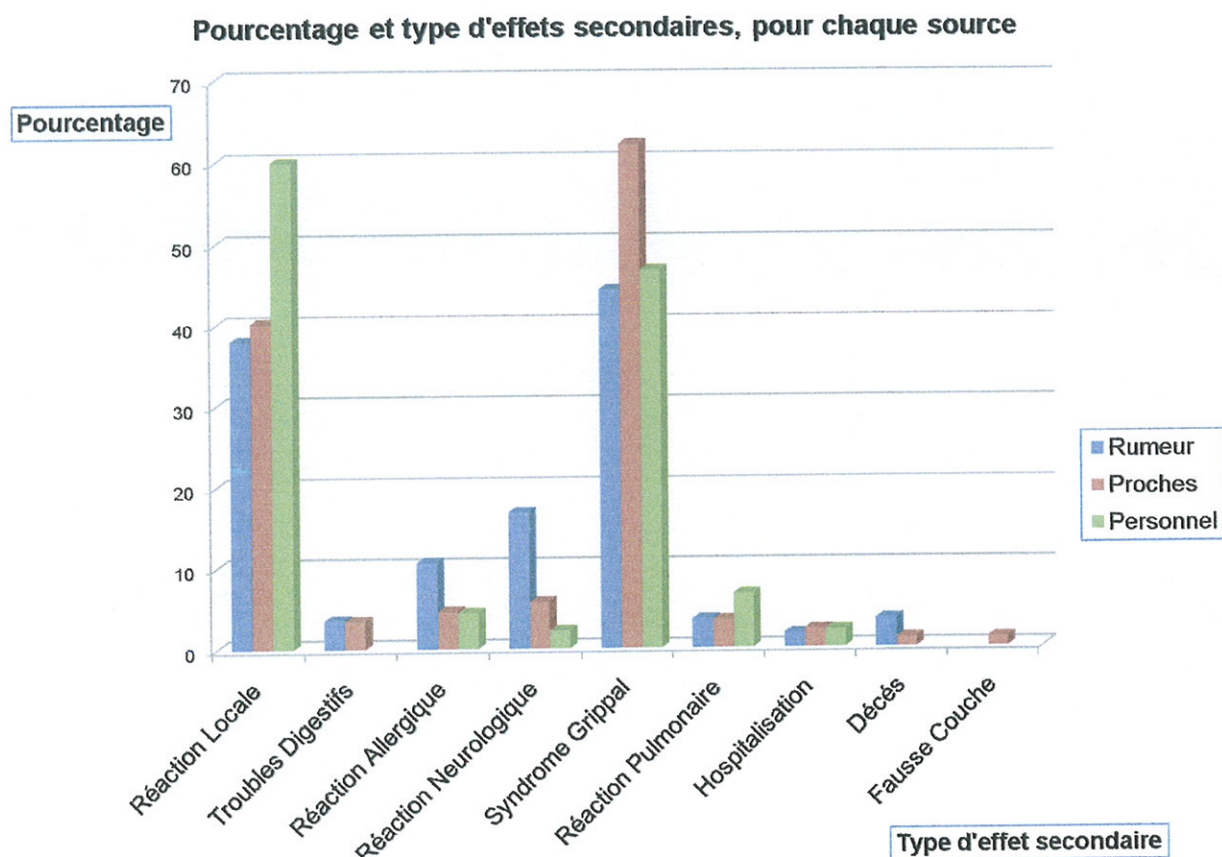
Nous pouvons donc nous demander si une « rumeur » d'effet secondaire n'aurait pas tendance à amplifier la gravité de cet effet secondaire, suite aux multiples déformations et amplifications au fur et à mesure que cette rumeur circule. Ce sont des principes fondamentaux qualifiant les rumeurs : la déformation et l'amplification.

3. Nature des effets secondaires rapportés

Ceci faisait l'objet d'une question ouverte, pour chaque source d'effet secondaire. Les réponses, multiples, ont pu être regroupées en plusieurs groupes de réponses :

- Les réactions locales : induration, œdème ou rougeur au point d'injection
- Les troubles digestifs : nausées, vomissements
- Les réactions allergiques : choc anaphylactique, œdème de Quincke, « allergie »
- Les réactions neurologiques : Guillain-Barré, « paralysie des membres », sclérose en plaques
- Le syndrome grippal : fièvre, frissons, courbatures, toux, asthénie, malaise, « syndrome grippal »
- Les réactions pulmonaires (autres que la toux) : détresse respiratoire, « difficulté à respirer »
- « Hospitalisation » nécessaire
- Décès
- Fausse couche

Le graphique suivant réunit l'ensemble des données :



On remarque que les 2 catégories d'effets secondaires les plus rapportées, et très largement majoritaires, sont les réactions locales et des manifestations du syndrome grippal. Et ce, quelle que soit la source observée (niveau « rumeur », « proche » ou « personnel »).

Les différences les plus importantes de pourcentage se font sur les petits chiffres : notamment, il y a bien plus d'effets neurologiques rapportés au niveau « rumeur » qu'au niveau « proche » ou « personnel ». Il en va de même pour les réactions allergiques et les décès (ces derniers, évidemment, n'ont pu être rapportés au niveau personnel).

Sur l'ensemble des réponses, 1 fausse couche a été mentionnée.

4. Lien entre score T et effets secondaires

Nous avons mis en relation la quantité d'effets secondaires rapportés en fonction de l'opinion des patients sur les vaccins antigrippaux dans leur ensemble. Ainsi donc nous avons utilisé le score T (évaluant l'opinion globale concernant les vaccins antigrippaux) que nous avons croisé avec la fréquence de citation d'effets secondaires selon les niveaux.

Nous avons regroupé les niveaux en 2 groupes au lieu des 3 initiaux : d'une part le niveau « rumeur » et d'autre part le niveau « proche » associé au niveau « personnel ». Nous l'avons fait pour bien opposer les effets secondaires véhiculés par les « on dit » et ceux qui relèvent de l'expérience personnelle ou d'une information de première main.

Le tableau ci-après montre les pourcentages d'effets secondaires rapportés à chaque niveau selon que les personnes sont favorables ou non aux vaccins antigrippaux.

Lien entre score T et mention d'effets secondaires :

Score T \ Effets secondaires	Rumeur	Proche ou Perso
Défavorable	65,30%	52,10%
Favorable	42,40%	41,30%

De ces chiffres, on peut retirer 2 informations importantes :

- Les personnes favorables aux vaccins antigrippaux rapportent moins d'effets secondaires imputés à ces vaccins que les personnes défavorables, quel que soit le niveau d'effet secondaire observé.
- Les personnes favorables aux vaccins antigrippaux rapportent la même proportion d'effets secondaires, que ce soit au niveau « rumeur » ou au niveau « proche ou personnel ». Tandis que les personnes défavorables ont tendance à rapporter davantage d'effets secondaires dont ils ont entendu parler, que d'effets qu'ils auraient constatés eux-mêmes.

La part de rumeurs véhiculées par les personnes défavorables aux vaccins semble donc plus importante.

La grande majorité (près de 90%) des patients ayant répondu qu'il leur était déjà arrivé de ressentir des effets secondaires suite à l'administration d'un vaccin antigrippal (principalement une réaction locale ou un syndrome grippal) disent que cela s'est produit dans les 48 heures suivant l'injection.

A l'item 27 du questionnaire, nous avons posé la question de savoir si les patients pensaient qu'il était tolérable qu'un vaccin puisse avoir des effets indésirables sans gravité. Et nous avons aussi posé cette question dans le cadre d'effets secondaires graves. Les réponses sont représentées dans le tableau qui suit :

		Effet bénin tolérable	
		oui	non
Effet grave tolérable	oui	5,8%	7,3%
	non	64,7%	22,2%

Environ 70% des personnes interrogées pensent qu'il est tolérable qu'un vaccin puisse avoir des effets secondaires bénins.

Environ 13% pensent qu'un effet secondaire grave est tolérable.

Si on croise ces informations avec le score T (opinion globale envers les vaccins antigrippaux) on remarque que :

- Concernant les effets secondaires bénins : 52,2% des personnes défavorables aux vaccins antigrippaux trouvent tolérable que ceux-ci aient des effets secondaires bénins, contre 77,1% des personnes favorables : la différence est significative ($p=0,0013$ au test de Chi 2).
- Concernant les effets secondaires graves : 18,7% des personnes défavorables aux vaccins antigrippaux trouvent tolérable que ceux-ci aient des effets secondaires graves, contre 14,1% des personnes favorables : la différence n'est pas significative ($p=0,5581$ au test de Chi 2).

On peut donc dire que les effets secondaires bénins d'un vaccin contre la grippe sont mieux tolérés par les personnes globalement favorables aux vaccins antigrippaux. En revanche, que les gens soient favorables ou non aux vaccins antigrippaux, ils sont environ la même proportion à trouver intolérable qu'un vaccin puisse entraîner des effets indésirables graves.

H. Questions générales

1. Vision allopathique/homéopathique d'une thérapeutique (question 24)

LAPLANTINE définit les vaccins comme étant une thérapeutique homéopathique, c'est-à-dire qui aide à vaincre le mal par lui-même. A l'inverse, la plupart des thérapeutiques que nous connaissons peuvent se classer parmi les thérapeutiques allopathiques (elles luttent contre la maladie par son opposé) : c'est le cas, par exemple des antibiotiques.

Nous avons cherché à savoir à l'aide de notre questionnaire si les gens adhéraient inconsciemment à ce concept de thérapeutique homéopathique. La question s'intitulait ainsi :

- « Vous diriez plutôt que le vaccin :
 - A - Apporte une défense supplémentaire à votre organisme ? (vision allopathique)
 - B - Améliore les défenses préexistantes de votre organisme ? » (vision homéopathique)

Les répondants au questionnaire ont été majoritaires (57,8%) à adopter la perception allopathique des vaccins antigrippaux, n'adhérant de ce fait pas au modèle que LAPLANTINE associe aux vaccins.

2. Vision bénéfique/maléfique de la vaccination (question 26 et 28)

Nous avons aussi essayé plus simplement de voir si les gens percevaient les vaccins antigrippaux comme étant une entité thérapeutique bénéfique ou maléfique, néfaste. Ce concept de vision bénéfique et maléfique se trouve initialement appliquée par Laplantine à des modèles étiologiques, mais nous avons transposé cette dualité au modèle thérapeutique qu'est la vaccination. Nous explorons cette dimension grâce à 2 questions :

- « Pour vous, la vaccination est :
 - A - un acte qui pourrait rendre **davantage malade** que la maladie elle-même ? (vision maléfique)
 - B - un acte qui **diminuera l'importance** de la maladie ? » (vision bénéfique)

- « Pour vous, la vaccination est un acte qui :

A - renforce l'organisme ?	(vision bénéfique)
B - affaiblit l'organisme ? »	(vision maléfique)

94,8% des personnes ayant une opinion favorable sur les vaccins antigrippaux (score T >9) répondent que la vaccination permettra de diminuer l'importance de la maladie, contre seulement 48,8% des personnes défavorables : la différence est très significative ($p < 0,0001$ au test de Chi 2).

93,3% des personnes ayant une opinion favorable sur les vaccins antigrippaux (score T >9) répondent que la vaccination renforce l'organisme, contre seulement 52,8% des personnes défavorables : la différence est très significative ($p < 0,0001$ au test de Chi 2).

En fait, les personnes répondent à ces 2 questions de la même manière et dans les mêmes proportions, selon le groupe auquel elles appartiennent (opinion globale sur les vaccins antigrippaux favorable ou défavorable). Les personnes favorables aux vaccins contre la grippe ont une vision plus bénéfique du moyen thérapeutique qu'est la vaccination.

3. Gestion du risque : l'entrée en loterie (questions 29 et 30)

Les 2 dernières questions fermées exploraient la propension des personnes ayant répondu à courir un risque mesuré.

- « Vous préférez :

A - Courir un risque lié à la grippe (même potentiellement grave)
B - Courir un risque lié au vaccin (même modéré) »

Cette question pose le problème de courir un risque grave (dû plutôt aux complications de la maladie grippale) ou modéré (représenté plutôt par les effets secondaires des vaccins, moins fréquents et intenses que les complications liées à la maladie elle-même).

Les personnes favorables aux vaccins antigrippaux sont 69,9% à avoir préféré prendre un risque volontaire lié au vaccin, alors que 89,1% des personnes défavorables ont préféré prendre un risque plus aléatoire lié à la maladie. La différence est très significative une fois de plus entre ces 2 groupes (personnes favorables et défavorables aux vaccins antigrippaux) : $p < 0,0001$ au test de Chi 2.

- « Vous préférez :

A – Courir un risque grave plus tard ou jamais (lié à la grippe)

B – Un risque modéré tout de suite (lié au vaccin) »

Cette question place les patients dans une situation de dilemme : prendre un risque estimé faible immédiatement, ou décider de s'exposer à un risque potentiellement plus grave plus tard (mais qui peut tout aussi bien ne jamais survenir).

Les personnes favorables aux vaccins antigrippaux sont 69,9% à préférer prendre un risque immédiat modéré, alors que 89,1% des personnes défavorables préfèrent courir un risque plus grave mais plus tard.

Il semblerait que ces dernières misent sur le fait que l'évènement néfaste peut aussi ne pas se produire : la maladie peut ne pas les toucher.

4. Discussion

A. Critique de l'étude

1. Choix des lieux de mise à disposition des questionnaires et recrutement des répondants

Avant la distribution du questionnaire, les biostatisticiens nous avaient conseillé, pour que les résultats de l'étude soient exploitables, de tenter d'atteindre environ la centaine de questionnaires remplis. Nous en avons finalement inclus 352.

Le recrutement des cabinets médicaux où ont été déposés les questionnaires s'est fait au fil des appels téléphoniques passés à des médecins exerçant en Haute-Vienne : les cabinets de ceux qui acceptaient devenaient ainsi 1 des 10 pôles où nous comptions mettre à disposition 50 questionnaires par cabinet (l'objectif de chaque pôle était ainsi d'atteindre 20% de réponses). Pour plus de sécurité, nous en avons distribué dans notre entourage et voisinage aux personnes que cela intéressait. Enfin, dans le but d'avoir accès à l'opinion de personnes allant rarement chez le médecin, nous avons décidé de mettre des questionnaires dans un salon de coiffure (il fallait en outre que ce soit un endroit où les personnes avaient du temps pour répondre à ce questionnaire). Néanmoins, force est de constater que la majeure partie des répondants au questionnaire sont des « patients », nous étudions donc très peu la population générale : les personnes qui ne sont pas allées consulter leur médecin n'ont eu accès à ce questionnaire que pour très peu d'entre elles. C'est le principal biais de notre étude.

D'autre part, dans l'entourage et chez un des médecins participants, les questionnaires ont été « proposés », et non « mis à disposition », ce qui a grandement augmenté le nombre de questionnaires remplis, et a nécessité un réapprovisionnement en questionnaires 2 semaines après le début de l'étude. Cette différence de méthode de distribution entre les pôles, ainsi que la différence du nombre de questionnaires fournis nous ont amené à abandonner l'idée de comparer les résultats des 12 pôles entre eux, par manque d'homogénéité.

2. Critique du questionnaire

Le taux de réponse au questionnaire a été d'un peu plus de 50%, ce qui est très correct. Cependant, ce taux de réponse global masque des disparités très importantes. Les réponses ont été les plus nombreuses dans le cabinet où le médecin a proposé le questionnaire (98% de réponses) alors que dans la plupart des autres pôles ce taux se situe plutôt aux alentours de 25%.

Plusieurs possibilités peuvent expliquer cette participation moyenne :

- Manque de temps de la part du patient pour remplir le questionnaire (temps dans la salle d'attente trop bref)
- Longueur du questionnaire : constitué de 5 pages, avec 30 questions en tout, les patients ont pu se décourager. La preuve en est le nombre non négligeable de questionnaires remplis à moitié ou aux trois quarts.
- Le libellé des questions pouvait sembler inhabituel voire même déroutant pour certaines, notamment les questions ouvertes explorant les représentations.

Au-delà de la structure du questionnaire, nous nous sommes aperçus que certains items étaient défailants dans leur formulation. Ces items sont :

- Question 21 : « Avez-vous entendu parler de quelqu'un ayant fait une réaction au vaccin (allant de la simple douleur jusqu'à une situation grave), sans connaître cette personne vous-même ? » : nous aurions dû préciser vaccin « antigrippal », ce d'autant que l'intitulé de cette partie du questionnaire était : « généralités, quel que soit le vaccin » et que là non plus, il n'est pas précisé qu'il ne doit s'agir que des vaccins contre la grippe.
- Question 4 : « profession ou niveau d'études » : nous aurions dû faire 2 questions car telle quelle, les patients ont répondu soit leur profession soit leur niveau d'étude, mais rarement les 2.

3. Critique de l'échantillon

a. Critères d'inclusion

365 questionnaires ont été mis en tout dans les urnes de retour. Nous n'avons intégré que 352 d'entre eux dans l'étude. Les 13 questionnaires exclus de l'étude l'ont été car leur

auteur n'avait que très partiellement répondu au questionnaire (moins d'1/3 de réponses aux questions).

Toutefois, les questionnaires pour lesquels il était impossible de calculer un score d'opinion sur les vaccins antigrippaux (pas assez de réponses aux items déterminants) ont tout de même été inclus dans l'étude si, par ailleurs, ils étaient suffisamment remplis et permettaient donc d'étudier d'autres axes de réflexion que nous souhaitions explorer.

b. Caractéristiques de l'échantillon

Dans notre étude, 42,9% des répondants ont été vaccinés contre la grippe saisonnière (85,1% des personnes de plus de 65 ans ont été vaccinées) et 26,9% contre la grippe A au cours de la saison hivernale 2009-2010.

Selon une étude de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, 5,7 millions des personnes ont été vaccinées contre la grippe A en France en 2009-2010, soit 8,7% de la population française [13]. Selon des données du Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe, 26% de la population française a été vaccinée contre la grippe saisonnière en 2008-2009 [14], la couverture vaccinale a montré une légère tendance positive [15] depuis quelques années.

Nous pouvons donc remarquer que les personnes ayant répondu à notre étude sont davantage celles qui se sont fait vacciner (que ce soit contre la grippe saisonnière ou la grippe A) plutôt que les personnes non vaccinées. Notre échantillon n'est donc pas superposable à la population française. Ceci constitue un biais de notre étude.

D'autre part, pour caractériser le type d'habitat dans lequel résidaient les répondants au questionnaire, il nous a fallu classer les communes d'habitation en 2 groupes : habitat rural et habitat urbain.

Nous avons décidé que toute personne résidant à moins de 15 kilomètres d'un hôpital possédant un service d'urgence pouvait entrer dans la catégorie de personnes à « habitat urbain ». A l'inverse, toute personne résidant dans une commune située au-delà de 15km d'un hôpital ayant un service d'urgence a été incluse dans le groupe de personnes à « habitat rural ». Le choix de la distance a été arbitraire, c'est un choix de notre part.

Toutefois, cette limite nous a paru adaptée à la configuration géographique de la Haute-Vienne, puisque les contrastes de concentration démographique sont marqués entre les agglomérations, et l'immédiate périphérie qui correspond à des zones très rurales, à assez peu de distance des zones urbaines (moins de 15 km). D'autre part, 15km correspondent

également à une durée de trajet qui nous paraissait constituer une limite de définition entre un accès facile aux services de soins d'urgence, et un accès plus difficile (du fait d'un trajet plus long).

B. Couverture vaccinale en France et opinion sur les vaccins : une grande disparité

Dans notre étude, 42,9% des répondants ont été vaccinés contre la grippe saisonnière (85,1% des personnes de plus de 65 ans, soit la population cible de cette vaccination) et 26,9% contre la grippe A au cours de la saison hivernale 2009-2010.

La vaccination contre la grippe A a donc été nettement moindre que celle contre la grippe saisonnière, dont les patients avaient peut être davantage l'habitude.

Le vaccin contre la grippe saisonnière est bien mieux perçu que celui, récemment mis au point, contre la grippe A. En effet, près de 90% des répondants à notre étude pensent que le vaccin contre la grippe saisonnière est efficace, inoffensif et qu'il permet d'éviter un risque, alors que c'est le cas de seulement la moitié des répondants lorsqu'il s'agit du vaccin contre la grippe A.

L'opinion globale sur les vaccins antigrippaux reste bonne, mais elle est bien meilleure pour le vaccin de la grippe saisonnière que pour celui contre la grippe A, et ce quel que soit l'âge, la profession ou le niveau d'étude, l'habitat, ou le sexe.

D'autre part, on remarque que concernant les 2 vaccins :

- Environ 95% des personnes ayant un score d'opinion défavorable ne sont pas vaccinées
- Environ la moitié des personnes ayant un score d'opinion favorable ne sont pas vaccinées

Le fait d'être favorable à un vaccin n'est pas suffisant pour se faire vacciner (alors que le fait d'être défavorable suffit, lui, à refuser la vaccination).

Nous avons donc cherché pourquoi il y avait une telle différence d'opinion sur ces 2 vaccins, quels sont les déterminants de la décision individuelle de se faire vacciner, ou de refuser la vaccination.

C. Les déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination antigrippale

1. Importance de l'opinion du médecin

Nous avons constaté que la couverture vaccinale contre la grippe A est meilleure lorsque les patients ont jugé que leur médecin était favorable à cette vaccination (41% de personnes vaccinées si le médecin est pour, contre 9% dans le cas contraire), ce qui semble indiquer l'influence importante qu'a le médecin traitant sur la prise de décision du patient de se faire vacciner ou non. D'autres études avaient déjà mis en évidence le rôle majeur du médecin dans la décision individuelle de vaccination contre la grippe pandémique [16] ainsi que contre la grippe saisonnière [15].

2. L'expérience préalable avec le vaccin contre la grippe saisonnière : un facteur déterminant ?

Nous avons vu que près de la moitié des personnes vaccinées contre la grippe saisonnière l'hiver dernier ont accepté d'être vaccinées contre la grippe A. Mais seulement 11% des personnes non vaccinées contre la grippe saisonnière ont accepté la vaccination contre la grippe A. Les participants qui ont été vaccinés contre la grippe saisonnière acceptent donc davantage de recevoir le vaccin contre la grippe A.

D'autres études menées préalablement ou au début de la pandémie grippale A avaient déjà montré qu'une expérience antérieure de vaccination contre la grippe saisonnière était fortement prédictive de l'intention individuelle de se faire vacciner [17], [18], [19], [20], [21].

Notre étude est fortement complémentaire de ces résultats car elle confirme cette tendance qu'avaient prévue d'autres chercheurs dans des études précoces.

3. Objectif premier d'une vaccination : se protéger

Il ressort de notre étude que quel que soit le vaccin antigrippal considéré, les individus se vaccinent d'abord pour se protéger eux-mêmes de la maladie. De la même façon, les parents décident de faire vacciner leurs enfants contre la grippe A dans le but de les protéger de la maladie. Enrayer l'épidémie est de loin la dernière raison, parmi celles que nous proposons, motivant la vaccination, même si cette raison est un peu plus importante dans le cadre de la vaccination contre la grippe A par rapport à celle contre la grippe saisonnière. Cela s'explique vraisemblablement par le fait que, durant la campagne de vaccination contre la grippe A, il a été mis en avant par les pouvoirs publics l'importance de la vaccination dans le processus de lutte contre la pandémie. Toutefois, même si la population considère que « la vaccination est un bon moyen d'enrayer une épidémie », il reste que ce n'est que la dernière des raisons incitant les personnes à se faire vacciner.

4. Le statut vaccinal des parents et statut vaccinal des enfants

Dans notre étude, les parents vaccinés contre la grippe A étaient 4 fois plus nombreux à accepter que leurs enfants reçoivent ce vaccin que les parents non vaccinés

Le statut vaccinal des parents est déterminant dans le choix de faire vacciner ou non leurs enfants.

5. Les freins à la vaccination

Dans notre pays, les politiques de prévention vaccinale ont plutôt tendance à relever du libéralisme : la gestion de leur santé est laissée aux individus [22], [23]. Or les facteurs limitants d'une politique libérale résident dans l'éventuelle inaptitude des individus à effectuer le calcul de l'utilité de la vaccination, ou dans l'irrationalité de certains individus qui, comprenant le raisonnement, ne jugent cependant pas que la prévention d'un risque de maladie soit essentiel à leur bien-être [3].

Cette politique présuppose :

- 1) que les acteurs adhèrent à cette politique et qu'ils soient rationnels (qu'ils veulent leur propre bien, celui de ceux dont ils ont la charge, et qu'ils optimisent leur stratégie pour atteindre ce bien)

- 2) qu'il y a harmonie des intérêts, le bien être collectif étant la somme des biens individuels. La possibilité de conflits entre intérêt divergents est ignorée ou négligée.

Or, ce n'est pas toujours le cas. L'intérêt individuel n'est pas toujours superposable à celui du groupe où évolue l'individu.

a. Ecart d'intensité entre risque annoncé et risque perçu. Rôle des médias

Le paradoxe de la prévention consiste à « *incriminer des comportements individuels qui ne sont pas en soi forcément porteurs de risques, afin de promouvoir normes et valeurs qui génèreront, au niveau agrégé, un environnement plus sain pour l'ensemble de la population* » [24].

Durant la campagne de vaccination contre la pandémie grippale 2009-2010, dans le but d'inciter les individus à se faire vacciner en nombre, les autorités publiques ont eu tendance à universaliser le risque et à maximiser la menace [25], mais devant l'impact de l'épidémie qui est resté bien en deçà des projections réalisées [26], les individus ont pu remarquer une tension entre la perspective nationale de la prévention et leur propre vécu, leur propre perception de la menace [5].

A plusieurs reprises [27], [25], il a été montré qu'informer le public sur un risque potentiel pour la santé n'est jamais libre de son contexte et que les avertissements antérieurs qui n'ont abouti à rien peuvent déterminer la façon dont la population perçoit un nouveau risque annoncé.

Notre étude révèle que la télévision et le journal sont respectivement la première et la troisième source d'information sur les vaccins antigrippaux qu'ont citée les répondants, très loin devant les autres sources (hormis le médecin traitant qui se positionne tout de même à la deuxième place, mais cependant bien moins cité que la télévision). Les médias jouent donc un rôle dans le façonnement des perceptions et des attitudes face à un vaccin [28], [8].

Anne-Marie MOULIN nous dit dans l'un de ses ouvrages que « *le facteur limitant pour un bon fonctionnement de la stratégie de prévention vaccinale est moins l'irrationalité des acteurs ou leur volonté déviante que leur lassitude liée à répéter les gestes protecteurs. L'appel à la responsabilité ne se limite pas au choix rationnel effectué ponctuellement, mais implique aussi un exercice de la vigilance et de la persévérance (de la non-défection), à la fois dans la recherche du meilleur pour tous et dans le respect des partenaires de jeu* » [3].

Dans une étude réalisée en France en 2008, les chercheurs RAUDE, DEGUEN et SETBON ont souligné que la mise en œuvre d'une prévention précoce et intensive peut s'avérer contre-

productive si elle intervient trop tôt, car elle favorise un sentiment de lassitude et une multiplication des comportements de relâchement [29].

Force est de constater que dans le cas de la pandémie grippale de l'hiver 2009-2010, ces affirmations ont été vérifiées. Et également dans notre étude : les répondants ont été très nombreux à dire que la pandémie grippale n'avait pas été aussi importante qu'annoncée, et justifient donc ainsi leur refus de se faire vacciner.

b. La grippe A : une grippe comme une autre ?

Pour justifier le refus de recevoir le vaccin contre la grippe A une partie des participants à notre étude ont avancé qu'ils étaient vaccinés contre la grippe saisonnière, et donc se jugeaient protégés contre la grippe A.

D'autres études ont mis en évidence qu'en cas de pandémie grippale, le fait qu'il s'agisse de « grippe », maladie pour laquelle nous disposons d'une situation de référence habituelle avec la grippe saisonnière et son vaccin, introduit probablement un biais dans la perception de la menace [29]. La vaccination contre la grippe saisonnière classique est perçue comme une protection efficace contre les nouveaux virus, ce qui pourrait s'avérer catastrophique pour une partie de la population, notamment si elle est perçue comme une mesure de protection suffisante.

c. La grippe est perçue comme une maladie bénigne, et le corps comme invulnérable

Les patients ont été nombreux à répondre qu'ils ne voient pas l'intérêt de se faire vacciner puisqu'ils se sentent en « bonne santé », ils estiment leur corps « capable de se défendre seul », et ne considèrent pas, de toute façon, appartenir à la « population à risque d'attraper la maladie ». Beaucoup arguent même qu'ils ne risquent pas d'attraper cette maladie puisqu'« ils ne l'ont jamais attrapée jusqu'alors ».

Le 19 mai 2010, à l'occasion de la commission d'enquête du Sénat sur les firmes pharmaceutiques et la gestion de la grippe A(H1N1), Michel SETBON, sociologue de santé publique et directeur de recherche au CNRS, a déclaré que « *les gens ont une propension à se vacciner en relation plus ou moins étroite avec le risque tel qu'ils le perçoivent de contracter la maladie* » [30]. De très nombreuses études ont exploré cette question de la relation entre perception du risque et intention vaccinale que ce soit contre la grippe aviaire

[31], contre la grippe saisonnière [15], contre la grippe A [20], [17], [28], [25], [19], ou contre n'importe quelle pathologie infectieuse [32].

L'acceptation des mesures de santé publique par une population dépend largement de la façon dont celle-ci perçoit la menace. Or la population française n'exprimait que peu d'inquiétude sur la pandémie grippale de l'hiver 2009-2010, et sur les épidémies annuelles de grippe saisonnière. Les résultats de notre étude vont dans le même sens que les études précédentes ayant exploré cette relation entre niveau d'anxiété et intention vaccinale : plus de 35% des personnes non vaccinées estiment ne pas être à risque de contracter la grippe saisonnière. 15% des personnes non vaccinées contre la grippe A justifient leur décision par le fait qu'ils jugent cette grippe bénigne.

Claudine BURTON-JEANGROS dit, dans un de ses ouvrages, que les individus ont tendance à se juger personnellement invulnérables, ou moins vulnérables que les autres [5]. C'est un des moyens multiples dont dispose un individu pour prendre de la distance vis-à-vis de ce qui est désigné comme un risque par la santé publique, une sorte de mécanisme d'autoprotection visant à réduire l'anxiété [4].

d. La peur des effets secondaires : une crainte majeure qui touche tous les vaccins antigrippaux

Nos résultats montrent que la première raison donnée par les répondants à notre étude pour expliquer leur refus à recevoir le vaccin contre la grippe A était leur peur des effets secondaires que ceux-ci pouvaient provoquer. En cela, nos résultats vont dans le même sens que ceux auxquels ont abouti d'autres études effectuées dans le monde [20], [28], [17], [33], [21], [34]. Cette crainte comme refus à la vaccination s'exprime également concernant le vaccin contre la grippe saisonnière, même si cette raison est moins fréquemment invoquée [28].

D'autres craintes sont exprimées par les patients inclus dans notre étude : le vaccin contre la grippe A a été fabriqué « bâclé », fabriqué à la hâte, insuffisamment testé, il n'y a « pas assez de recul » sur l'utilisation de ce vaccin et la recherche a été insuffisante. Alors qu'aucune de ces raisons n'est donnée lorsque nous posons la même question concernant le refus de recevoir le vaccin contre la grippe saisonnière. Il semblerait donc que nos participants ont un manque de compréhension au sujet du processus de développement des vaccins contre la grippe saisonnière, basée sur la probabilité d'apparition de souches. Pour

eux, seul le vaccin contre la grippe A semble nouvellement fabriqué, et tout comme l'enfant, l'adulte a peur de ce qu'il ne connaît pas [35].

Les patients sont aussi nombreux à dire que la quantité importante d'informations véhiculées par les médias, parfois contradictoires d'un jour à l'autre, n'a pas permis qu'ils puissent arriver à une décision sur la vaccination contre la grippe A. Les nombreuses polémiques sur ce vaccin les ont rendus indécis, ils ne « savaient plus que croire, qui croire », et dans le doute ont refusé la vaccination.

e. La théorie du complot, et les convergences d'intérêt

Quelques-uns des participants à notre étude ont dit qu'ils ne s'étaient pas fait vacciner car ils pensent que la pandémie grippale n'a été annoncée que pour permettre aux laboratoires pharmaceutiques de s'enrichir par la vente de leurs vaccins. Une partie de la population semble penser que l'émergence d'un nouveau virus n'est annoncée que pour profiter à des personnes ayant des intérêts cachés. La croyance à la théorie du complot marque une méfiance d'une fraction de la population vis-à-vis des autorités de santé et leurs recommandations de se faire vacciner. Ce facteur a été révélé également par l'étude faite en France en 2009 par les chercheurs SETBON et RAUDE [19].

D. Les effets secondaires : vérités et rumeurs

La crainte des effets secondaires des vaccins a été un argument de refus de la vaccination fréquemment cité dans de nombreuses études effectuées à travers le monde pour explorer les déterminants de l'acceptation individuelle de la vaccination. Cette crainte est majeure concernant les vaccins contre la grippe A, mais existe également à propos des vaccins contre la grippe saisonnière. Nous avons donc interrogé les patients pour tenter de déterminer quels effets secondaires ils connaissaient et quel degré de gravité ils leur attribuent.

De notre étude, il ressort que les patients sont seulement 15% à déclarer qu'ils ont déjà ressenti un effet secondaire lors d'une vaccination, alors qu'ils sont 46% à avoir entendu parler d'effets secondaires à des vaccins antigrippaux, sans connaître la personne à qui cela est arrivé (information passée par des relayeurs intermédiaires, véhiculée par la rumeur). Les effets secondaires les plus cités sont les réactions locales chez près de 60% des participants (douleur, inflammation au site d'injection...) et la survenue d'un syndrome grippal dans les

jours suivants la vaccination (45% des personnes). Ces résultats concordent avec ceux des études officielles.

En effet, concernant les vaccins contre la grippe saisonnière, les données de pharmacovigilance parues en octobre 2003 dans un rapport de l'unité de pharmacovigilance de la Direction de l'Évaluation des Médicaments et des Produits Biologiques [36], associées à celles de la littérature, « *permettent de confirmer la bonne tolérance des vaccins grippaux inactivés (taux de notification de cas de pharmacovigilance pour 100 000 doses vaccinales vendues dans le monde sur 5 années compris entre 0.6 et 1.1, selon le vaccin considéré). Des réactions locales sont fréquemment rapportées (10 à 64% chez l'adulte) ; elles durent un à deux jours et sont de faible intensité. Des réactions réalisant un tableau de syndrome grippal (fièvre, malaise, myalgie et céphalées) surviennent dans 1 à 10% des cas ; elles surviennent généralement 6 à 12 heures après la vaccination et persistent 1 à 2 jours* ». Nos patients ont toutefois été un peu plus nombreux que la moyenne observée sur le plan national à faire mention de symptômes entrant dans le tableau d'un syndrome grippal.

Ces effets sont autant cités comme s'étant produits chez la personne elle-même que véhiculés par la rumeur. La différence se fait plutôt sur les effets secondaires moins fréquemment cités, et qualifiés par les patients les mentionnant d'« importants » ou de « graves », tels que les réactions neurologiques (syndrome de Guillain-Barré) ou les réactions allergiques : ces effets sont bien plus véhiculés par la rumeur qu'ils ne semblent survenir dans la population (très peu de personnes rapportent avoir subi ces effets, ou connaître quelqu'un qui en aurait présenté).

Il semble que le fait d'être plutôt favorable à un vaccin soit un facteur réducteur du nombre d'effets secondaires mentionnés : dans notre étude, les personnes favorables aux vaccins antigrippaux rapportent moins d'effets secondaires dont ceux-ci auraient été à l'origine.

Pourquoi les rumeurs sont-elles plus fréquemment véhiculées par les personnes défavorables aux vaccins ? Prenons l'exemple de la saison hivernale 2009-2010. Il aura été facile de remarquer, au cours de la campagne de vaccination contre la grippe A, que les rumeurs véhiculent quasi exclusivement des informations négatives sur ce vaccin. Pourquoi les rumeurs ont-elles cette tendance à véhiculer un méfait, une catastrophe, un péril ? KAPFERER nous explique que les rumeurs sont « noires » dans un but cathartique [9]. En marge, et parfois en opposition, elles servent à contester la réalité officielle en proposant d'autres réalités. Elles ne sont pas nécessairement fausses, elles sont non officielles. « *La conception négative associant rumeur et fausseté est d'ordre technologique : il n'est de bonne communication que contrôlée. La rumeur oppose une autre valeur : il n'est de bonne communication que libre, même si la fiabilité doit en souffrir. En d'autres termes, les « fausses » rumeurs sont le prix à payer pour les rumeurs fondées.* » [9].

E. Les représentations des vaccins antigrippaux

Nous devons tout d'abord être conscients que notre étude fait état des représentations des personnes composant notre échantillon sur les vaccins antigrippaux à un instant t donné. Les représentations ne sont pas figées dans le temps, elles évoluent perpétuellement en fonction des expériences et du vécu de l'individu.

Nous avons choisi d'aborder le symbolisme associé aux vaccins antigrippaux. Le symbole est ce qui permet de dégager l'objet, en l'occurrence les vaccins, de son affect et de le reporter sur une image plus supportable pour le psychisme [37].

Parmi les réponses sur la question de la représentation des vaccins, les patients ont majoritairement cité un animal, que ce soit concernant celui contre la grippe saisonnière ou contre la grippe A.

Les animaux domestiques (« chien », « chat ») sont bien plus cités pour symboliser le vaccin contre la grippe saisonnière (41 fois) que pour celui contre la grippe A (24 fois) : vision du vaccin contre la grippe saisonnière comme étant familier ? A l'inverse, l'évocation de « serpent », « scorpion » et de bêtes sauvages telles que le « lion », le « loup »... est plutôt réservé au vaccin contre la grippe A (36 fois, contre 26 fois pour le vaccin contre la grippe saisonnière) : est ce la phobie populaire qui s'exprime, une terreur ancestrale, le serpent en tant que symbole du Mal ? Les animaux sauvages en tant que fauves dangereux ?

Cela met en évidence une nette différence de perception des vaccins antigrippaux, les symboles utilisés pour représenter le vaccin contre la grippe A semblent insister sur son caractère dangereux, imprévisible.

Puis, des objets et des personnages sont cités, mais moitié moins souvent que les animaux.

Quelques exemples d'objets cités :

- Des objets de protection : « parapluie », « armure », « bouclier » (26 fois pour le vaccin contre la grippe saisonnière, 9 fois pour celui contre la grippe A)
- Des objets piquants: « seringue », « aiguille » : image purement médico-technique des vaccins ?
- Des objets à connotation négative : « tiroir-caisse », « couteau », « poison », pour ce qui concerne le vaccin contre la grippe saisonnière et « roulette russe », « tonneau des Danaïdes », « tête de mort », « poison », « bazooka », attribués au vaccin contre la grippe A...

Quelques exemples de personnages cités :

- « Pierre et Marie Curie », « Pasteur » : représentation plutôt positive, des scientifiques ayant contribué au progrès, un des précurseurs de la vaccination (cités à 34 reprises pour le vaccin contre la grippe saisonnière, à 13 reprises pour celui contre la grippe A)
- « Une infirmière » : représentation plutôt neutre, on assimile le vaccin à une profession paramédicale
- « Attila », « Satan », « le Diable », « le croque-mitaine »... : des représentations du Mal absolu (le « diable », « Satan ») ou d'une punition divine, ou d'un fléau de l'Histoire (« Attila »), bien plus fréquemment cités pour symboliser le vaccin contre la grippe A

Lorsqu'on examine les vaccins antigrippaux dans leur ensemble, sans faire de distinction entre celui contre la grippe saisonnière et celui contre la grippe A, on remarque que les symboles valorisants (exprimant la protection, le familial, le progrès médical et scientifique...) et les symboles dépréciatifs (exprimant des terreurs ancestrales, la destruction, les superstitions...) représentent une proportion à peu près équivalente des citations.

Nous avons constaté que 23,2% des représentations concernant le vaccin contre la grippe saisonnière et 56% des celles concernant la grippe A sont négatives. Ainsi, au vaccin contre la grippe A s'associent des représentations individuelles plus souvent négatives que celles attribuées au vaccin contre la grippe saisonnière. Toutefois, la part de représentations négatives du vaccin contre la grippe saisonnière n'est pas négligeable (près d'un quart).

F. La prise de risque

Nous avons déjà vu qu'un certain nombre de déterminants entrent en compte dans l'acceptabilité de la vaccination antigrippale : l'opinion ou la recommandation par le médecin traitant, le degré de confiance dans les informations véhiculées par les annonces officielles, la crainte des risques liés aux vaccins, l'importance du risque lié à la maladie perçue, la conscience de sa propre vulnérabilité.

Mais si les individus considèrent la maladie comme un risque, et le vaccin également, comment font-ils pour effectuer leur choix ? Comment gèrent-ils, maîtrisent-ils le risque ?

Les 2 derniers items de notre questionnaire exploraient quel risque étaient prêts à prendre les répondants.

L'unité de pharmacovigilance de la Direction de l'Évaluation des Médicaments et des Produits Biologiques a mené une étude sur 3 ans, entre 2000 et 2002 sur la grippe saisonnière, et notamment les vaccins contre cette pathologie : le rapport fait état de 20 cas d'effets indésirables survenus en 3 ans (soit 0,4 à 0,8 effet secondaire pour 100 000 doses de vaccin), dont 5 cas d'effets secondaires graves imputables à ces vaccins, soit un taux d'incidence de 0,05 à 0,3 effet secondaire grave pour 100 000 doses de vaccin administrées [36].

Le bilan actualisé de pharmacovigilance des vaccins antigrippaux A/H1N1 [13], publié en mai 2010 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, a relevé 4428 notifications d'effets indésirables imputables aux vaccins contre la grippe A (soit 77 effets indésirables pour 100 000 doses de vaccin) dont 265 mentionnaient des effets secondaires graves, soit un taux d'incidence d'effets indésirables graves imputables aux vaccins contre la grippe A d'environ 4,6 effets indésirables graves pour 100 000 doses de vaccin.

En moyenne, la grippe saisonnière touche 2,5 millions de personnes par an en France et est responsable de plus de 2000 décès annuels, notamment chez les personnes de plus de 65 ans (90% des décès imputables à la grippe saisonnière) [38]. Le taux d'incidence de décès liés à la grippe saisonnière est donc d'environ 80 décès pour 100 000 personnes ayant contracté la grippe saisonnière. Ce taux est bien supérieur au taux d'incidence d'effet indésirable grave lié au vaccin contre la grippe saisonnière (incluant les décès mais pas uniquement).

Selon les estimations de l'Institut de Veille Sanitaire [39], entre 7,7 et 14,7 millions de personnes auraient été infectées par la grippe A au cours de l'hiver 2009-2010. Il a été signalé 1334 cas graves (taux d'incidence situé entre 9,1 et 17,3 cas graves pour 100 000 personnes infectées), et 352 décès (soit un taux d'incidence situé entre 2,4 et 4,5 décès pour 100 000 personnes infectées). Là encore, le taux d'incidence d'effets secondaires graves imputables aux vaccins contre la grippe A reste bien inférieur au taux d'incidence de complications graves liées à la grippe A.

Nous nous sommes donc basés sur ces chiffres pour élaborer nos questions : ainsi nous avons demandé aux patients s'ils préféreraient prendre un risque modéré lié au vaccin (d'après les chiffres officiels) ou un risque élevé (ou en tout cas plus élevé que le précédent en terme d'incidence) lié à la maladie, la grippe.

Les personnes favorables au vaccin ont été majoritaires à accepter de prendre un « petit » risque immédiat lié aux vaccins, alors que la majorité des personnes ayant une opinion défavorable aux vaccins préfère courir un risque plus élevé lié à la maladie.

La question suivante place les répondants face à un choix : décider de prendre un petit risque immédiat (le vaccin) ou décider de s'exposer hypothétiquement à un risque plus élevé (la maladie).

Là encore, les personnes favorables aux vaccins choisissent davantage la première option, alors que les personnes défavorables aux vaccins choisissent la seconde.

Cette attitude s'apparente à ce que nous pourrions appeler « le phénomène d'entrée en loterie » : c'est au moment où l'on décide de jouer, que commencent les risques. Si on ne joue pas, on ne gagne pas, mais on ne perd pas non plus. Quoique dans le cas de la maladie et des vaccins, cela soit légèrement à nuancer...

Il semblerait que les patients qui préfèrent ne pas se faire vacciner misent sur le fait que l'évènement néfaste (l'infection) peut aussi ne pas se produire : la maladie peut ne pas les toucher. Or ce risque n'est pas forcément moindre que celui qu'il se produise un effet indésirable à la vaccination. Ces personnes misent sur un comportement d'évitement pour tenter d'échapper au risque, mais en réalité, elles ne font que changer de risque, elles ne l'éliminent pas.

Pour expliquer les différents mécanismes entrant en jeu pour expliquer cette attitude, on peut ébaucher un raisonnement qui mettrait en série 2 risques successifs : d'abord celui que la personne soit atteinte de la grippe, puis celui que la maladie revête une forme grave.

Les personnes qui font le choix de la vaccination font directement face au « dernier » risque : celui que le vaccin ait des effets secondaires graves. De ce point de vue là, le risque peut sembler plus élevé en termes de fréquence de survenue. D'autant plus que, si un effet secondaire néfaste du vaccin survient, la notion de choix viendra peser sur la conscience de la personne : elle a choisi de s'exposer au risque, et elle a perdu. Si par contre, la personne attrape la maladie, elle ne l'a pas choisi, c'est le destin. Cela ne la renvoie pas à sa propre responsabilité, et donc pas à sa culpabilité [40].

Claudine BURTON-JEANGROS reprend les mots d'ERIKSON : « Les dangers naturels, longtemps attribués à la volonté divine ou aux caprices de la nature, semblaient échapper à la maîtrise humaine et donc suscitaient l'acceptation, voire la résignation des victimes potentielles. Par contraste, les risques technologiques sont perçus comme évitables et génèrent l'indignation lorsqu'ils se transforment en catastrophe » [41], [5].

Conclusion

Au final, la grippe quelle qu'elle soit, inquiète peu et la couverture vaccinale pour la grippe A a été très peu importante sur le plan national malgré de gros efforts en termes de campagne vaccinale. Lorsqu'ils se font vacciner les individus le font principalement dans le but de se protéger eux-mêmes de la maladie et non dans le but altruiste d'enrayer une épidémie de grippe.

Les représentations sociales permettent d'accéder à la façon de penser d'une société à propos d'un domaine à partir des individus composant cette même société, de leur façon personnelle de penser et de leurs connaissances. Le vécu, les expériences passées de chaque individu forgent ses représentations sociales en toute chose.

Dans notre étude, les représentations qu'ont les patients des vaccins antigrippaux oscillent entre deux extrêmes : le très positif et le très négatif. Même si l'ensemble des vaccins antigrippaux bénéficient d'une opinion globalement favorable de la part de la population, le vaccin contre la grippe saisonnière reste pour le moment bien mieux perçu que celui contre la grippe A.

Concernant l'acceptabilité des vaccins antigrippaux, les résultats obtenus dans notre étude sont instructifs et riches d'enseignement. Ils sont concordants avec ceux d'autres études et mettent en évidence que les principaux déterminants dans l'acceptation d'un vaccin antigrippal sont :

- la recommandation par le médecin traitant,
- le degré de confiance dans les informations véhiculées par les annonces officielles,
- la crainte des effets secondaires des vaccins,
- la perception individuelle du risque lié à la maladie, et l'inquiétude générée par ce risque
- la conscience de sa propre vulnérabilité,
- une expérience antérieure de vaccination contre la grippe saisonnière (en ce qui concerne la vaccination contre la grippe A).

Les médias jouent un rôle très important dans le relais des informations entre les autorités sanitaires et la population.

La maximisation du risque et la quantité impressionnante quotidienne d'informations parfois contradictoires sur la grippe A et les vaccins ont conduit la population à s'interroger sur la crédibilité et la fiabilité de ces informations. L'échec du programme de vaccination pandémique ne se limite pas à son coût. Il est aussi la cause d'un discrédit durable des actions de santé publique dans l'esprit de la population. Cet échec soulève la question de la dissonance entre une campagne de vaccination de masse, et la protection individuelle, qui au vu des chiffres officiels, n'aurait été nécessaire que pour les personnes à risque de grippe sévère.

La relation entre les individus et la politique de santé préventive est complexe.

« Les individus ont une propension à se vacciner en relation plus ou moins étroite avec le risque tel qu'ils le perçoivent de contracter la maladie » [30]. Or ils sont majoritaires à estimer faible leur propre risque de contracter la maladie.

La population a exprimé de nombreuses craintes concernant les nouveaux vaccins contre la grippe pandémique, et même sur les vaccins contre la grippe saisonnière. Les effets secondaires les plus graves des vaccins antigrippaux ont circulé sous forme de rumeurs, de « on-dit », relayés parfois par la presse populaire et la télévision.

Ce qu'il est important de ne pas oublier, dans le cas de la vaccination, c'est que les pouvoirs publics ne font que des propositions. Le décideur final, c'est le public. L'inquiétude, quant à elle, ne se décrète pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAZIN, H., *Ce bon docteur Jenner : grâce à la première vaccination, 14 mai 1796, il délivra le monde du fléau de la variole, 9 décembre 1799*. 1997, Paris: J. Lyon. 182 p.
2. LAPLANTINE, F., *Anthropologie de la maladie. Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. 1986, Paris: Payot. 411.
3. MOULIN, A.M., *L'Aventure de la vaccination. Penser la médecine*. 1996, [Paris]: Fayard. 498 p.
4. PERETTI-WATEL, P., MOATTI, J. P., *Le principe de prévention : le culte de la santé et ses dérivés*. La République des idées. 2009, [Paris]: Seuil. 103 p.
5. BURTON-JEANGROS, C., *Cultures familiales du risque*. 2004: Anthropos.
6. DURKHEIM, E., *Représentations individuelles et représentations collectives*. Revue de Métaphysique et de Morale, 1898. 6.
7. JODELET, D., *Systèmes de représentations sociales du corps et groupes sociaux, rapport de fin de recherche*. Cordes, 1980.
8. ADAM, P., HERZLICH, C., de SINGLY, F., *Sociologie de la maladie et de la médecine*. 2005, [Paris]: A. Colin. 127 p.
9. KAPFERER, J.-N., *Rumeurs le plus vieux média du monde*. 1987, Paris: Seuil. 317 S.
10. SHIBUTANI, T., *Improvised news; a sociological study of rumor*. 1966, Indianapolis: Bobbs-Merrill. x, 262 p.
11. MORIN, E., *La rumeur d'Orléans*. L'Histoire immédiate. 1970, Paris: Editions du Seuil.
12. SECA, J.-M., *Les représentations sociales*. 2001: Armand Colin.
13. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, *Bilan actualisé de pharmacovigilance des vaccins antigrippaux A/H1N1*. mai 2010.
14. Groupe d'Expertise et d'Information sur la Grippe. *Vaccination - Couverture vaccinale*. [cited 25 mai 2010]; Available from: http://www.grippe-geig.com/fr/vaccination/couverture_vaccin.php.
15. BLANK, P.R., SCHWENKLENKS, M., SZUCS, T. D., *Influenza vaccination coverage rates in five European countries during season 2006/07 and trends over six consecutive seasons*. BMC Public Health, 2008. 8: p. 272.

16. SCHWARZINGER, M., FLICOTEAUX, R., CORTARENODA, S., et al., *Low acceptability of A/H1N1 pandemic vaccination in French adult population: did public health policy fuel public dissonance?* PLoS One. 5(4): p. e10199.
17. SEALE, H., HEYWOOD, A. E., McLAWS, M. L., et al., *Why do I need it? I am not at risk! Public perceptions towards the pandemic (H1N1) 2009 vaccine.* BMC Infect Dis. 10: p. 99.
18. PFEIL, A., MUTSCH, M., HATZ, C., et al., *A cross-sectional survey to evaluate knowledge, attitudes and practices (KAP) regarding seasonal influenza vaccination among European travellers to resource-limited destinations.* BMC Public Health, 2010. 10: p. 402.
19. SETBON, M., RAUDE, J., *Factors in vaccination intention against the pandemic influenza A/H1N1.* Eur J Public Health.
20. MALTEZOU, H.C., DEDOUKOU, X., PATRINOS, S., et al., *Determinants of intention to get vaccinated against novel (pandemic) influenza A H1N1 among health-care workers in a nationwide survey.* J Infect. 61(3): p. 252-258.
21. LAU, J.T., YEUNG, N. C., CHOI, K. C., et al., *Factors in association with acceptability of A/H1N1 vaccination during the influenza A/H1N1 pandemic phase in the Hong Kong general population.* Vaccine. 28(29): p. 4632-7.
22. SCOTT, S., *Private risks and public dangers.* 1992, Aldershot: Avebury. xix, 205p.
23. PETERSEN, A.R.P.D., LUPTON, D., *The new public health : health and self in the age of risk.* 1996, London: Sage. xvi,208p.
24. DAVINSON, C., DAVEY SMITH, G., FRANKEL, S., *Lay Epidemiology and the Prevention Paradox : The Implications of Coronary Candidacy for Health Education.* Sociology of Health and Illness, 1991. 13(1): p. 1-19.
25. RUBIN, G.J., AMLOT, R., PAGE, L. and S. WESSELY, *Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey.* Bmj, 2009. 339: p. b2651.
26. Institut de Veille Sanitaire, *Epidémie de grippe A(H1N1) 2009 : premiers éléments de bilan en France, in Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire.* 29 juin 2010.
27. SANDMAN, P.M., *Pandemics: good hygiene is not enough.* Nature, 2009. 459(7245): p. 322-3.
28. SYPSA, V., LIVANIOS, T., PSICHOGIOU, M., et al., *Public perceptions in relation to intention to receive pandemic influenza vaccination in a random population sample: evidence from a cross-sectional telephone survey.* Euro Surveill, 2009. 14(49).
29. RAUDE, J., DEGUEN, S., SETBON, M., *Lay perceptions of the pandemic influenza threat.* Eur J Epidemiol, 2009. 24(7): p. 339-42.
30. Commission d'enquête du Sénat, *Les firmes pharmaceutiques et la gestion de la grippe A (H1N1).* 19 mai 2010: Paris.

31. VOETEN, H.A., de ZWART, O., VELDHUIZEN, I. K., et al., *Sources of information and health beliefs related to SARS and avian influenza among Chinese communities in the United Kingdom and The Netherlands, compared to the general population in these countries.* Int J Behav Med, 2009. **16**(1): p. 49-57.
32. BREWER, N.T., CHAPMAN, G. B., GIBBONS, F. X., et al., *Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: the example of vaccination.* Health Psychol., 2007. **26**: p. 136-145.
33. LAU, J.T., YEUNG, N. C., CHOI, K. C., et al., *Acceptability of A/H1N1 vaccination during pandemic phase of influenza A/H1N1 in Hong Kong: population based cross sectional survey.* Bmj, 2009. **339**: p. b4164.
34. BULTS, M., BEAUJEAN, D. J., de ZWART, O., et al., *[Mexican flu: risk perception in the general public, precautionary measures and trust in information provided by the government].* Ned Tijdschr Geneesk. **154**: p. A1686.
35. DANEAULT, S., LUSSIER, V., MONGEAU, S., *Souffrance et médecine.* Collection Santé et société. 2006, Québec: Presses de l'Université du Québec. xv, 158 p.
36. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, *Grippe saisonnière : Prévention des épidémies et du risque nosocomial.* 2003.
37. WESTEN, D., *Psychologie : pensée, cerveau et culture.* Ouvertures psychologiques. 2000, Paris: De Boeck. xxi, 1250 p.
38. Institut de Veille Sanitaire, *Surveillance de la grippe saisonnière en France en 2006*, in *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.* 9 octobre 2007.
39. Institut de Veille Sanitaire (20 avril 2010) *Bulletin épidémiologique grippe : point de situation au 20 avril 2010.* Volume,
40. FLICK, U., *La Perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales.* Santé, sociétés et cultures. 1992, Paris: L'Harmattan. 399 p.
41. ERIKSON, K., *Toxic Reckoning : Business Faces a New Kind of Fear.* Harvard Business Review, 1990. **90**(1): p. 118-126.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE sur la VACCINATION ANTI-GRIPPALE

Ce questionnaire anonyme a été réalisé pour servir de référence dans une thèse de Médecine Générale concernant le vaccin antigrippal injectable et sa perception par les patients.

Merci de prendre quelques instants pour répondre à ces questions en entourant (quand c'est nécessaire) les réponses qui correspondent le mieux à votre avis. Puis, merci de placer ce questionnaire dans l'urne prévue à cet effet.

Ce questionnaire est organisé en 3 parties. Les questions posées dans les 2 premières parties pourront vous sembler identiques mais comme elles portent sur une vaccin différent (grippe saisonnière, puis grippe H1N1v), vos réponses pourront être différentes d'une partie à l'autre. Merci de bien répondre à toutes les questions.

1) Age :

2) Sexe : **HOMME** **FEMME** (ENCEINTE ?)

3) Commune de résidence :

4) Profession ou niveau d'études :

5) Quelles sont vos sources principales d'informations concernant le vaccin anti grippal ?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------|----------------------|
| - Votre médecin | - Le journal | - Internet |
| - Votre pharmacien | - La télévision | - Les voisins |
| - autre professionnel de santé | - Vos proches | - Autres, précisez : |

I-LA GRIPPE SAISONNIERE :

6) Etiez-vous vacciné contre la grippe saisonnière les années précédentes ? **OUI** **NON**

7) Votre médecin vous conseille t'il habituellement de vous faire vacciner contre la grippe saisonnière ?

OUI **NON**

8) Etes vous vacciné contre la grippe saisonnière cette année ? : **OUI** **NON**

8a) Si OUI, pour quelle(s) raison(s) vous faites-vous vacciner ? **A - Pour vous protéger vous-même**

B – Pour protéger votre entourage

C – Pour enrayer l'épidémie

8b) Si NON, quelles sont vos raisons de ne pas vous faire vacciner ? (plusieurs réponses possibles) :

9) Pensez vous que le vaccin contre la grippe saisonnière est efficace ?

A – Pas du tout efficace **B – Très peu efficace** **C – Assez efficace** **D – Très efficace**

10) Pensez vous que le vaccin contre la grippe saisonnière soit dangereux ?

A – Pas du tout dangereux **B – Très peu dangereux** **C – Assez dangereux** **D – Très dangereux**

11) Pour vous, se faire vacciner contre la grippe saisonnière, c'est :

A - Plutôt prendre un risque

B - Plutôt éviter un risque

12) Si vous deviez représenter le vaccin contre la grippe saisonnière, par quel animal, personnage célèbre ou objet le feriez-vous ? ***(au moins une réponse, merci)***

II – LA GRIPPE H1N1v

13) Avez-vous discuté avec votre médecin de la vaccination contre la grippe H1N1v ? **OUI** **NON**

14) Si OUI à la réponse 13 : votre médecin est il plutôt pour ou contre la vaccination contre la grippe H1N1v ?

POUR

CONTRE

15) Etes vous vacciné contre la grippe H1N1v cette année ? OUI NON

15a) Si OUI, pour quelle(s) raison(s) vous faites-vous vacciner? A - Pour vous protéger vous-même

B – Pour protéger votre entourage

C – Pour enrayer l'épidémie

15b) Si NON, quelles sont vos raisons de ne pas vous faire vacciner ? (plusieurs réponses possibles)

16) Pensez vous que le vaccin contre la grippe H1N1v est efficace ?

A – Pas du tout efficace B – Très peu efficace C – Assez efficace D – Très efficace

17) Pensez vous que le vaccin contre la grippe H1N1v soit dangereux ?

A – Pas du tout dangereux B – Très peu dangereux C – Assez dangereux D – Très dangereux

18) Pour vous, se faire vacciner contre la grippe H1N1v, c'est :

A - Plutôt **prendre** un risque

B - Plutôt **éviter** un risque

19) Si vous deviez représenter le vaccin contre la grippe H1N1v, par quel animal, personnage célèbre ou objet le feriez-vous ? (au moins une réponse, merci)

20) Si vous avez des enfants âgés de 6 mois à 18 ans :

- Sont-ils vaccinés contre la grippe H1N1 v?

A - TOUS

B – AUCUNS

C - CERTAINS seulement

- Pourquoi ? :

III – GENERALITES QUEL QUE SOIT LE VACCIN :

21) Avez-vous entendu parler de quelqu'un ayant fait une réaction au vaccin (allant de la simple douleur jusqu'à une situation grave), sans connaître cette personne vous-même ? **OUI** **NON**

- Si oui, était-elle... : **A – Grave** **B – Importante** **C – Légère** **D – Bénigne**

- Décrivez cette réaction :

22) Connaissez-vous personnellement une personne ayant fait une réaction (allant de la simple douleur jusqu'à une situation grave) au vaccin contre la grippe ? **OUI** **NON**

- Si oui, était-elle... : **A – Grave** **B – Importante** **C – Légère** **D – Bénigne**

- Décrivez cette réaction :

23) Avez-vous déjà fait une réaction (allant de la simple douleur jusqu'à une situation grave) à un vaccin anti grippal ?

OUI **NON**

- **Si oui** : 23a) - Quel(s) étai(en)t le(s) symptôme(s) de cette réaction ? :

23b) - Combien de temps après l'injection, ces symptômes sont ils apparus ? :

A - moins de 3h après **B - 24-48h après** **C - 1 semaine après**

D - 1 à 5 mois après **E - 6 mois après et plus**

24) Vous diriez plutôt que le vaccin :

A - Apporte une défense supplémentaire à votre organisme.

B - Améliore les défenses préexistantes de votre organisme.

25) Pensez vous qu'une vaccination est un bon moyen d'enrayer une épidémie ?

A - OUI

B - NON

26) Pour vous, la vaccination est :

A - un acte qui pourrait rendre **davantage malade** que la maladie elle-même ?

B - un acte qui **diminuera l'importance** de la maladie ?

27) Selon vous, est il tolérable qu'un vaccin... :

27a) -... puisse avoir des effets indésirables sans gravité ? : **OUI** **NON**

27b) -.... puisse entraîner de graves problèmes de santé ? : **OUI** **NON**

28) Pour vous, la vaccination est un acte qui :

A - **renforce** l'organisme ?

B - **affaiblit** l'organisme ?

29) Vous préférez : (1 seule réponse, merci)

A - Courir un risque lié à la grippe (même potentiellement grave)

B - Courir un risque lié au vaccin (même modéré)

30) Vous préférez : (1 seule réponse, merci)

A – Courir un risque grave **plus tard ou jamais** (lié à la grippe)

B – Un risque modéré **tout de suite** (lié au vaccin)

Veillez remettre ce questionnaire dans l'urne

Merci pour votre précieuse participation

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Résumé en anglais

The influenza vaccines and the inhabitants of Haute-Vienne : Behaviours, representations and rumours

Each year, quite a lot of our patients turn away vaccination against the seasonal flu. The winter season 2009/2010 saw emerging a new threat with the appearance of influenza A. So this season was one important time in the relationship maintained by the patients with influenza vaccines.

We asked the inhabitants of Haute-Vienne to answer a questionnaire. We wished to know which had been their vaccine behaviour, which was their opinion about these vaccines, which representations they had for these, which rumours circulated on these vaccines and how patients manage the risk as regards prevention.

It arises that the population is not very anxious and does not collect the influenza like a threat. The individuals have overall a favourable opinion on the anti-flu vaccines. Nevertheless, we noticed that 23.2% of the representations concerning the vaccine against the seasonal flu and 56% concerning the one against influenza A are negative. To have a favorable opinion on these vaccines is not sufficient to be vaccinated, but the fact of having an unfavorable opinion is enough to refuse vaccination. The main determinants in the acceptability of vaccination were the opinion of the general practitioner, the individual perception of the risk to be infected and the fear of the side effects of the vaccines. This last concept represents a significant proportion of the refusal to be vaccinated, and the rumour increase the importance of certain undesirable events attributed to vaccination.

Each individual had to take into lived account a set of informations, sometimes contradictory, his personal live and his performance in the management of the risk he finally decided to run : to expose himself to the side effects of the vaccines, or to the disease.

KEY WORDS : Vaccine, influenza, representation, rumour, determinant, risk

BON A IMPRIMER N° 3136

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Les vaccins antigrippaux et les habitants de la Haute-Vienne : Comportements, représentations et rumeurs

Chaque année, un nombre non négligeable de nos patients refuse la vaccination contre la grippe saisonnière. La saison hivernale 2009-2010 a vu surgir une nouvelle menace avec l'apparition de la grippe A. De ce fait, cette saison a été un moment marquant dans la relation qu'entretiennent les patients avec les vaccins antigrippaux.

Nous avons demandé aux habitants de la Haute-Vienne de répondre à un questionnaire. Nous souhaitions savoir quel avait été leur comportement vaccinal, quelle était leur opinion sur ces vaccins, quelles représentations ils en avaient, quelles rumeurs circulaient à leur propos et comment les patients géraient le risque en matière de prévention.

Il ressort que la population est peu inquiète et ne perçoit pas la grippe comme une menace. Les individus ont globalement une opinion favorable sur les vaccins antigrippaux. Néanmoins, nous avons constaté que 23,2% des représentations concernant le vaccin contre la grippe saisonnière et 56% concernant celui contre la grippe A sont négatives. Avoir un avis favorable sur ces vaccins n'est pas suffisant pour se faire vacciner, mais le fait d'avoir une opinion défavorable suffit à refuser la vaccination. Les principaux déterminants dans l'acceptation de la vaccination ont été l'avis du médecin traitant, la perception individuelle du risque d'être infecté, et la crainte des effets secondaires des vaccins. Cette dernière notion représente une part importante des refus de se faire vacciner, et la rumeur a amplifié l'importance de certains événements indésirables imputés à la vaccination.

Chaque individu a dû prendre en compte tout un ensemble d'informations, parfois contradictoires, son vécu personnel et ses représentations dans la gestion du risque qu'il a finalement décidé de prendre : s'exposer aux effets secondaires des vaccins, ou s'exposer à la maladie.

DISCIPLINE-SPECIALITE DOCTORALE : MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES : Vaccin, grippe, représentation, rumeur, déterminant, risque

FACULTE DE MEDECINE DE LIMOGES

2, rue du Docteur Marcland

87025 LIMOGES CEDEX