

UNIVERSITE PARIS DESCARTES/UNIVERSITE DE PARIS

Année 2021

MEMOIRE POUR LE DIU FORMATION A LA FONCTION DE MEDECIN
COORDONNATEUR D'EHPAD ET D'INFIRMIER(ERE) REFERENT(E)
ET COORDONNATEUR(TRICE) EN EHPAD ET EN SSIAD

**DÉTERMINANTS PRINCIPAUX À
L'ACCEPTATION OU AU REFUS DE LA
VACCINATION ANTI-SARS-CoV-2 CHEZ LES
PERSONNELS DES EHPAD**

Présenté par :

Dr Karine BECOURT

Mme Typhaine CHAPLAIS

Dr Rémi COURBIL

Dr Philippe MERLIN

Dr Ida YOSSA

Directeur de mémoire : Dr Matthieu PICCOLI

SOMMAIRE

RESUME.....	3
ABSTRACT.....	4
I. INTRODUCTION	5
II. MATERIEL ET METHODE	7
II.1. HYPOTHESE ET QUESTION	7
II.2. OBJECTIF PRINCIPAL	7
II.3. OBJECTIFS SECONDAIRES.....	8
II.4. ENQUETE	8
II.5. CRITERES D'INCLUSION / D'EXCLUSION	9
II.6. QUESTIONNAIRE	9
II.7. ANALYSE STATISTIQUE	10
III. RESULTATS.....	11
III.1. NOTRE ECHANTILLON	11
III.2. RESULTATS	11
IV. DISCUSSION.....	24
IV.1. LES RESULTATS ATTENDUS	24
IV.2. LES RESULTATS MOINS ATTENDUS	26
IV.3. FORCES DE NOTRE ETUDE.....	35
IV.4. FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE	36
IV.5. PERSPECTIVES.....	37
V. CONCLUSION.....	40
VI. BIBLIOGRAPHIE	41
VII. ANNEXE	43

RESUME

Notre étude porte sur les déterminants et les freins à la vaccination contre le SARS-CoV-2 chez les professionnels des EHPAD.

Elle se base sur une enquête transversale réalisée à l'aide d'un questionnaire, entre le 10 mai et le 4 juin 2021.

Sur les 1046 questionnaires envoyés, nous avons reçu 130 réponses exploitables (12,5%).

Les trois principaux déterminants à l'acceptation de la vaccination que nous retrouvons sont :

- Protéger les personnes fragiles (83,8% des répondants) ;
- Protection individuelle (76,9%) ;
- Espoir d'un retour à la vie normale (76,2%).

Les trois principaux freins à l'acceptation de la vaccination que nous mettons en évidence sont :

- Sentiment d'insécurité du vaccin développé en urgence (89,2%) ;
- Peur des effets indésirables (86,9%) ;
- Défiance envers les scientifiques (57,7%).

Les résultats de notre étude retrouvent un taux de vaccination global du personnel (soignants et non-soignants) de 65%, à cette période. On retrouve enfin une forte mobilisation des métiers de la coordination dans la campagne de vaccination (> 90 %), témoignant de leur engagement dans la lutte contre les épidémies en EHPAD.

ABSTRACT

Our study focuses on the determinants and barriers to SARS-CoV-2 vaccination among professionals in residential facilities for the elderly (in French: EHPAD).

It is based on a cross-sectional survey carried out by means of a questionnaire, between May 10 and June 4, 2021.

Of the 1046 questionnaires sent, we received 130 usable responses (12.5%).

The three main determinants of acceptance of vaccination that we found are:

- Protecting the fragile (83.8% of respondents);
- Individual protection (76.9%);
- Hope for a return to “normal life” (76.2%).

The three main obstacles to acceptance of vaccination that we identified are:

- Feeling of insecurity with regard to a the vaccine developed in a situation of emergency (89.2%);
- Fear of adverse effects (86.9%);
- Distrust of scientists (57.7%).

The results of our study show an overall staff vaccination rate (health care professionals and non-healthcare personnel) of 65% at this time. At last, we found that coordination staff was strongly mobilized in the vaccination campaign (in more than 90% of answers), showing their commitment to epidemics prevention in long term facilities.

I. INTRODUCTION

La Covid-19 n'est pas qu'une pandémie virale exceptionnelle par sa durée, tant elle semble se comporter comme une maladie syndémique (1).

En France, plus de 477 000 hospitalisations et plus de 111 000 décès liés à la Covid-19 ont été recensés entre le 1^{er} mars 2020 et fin juin 2021 (2).

Pour faire face à la propagation du SARS-CoV-2, une vaste campagne de vaccination a débuté le 27 décembre 2020 auprès de la population française, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), actualisées en juin 2021 (3). La stratégie nationale de vaccination a reposé sur un principe de priorisation des populations-cibles en fonction de différents critères : la présence de facteurs de risque de formes graves, la vie en collectivité, ainsi que les professions à risque d'exposition ou de transmission.

Parmi les facteurs de risque de forme grave de la Covid-19, le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a identifié, comme présentant un surrisque significatif très élevé, notamment l'âge supérieur ou égal à 70 ans et les syndromes démentiels (4).

Les principaux objectifs de la vaccination sont de faire baisser la mortalité et les formes graves de la maladie, de protéger les populations les plus vulnérables ainsi que les soignants et de garantir la continuité de notre système de soins (5).

En effet, ce qui n'était qu'une hypothèse au moment de démarrer ce travail en février 2021, est désormais établi qu'une personne complètement vaccinée présente jusqu'à dix fois moins de risques d'être infectée (6) avec par ailleurs une charge virale diminuée de 2,8 à 4,5 chez les personnes vaccinées par rapport aux non-vaccinées (7), ce qui réduit significativement le risque de transmission.

C'est pourquoi les personnes âgées vivant dans les structures d'hébergement comme les EHPAD et les professionnels qui y travaillent ont-ils été jugés prioritaires.

Au sein des EHPAD, la vaccination contre le SARS-CoV-2 des résidents a été un véritable succès avec plus de 88% de couverture vaccinale complète (8). A contrario, les personnels exerçant dans ces mêmes EHPAD, avec un taux estimé à 59%, ne semblaient pas enclins à bénéficier de cette vaccination alors que la population des soignants est à l'origine de 34% des cas groupés d'infections nosocomiales à SARS-CoV-2 (9).

De ce fait, considérant que l'hésitation vaccinale est éthiquement inacceptable chez les soignants, l'Académie nationale de médecine s'est très rapidement prononcée en faveur de la vaccination contre la Covid-19 obligatoire pour tous les professionnels de santé (10), de même que les représentants de la communauté gériatrique (CNP gériatrique) (11).

Aussi notre objectif est d'étudier les déterminants et les freins à la vaccination contre le SARS-CoV-2 chez les professionnels des EHPAD, tels qu'exprimés auprès des responsables de la vaccination dans ces EHPAD.

II. MATERIEL ET METHODE

Notre étude épidémiologique est descriptive, qualitative et semi-quantitative.

Elle est basée sur une enquête transversale, à l'aide d'un questionnaire, dont le but est de faire émerger les déterminants principaux à l'acceptation ou au refus de la vaccination contre le SARS-CoV-2 exprimés par des personnels travaillant en EHPAD auprès des responsables de vaccination locaux.

II.1. Hypothèse et question

Notre hypothèse est que les métiers de la coordination (Médecin Coordonnateur ou IDE de Coordination), dont la mission dans le contrôle des épidémies est majeure, ont été à ce titre, fortement impliqués dans la campagne de vaccination. Ce faisant, ils ont été confrontés à divers arguments témoignant de motivation à la vaccination contre le SARS-CoV-2 comme de freins potentiels à la réaliser, sachant que les EHPAD étaient les premiers lieux à proposer cette vaccination en France. Ainsi l'exploration de ces facteurs favorisants et freins potentiels permettrait d'identifier des facteurs à même de renforcer encore l'adhésion des professionnels à la vaccination.

On peut aussi proposer l'hypothèse que la protection des autres, en particulier les plus vulnérables, est une motivation à la vaccination rencontrée et que l'impact des métiers de coordination sur la vaccination a été sensible.

II.2. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est donc de mettre en évidence les principaux facteurs favorisant l'acceptation et les freins à la vaccination contre le SARS-CoV-2

chez les professionnels des EHPAD exprimés auprès des responsables de la vaccination de l'établissement.

II.3. Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires sont de savoir :

- d'une part, si la présence d'une infirmière coordonnatrice (IDEC) ou d'un médecin coordonnateur (MEDCO) est un élément déterminant pour favoriser l'acceptation de la vaccination par les professionnels (déterminant managérial) ;
- d'autre part, si l'intérêt collectif par rapport à l'intérêt individuel est un élément déterminant pour favoriser l'acceptation de la vaccination par les professionnels (déterminant éthique).

II.4. Enquête

- **Terrain d'étude**

Il a été décidé a priori de proposer l'enquête à 1 046 EHPAD, choisis au hasard, dans 30 départements différents situés dans les régions ou à proximité des lieux de travail et/ou d'habitation des membres de notre groupe.

Ces départements sont les suivants : Alpes-Maritimes (06) / Aveyron (12) / Bouches-du-Rhône (13) / Cantal (15) / Corrèze (19) / Côte-d'Or (21) / Côtes d'Armor (22) / Eure-et-Loir (28) / Finistère (29) / Gers (32) / Ille-et-Vilaine (35) / Haute-Loire (43) / Loire-Atlantique (44) / Lozère (48) / Manche (50) / Morbihan (56) / Moselle (57) / Nord (59) / Oise (60) / Pas-de-Calais (62) / Puy-de-Dôme (63) / Savoie (73) / Haute-Savoie (74) / Seine-et-Marne (77) / Tarn-et-Garonne (82) / Var (83) / Essonne (91) / Hauts-de-Seine (92) / Val d'Oise (95) / La Réunion (974).

- **Mode de diffusion et durée de l'enquête**

Pour contacter les établissements sélectionnés, nous avons utilisé les courriels qui étaient répertoriés dans les sites internet des Conseils Départementaux concernés. La période de recueil des informations était définie a priori entre **le 10 mai et le 4 juin 2021** (quatre semaines).

Deux relances étaient prévues, la première dix jours après le premier envoi, la seconde une semaine avant la date fixée de clôture, la date limite de prise en compte des retours ayant été fixée a priori au 4 juin 2021.

II.5. Critères d'inclusion / d'exclusion

Les critères d'inclusion sont : tous les EHPAD en activité, destinataires du questionnaire et tous les personnels exerçant au sein de ces EHPAD au moment de l'enquête.

Les questionnaires dont la réponse aux questions relatives à l'objectif principal étaient inclus dans l'analyse pour l'objectif principal. Les questionnaires comprenant des données manquantes ou aberrantes pour les variables quantitatives n'étaient pas inclus dans l'analyse quantitative des objectifs secondaires.

II.6. Questionnaire

Notre enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme destiné au responsable de la campagne de vaccination dans chacun des EHPAD (cf. annexe).

Ce questionnaire comporte 21 questions réparties en cinq rubriques qui sont les suivantes :

- identification de la personne responsable de la campagne de vaccination dans l'EHPAD ;
- déroulement de la campagne de vaccination des personnels ;
- déterminants et freins à la vaccination des personnels ;
- circulation du virus dans l'EHPAD ;
- informations générales sur l'EHPAD.

Les items des questions 4 et 5 (déterminants et freins à la vaccination des personnels) ont été élaborés et sélectionnés par les membres de notre groupe à partir des retours d'informations du terrain obtenus dans le cadre de nos fonctions. Ils ont été par la suite soumis et validés auprès d'un panel de collaborateurs.

La réponse à certaines questions lors de l'élaboration du questionnaire est rendue obligatoire pour nous permettre de répondre à nos objectifs (principal et secondaires). Notre questionnaire prévoyait de solliciter des réponses sur la base des données fournies par les établissements aux Agences Régionales de Santé (ARS), aussi, la facilité d'accès à ces données a priori par le répondant, permettent d'estimer le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des questions à environ dix minutes.

II.7. Analyse statistique

Le tableau de recueil de données a été réalisé avec le logiciel Excel.

Une analyse univariée a été effectuée par le Dr Clémence Bouilly à l'aide du logiciel R, utilisant les tests de corrélation de Pearson. Un seuil de significativité de 0,05 était retenu pour l'analyse univariée.

III. RESULTATS

III.1. Notre échantillon

Sur les 1046 questionnaires envoyés, après deux relances, nous avons reçu 130 réponses exploitables (12,5%).

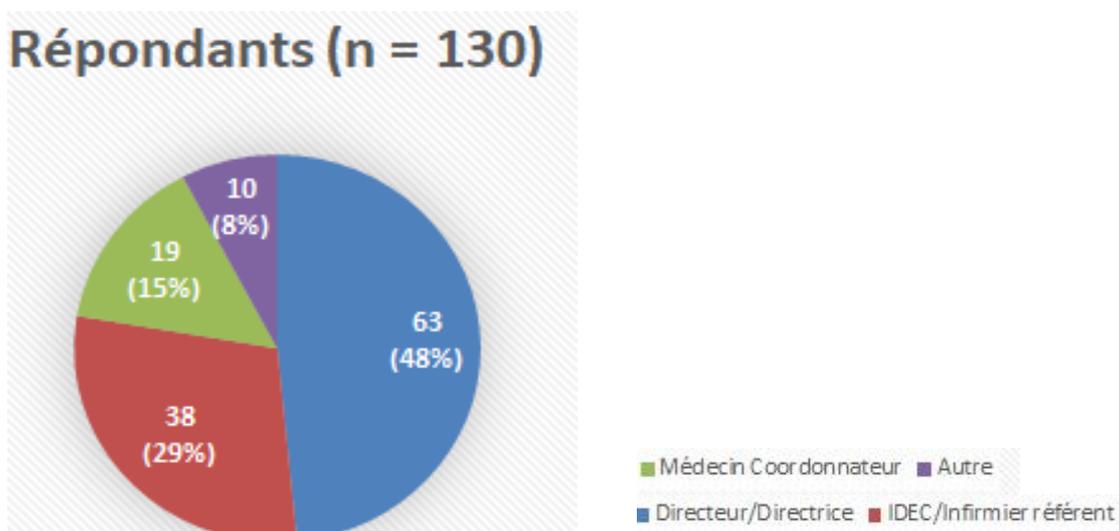
III.2. Résultats

Description de notre population

La population des répondants est détaillée dans le tableau 1 et la figure 1. La description des établissements est présentée dans le tableau 2 : la capacité d'accueil moyenne des établissements était de 83,7 places (DS 48,3) avec une médiane à 76,5 places. Le statut des établissements ayant répondu est majoritairement public et associatif (figure 2).

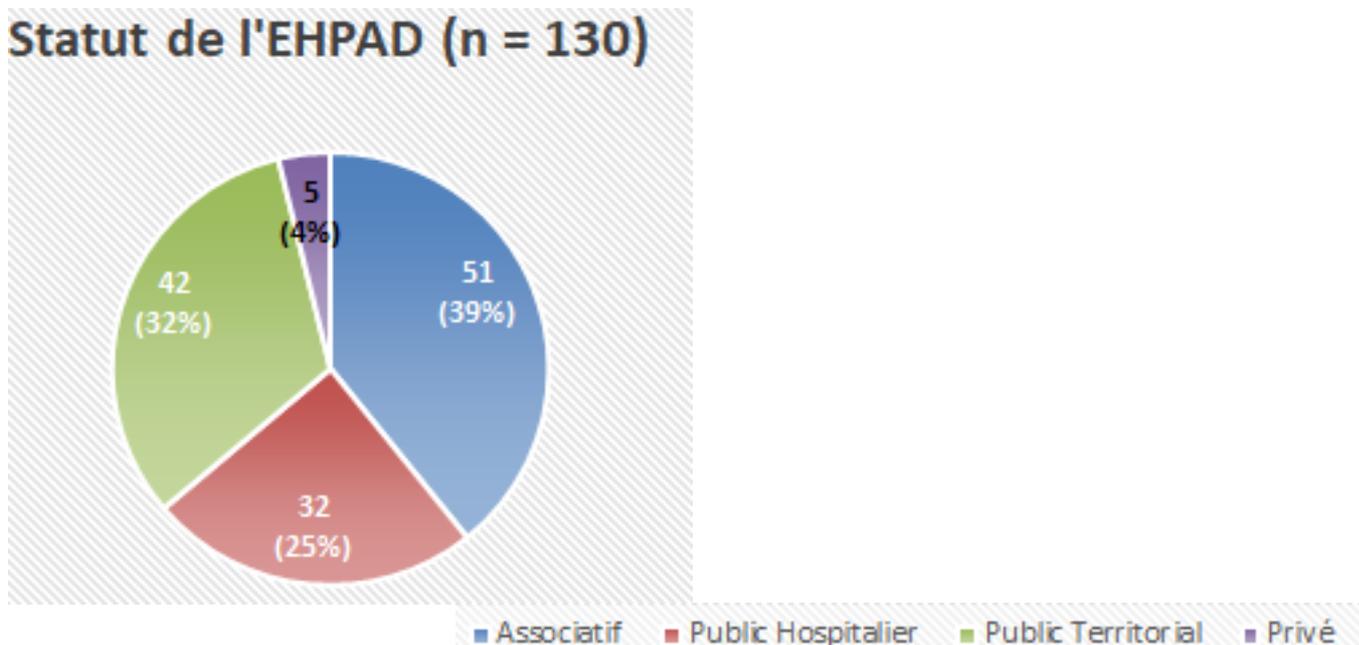
Tableau 1 : Description de la population des répondants (n = 130)

Répondant	n	%
<i>Directeur/Directrice</i>	63	48,5
<i>IDEC/Infirmier référent</i>	38	29,2
<i>Médecin</i>	19	14,6
<i>Coordonnateur</i>		
<i>Autre</i>	10	7,7
Total	130	100,0

Figure 1 : Population des répondants**Tableau 2** : Capacité des établissements et statut de l'établissement des répondants

(130 réponses)

	Nombre de réponses (n)	% de réponses
Capacité de l'établissement		
≤ 40	6	4,6
41-89	95	73,1
≥ 90	29	22,3
Statut de l'établissement		
Associatif	51	39,2
Public Hospitalier	32	24,6
Public Territorial	42	32,3
Privé	5	3,8
Total	130	100,0

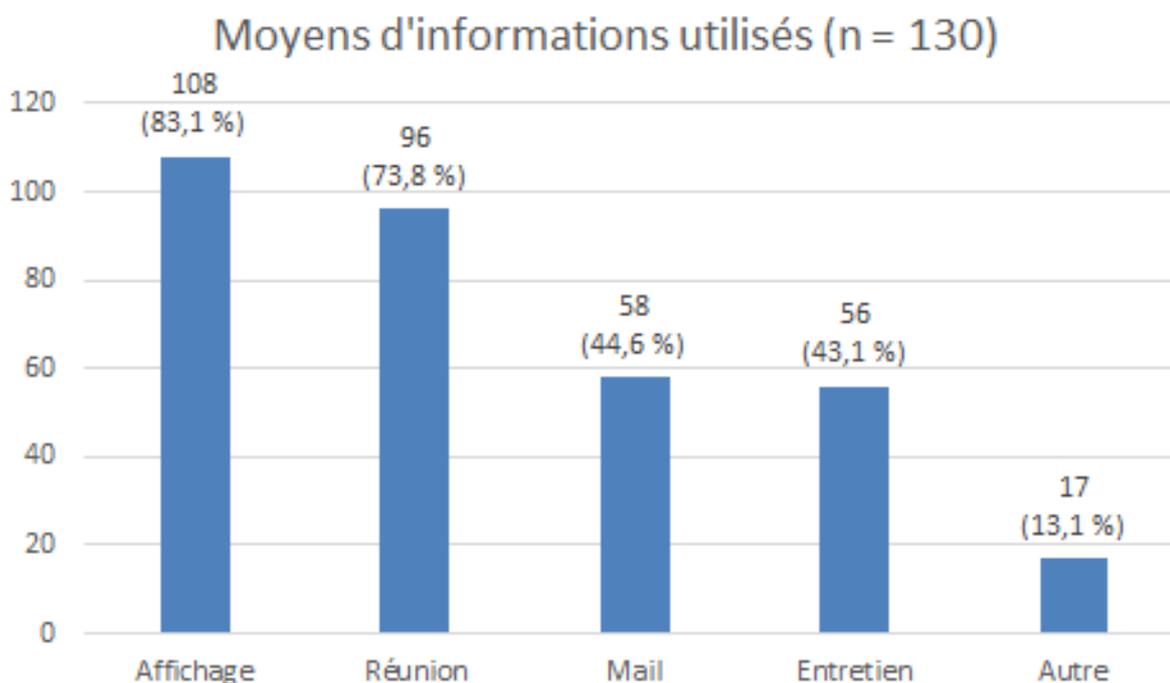
Figure 2 : statut de l'EHPAD**Lieu de vaccination**

La vaccination du personnel a eu lieu dans l'EHPAD pour 129 répondants. Huit répondants avaient également connaissance de vaccinations en centre.

Moyens d'information utilisés pour la campagne vaccinale**Tableau 3** : Moyens d'informations utilisés :

	<i>Nombre de réponses</i>	<i>% du nombre de répondants</i>
<i>Affichage</i>	108	83,1
<i>Réunion</i>	96	73,8
<i>Mail</i>	58	44,6
<i>Entretien</i>	56	43,1
<i>Autre</i>	17	13,1

Comme plusieurs réponses sont possibles pour l'item communication, la somme des pourcentages n'est pas égale à 100 %.

Figure 3 :**Réponse à notre objectif principal**

Cent-trente (130) réponses étaient exploitables sur les 2 questions à réponse obligatoire de notre objectif principal. Toutefois, alors que nous attendions un classement des 3 principales raisons, les réponses données pouvaient comporter plus de 3 réponses sans qu'une hiérarchisation puisse se distinguer. De ce fait, nous avons considéré que si une variable était citée, elle était considérée comme une facilitation (ou un frein) et que si elle était citée avec la « réponse 1 », ce déterminant était très important. Ainsi, nous ne pouvons pas comparer entre elles les variables proposées, mais simplement présenter le taux de citation et le taux de « réponse très importante ». Les facteurs favorisants sont présentés sous la forme du tableau 4 et repris dans la figure 4, de même, les freins sont présentés dans le tableau 5 et la figure 5.

Tableau 4 : Facteurs favorisants (n = 130)

Facteur favorisant	Cité		Très important	
	n	%	n	%
<i>Protéger les personnes fragiles</i>	109	83,8	75	57,7
<i>Protection individuelle</i>	100	76,9	57	43,8
<i>Espoir d'un retour à la vie normale</i>	99	76,2	40	30,8
<i>Mise en place d'un passeport vaccinal</i>	63	48,5	12	9,2
<i>Accès facile au vaccin</i>	62	47,7	21	16,2
<i>Forte circulation du virus dans le département</i>	40	30,8	11	8,5
<i>Atteinte d'un proche par la maladie</i>	36	27,7	10	7,7
<i>Acquisition d'une information de qualité</i>	32	24,6	6	4,6
<i>Suivre l'exemple (médecins ou politiques)</i>	28	21,5	7	5,4

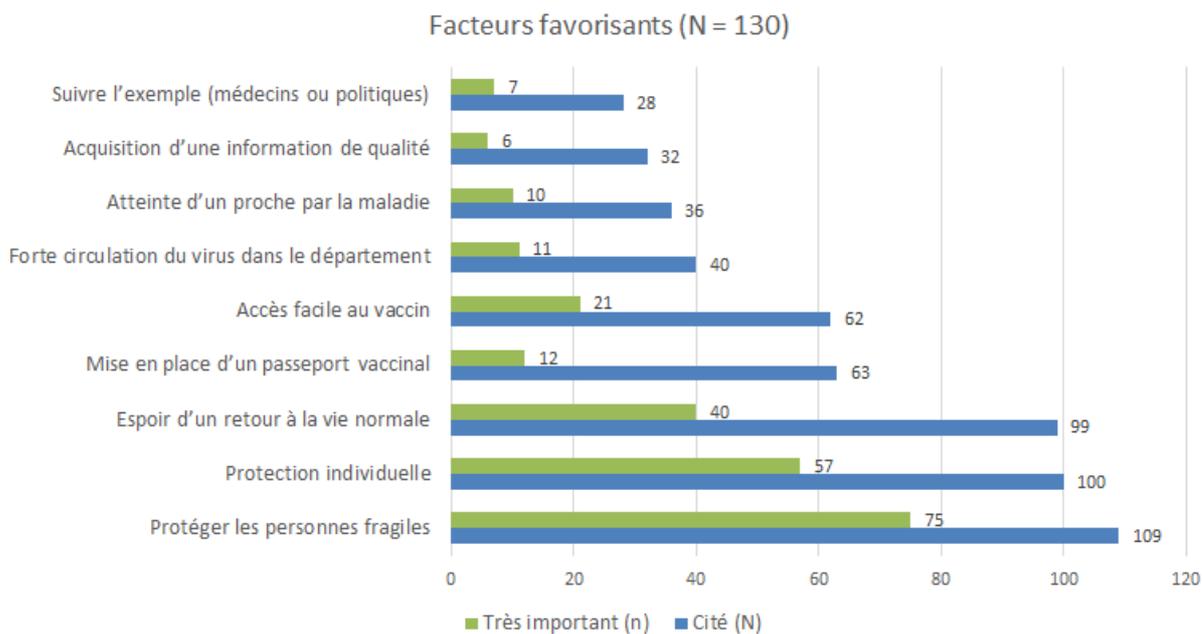
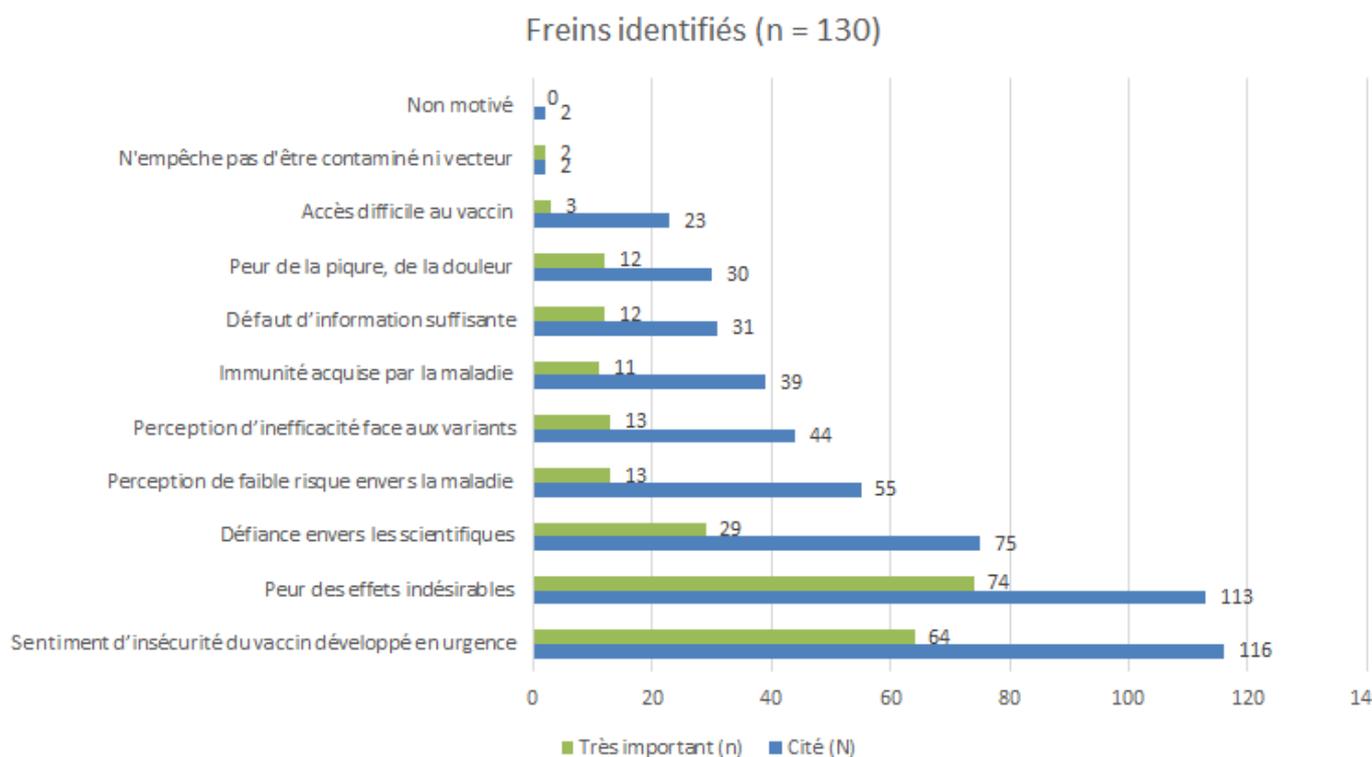
Figure 4 :

Tableau 5 : Freins identifiés parmi les répondants (n = 130)

<i>Frein identifié</i>	<i>Cité</i>		<i>Très important</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sentiment d'insécurité du vaccin développé en urgence</i>	116	89,2	64	49,2
<i>Peur des effets indésirables</i>	113	86,9	29	22,3
<i>Défiance envers les scientifiques</i>	75	57,7	13	10,0
<i>Perception de faible risque envers la maladie</i>	55	42,3	13	10,0
<i>Perception d'inefficacité face aux variants</i>	44	33,8	11	8,5
<i>Immunité acquise par la maladie</i>	39	30,0	11	8,5
<i>Défaut d'information suffisante</i>	31	23,8	12	9,2
<i>Peur de la pique, de la douleur</i>	30	23,1	12	9,2
<i>Accès difficile au vaccin</i>	23	17,7	3	2,3
<i>N'empêche pas d'être contaminé ni vecteur</i>	2	1,5	2	1,5
<i>Non motivé</i>	2	1,5	0	0,0

Figure 5 :

Certains répondants ont inversé, dans les questions relatives aux données fournies aux ARS, le nombre (valeur numérique) et le taux de vaccination (exprimé en

pourcentage) dans les variables numériques sollicitées. En ce cas, les données ont été attribuées à la valeur correspondante. Une donnée était manquante.

Les résidents : infection Covid-19 - Vaccination

Tableau 6 : Nombre de cas, de décès, taux de fatalité* et taux de vaccination des résidents (n = 130)

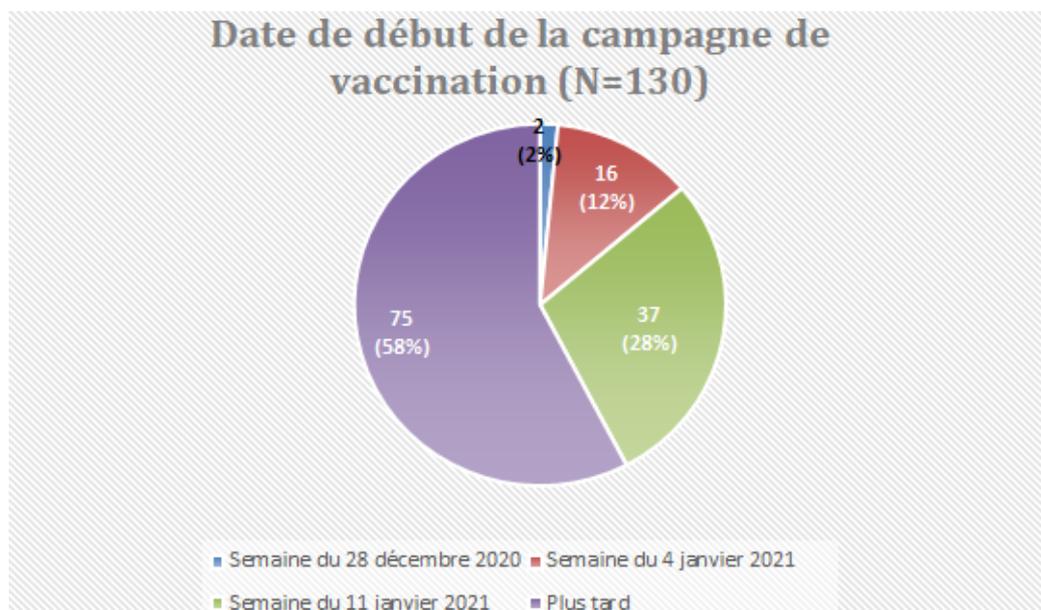
	Moyenne (DS)	Médiane (3^{ème} quartile)
<i>Nombre de résidents testés positifs à la Covid-19 depuis mars 2020</i>	20,4 (30,1)	5 (32)
<i>Nombre de résidents décédés de la Covid-19 depuis mars 2020</i>	3,9 (7,2)	0 (5,75)
<i>Taux de fatalité Covid-19 depuis mars 2020*</i>	11,6 (18,3 %)	0 (18,4 %)
<i>Taux de résidents vaccinés</i>	89,6 % (13,3 %)	93,5 % (97,0 %)

*On définit le taux de fatalité ainsi : nombre de résidents décédés de la Covid-19 / nombre de résidents testés positifs à la Covid-19.

A noter que le taux de fatalité était inférieur à 26 % pour 73 répondants (56,15 % de l'échantillon) et supérieur ou égal à 26 % pour 14 répondants (10,77 % de l'échantillon).

Tableau 7 : Date du début de la campagne de vaccination (n = 130)

Date de début de campagne de vaccination	n	%
<i>Semaine du 28 décembre 2020</i>	2	1,5
<i>Semaine du 4 janvier 2021</i>	16	12,3
<i>Semaine du 11 janvier 2021</i>	37	28,5
<i>Plus tard</i>	75	57,7

Figure 7 :

Les personnels : Infection Covid-19 - Vaccination

Les effectifs (soignants et non soignants) des établissements ont été demandés dans notre questionnaire sous forme déclarative, et ne faisaient pas partie du tableau fourni par les établissements à l'ARS dans le cadre de la veille épidémique. De ce fait, certaines données étaient soit manquantes, soit aberrantes et ont été exclues de l'analyse. Le nombre de réponses valides est présenté en première colonne du tableau 8. Notons que malgré un taux de positivité moyen parmi le personnel de 11 % ($\pm 16,6$ %) avec une médiane à 5%, heureusement, aucun agent n'est décédé.

Tableau 8 : Personnels infectés, décédés et vaccinés

	Réponses valables (n)	Moyenne (DS)	Médiane
<i>Effectif personnel soignant</i>	125	48,2 (53,6)	37,0
<i>Effectif personnel non soignant</i>	124	21,3 (21,1)	20,0
<i>Taux de positivité à la Covid-19 parmi le personnel</i>	127	11,0 % (16,6)	5,0
<i>Taux de mortalité à la COVID-19 parmi le personnel</i>	130	0 % (0)	0
<i>Taux global de vaccination du personnel contre la COVID-19</i>	122	65 % (38)	67 %

A noter que le taux de personnels vaccinés (sur 122 réponses) était supérieur ou égal à 50 % pour 85 réponses (69,67 %) tandis qu'il était inférieur à 50 % pour 37 réponses (29,99 %).

Réponse à nos objectifs secondaires
--

EHPAD et présence d'équipe de coordination

Présence d'un médecin coordonnateur : 94 (72,3 %)

Participation du médecin coordonnateur à la campagne de vaccination (101 réponses) : 92 (91,1 %)

Présence d'une IDEC : 117 (90 %)

Participation de l'IDEC à la campagne de vaccination (119 réponses) : 110 (92,4 %)

Absence de Medco et d'IDEC : 4 réponses (3,1 %)

Présence d'un Medco et d'IDEC : 79 réponses (60,8 %)

Répartition géographique des répondants

Nous avons reçu des réponses à notre questionnaire de la part de collègues ne travaillant pas dans les départements préalablement ciblés dans notre méthode. Néanmoins, les données exploitables n'interférant pas avec nos objectifs, nous avons conservé ces réponses dans notre effectif total.

Tableau 9 : Origine géographique des répondants

Régions	Nb Questionnaires	Départements
Auvergne-Rhône-Alpes	26	12 dans le Cantal (15), 7 en Haute-Loire (43), 7 dans le Puy-de-Dôme (63)
Bretagne	49	9 en Côtes-d'Armor (22), 8 dans le Finistère (29), 17 en Ille-et-Vilaine (35), 15 dans le Morbihan (56)
Centre Val de Loire	1	1 en Eure-et-Loir (28)
Hauts-de-France	14	4 dans le Nord (59), 1 dans l'Oise (60) et 9 dans le Pas-de-Calais (62)
Ile-de-France	12	4 en Seine-et-Marne (77), 9 dans l'Essonne (91) et 1 dans le Val-d'Oise (95)
La Réunion	3	3 dans l'île de la Réunion (974)
Normandie	1	1 en Seine-Maritime (76)
Nouvelle Aquitaine	4	4 en Corrèze (19)
Occitanie	8	6 dans l'Aveyron (12), 1 en Lozère (48) et 1 dans le Tarn-et-Garonne (82)
Pays de la Loire	11	11 en Loire-Atlantique (44)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	1 dans les Bouches-du-Rhône (13)

Taux de vaccination des personnels par région

Figure 8 :

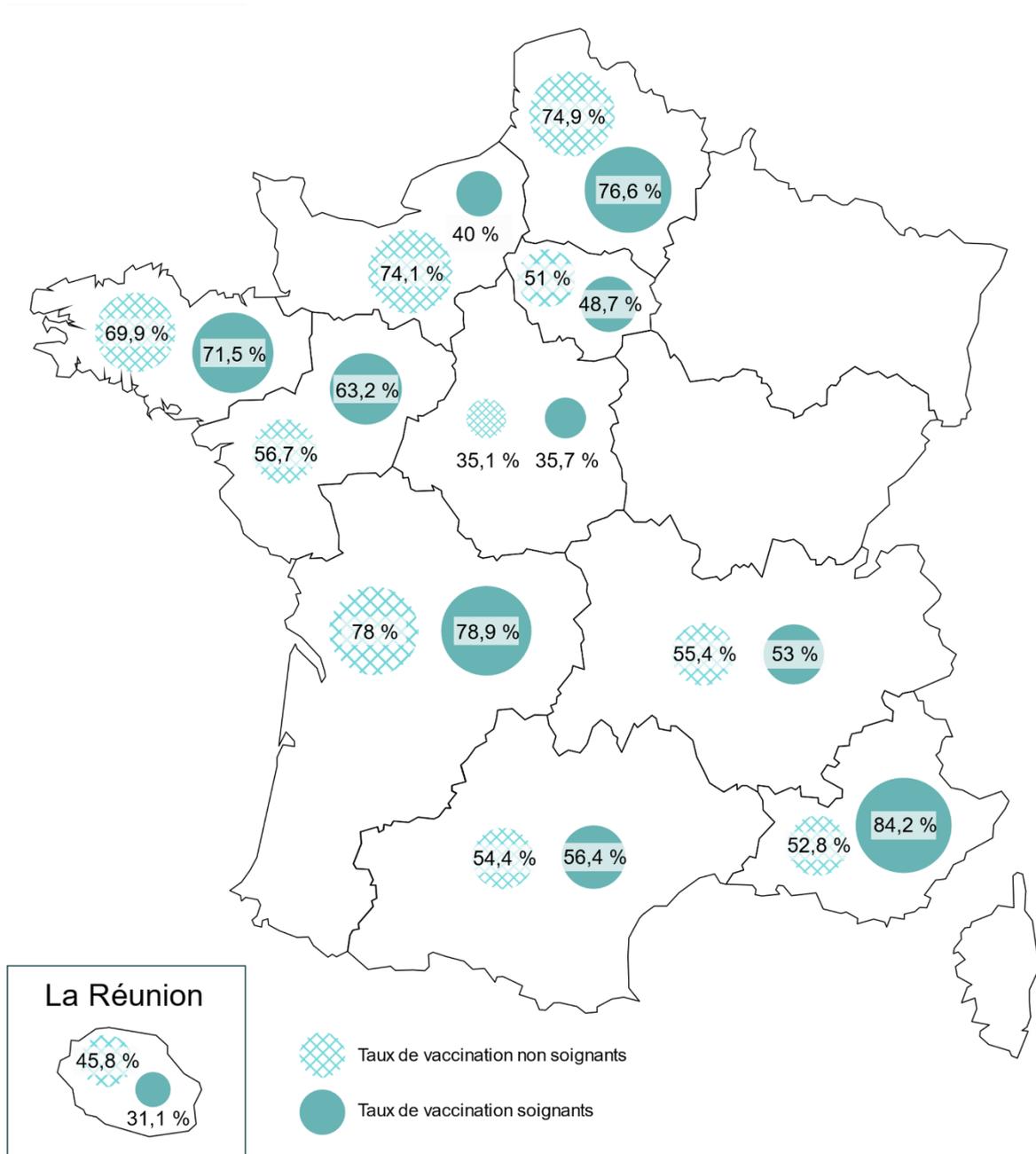


Tableau 10 :

Couverture vaccinale du personnel (n = 130) selon le taux d'incidence, de fatalité et taux de vaccination des résidents, par région, en % (SD)

Région en % (SD)	Taux de vaccination des personnels		Taux d'attaque COVID	Taux de fatalité COVID	Taux de vaccination résidents
	Non soignants	Soignants			
<i>Auvergne-Rhône-Alpes</i> (n = 26)	55,4 % (26,6 %)	53,0 % (23,2 %)	21,3 % (27,8 %)	12,4 % (15,4 %)	82,6 % (19,8 %)
<i>Bretagne</i> (n = 49)	69,9 % (25,2 %)	71,5 % (19,7 %)	9,6 % (18,9 %)	8 % (18,7 %)	93,5 % (6,3 %)
<i>Centre Val de Loire</i> (n = 1)	35,1 %	35,7 %	22,5 %	35 %	80 %
<i>Hauts-de-France</i> (n = 14)	74,9 % (24,9 %)	76,6 % (14,9 %)	47,3 % (31,5 %)	13,7 % (10,4 %)	86,6 % (21,2 %)
<i>Ile-de-France</i> (n = 12)	51 % (25,8 %)	48,7 % (29,1 %)	37,2 % (23,4 %)	23,9 % (17,8 %)	87,2 % (10,3 %)
<i>La Réunion</i> (n = 3)	45,8 % (19,1 %)	31,1 % (3,5 %)	10,2 % (11,5 %)	0 % (0 %)	78,3 % (6,6 %)
<i>Normandie</i> (n = 1)	74,1 %	40 %	27,8 %	80 %	99 %
<i>Nouvelle-Aquitaine</i> (n = 4)	78 % (27,3 %)	78,9% (18,4 %)	1,9 % (3,7 %)	3,6 % (7,1 %)	91,7 % (9,9 %)
<i>Occitanie</i> (n = 8)	56,4 % (19,3 %)	56,4 % (23,0 %)	19,4 % (28,3 %)	15,3 % (29,6 %)	93,3 % (6,3 %)
<i>Pays de la Loire</i> (n = 11)	56,7 % (22,0 %)	63,2 % (14,2 %)	30,2 % (36,2 %)	4,7 % (7,0 %)	95,4 % (3,1 %)
<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i> (n = 1)	52,8 %	84,2 %	42,9 %	16,7 %	80 %
Total (n = 130)	63,1 % (25,6 %)	63,4 % (23,0 %)	21,2 % (27,4 %)	11,6 % (18,3 %)	89,6 % (13,3 %)

Il n'existe pas, en analyse univariée, d'association statistiquement significative entre taux de vaccination des personnels et taux de fatalité des résidents (Coefficient de corrélation de Pearson : -0,035 IC 95 % (-0,248 ; 0,182, $p = 0,75$)).

La couverture vaccinale de l'ensemble du personnel des EHPAD est plus importante en région Nouvelle-Aquitaine, suivie par les Hauts-de-France.

IV.DISCUSSION

IV.1.Les résultats attendus

Notre étude permet de répondre à notre objectif principal, à savoir, déterminer les principaux facteurs à l'acceptation de la vaccination.

Ainsi, par ordre de fréquence, les 3 principaux facteurs sont :

- **Protéger les personnes fragiles (ici, nos résidents) pour 83,8 % des répondants**

L'altruisme est donc bien le premier déterminant des personnels des EHPAD dans leur choix de se faire vacciner. Cela répond aussi, partiellement (du fait de la limite exposée plus haut, liée à l'incompréhension de la manière de trier les facteurs favorisants et les freins) à la question d'un de nos deux objectifs secondaires : l'intérêt collectif est bien très important pour les personnels de nos établissements. L'éthique professionnelle reste ancrée dans nos EHPAD : primum non nocere !

Nous pouvons, en premier lieu, être satisfaits de l'esprit de solidarité des personnels envers leurs aînés, auprès desquels ils interviennent au quotidien. Cela semble confirmer notre hypothèse, d'autant que l'essence même du travail des personnels en EHPAD est « le service à la personne ».

- **Protection individuelle pour 76,9% des répondants**

Les personnels des EHPAD ont également bien intégré la notion de bénéfice / risque et l'intérêt personnel que peut apporter la vaccination.

- **Espoir d'un retour à la vie normale pour 76,2% des répondants**

Même si la notion d'une « vie normale » peut être différente d'un individu à l'autre, le retour à une vie sans pandémie est l'espoir porté par tous !

Le fait de « vouloir se protéger soi » met en avant la compréhension des personnels vis-à-vis de l'acte vaccinal et par là-même, de son intérêt dans la résolution de la pandémie. Ceci permet d'œuvrer individuellement en vue d'une amélioration sanitaire collective, et d'un « retour à une vie normale », aussi bien pour soi que pour les autres. Dans un certain sens, ces trois réponses sont complémentaires les unes des autres.

Quelle place pour les métiers de la coordination dans la campagne de vaccination ?

Notre étude met également en évidence la mission de contrôle épidémique en EHPAD de l'équipe de coordination, qui est particulièrement bien intégrée sur le terrain, malgré des difficultés logistiques.

Notre échantillon d'étude montre que près de 3 établissements sur 4 (72,3%) ont un médecin coordonnateur. Un(e) IDEC est présent(e) dans 90% des structures. Nous constatons que dans les établissements dotés d'un médecin et/ou d'un infirmier affecté(s) à la coordination, plus de 90% de ces derniers sont intervenus dans la gestion de cette pandémie exceptionnelle et ont participé activement aux campagnes de vaccination. Ceci confirme nos hypothèses par rapport au rôle central de l'équipe de coordination de l'EHPAD dans la diffusion des informations, en règle générale, et a fortiori autour de la vaccination, en pleine période de crise sanitaire.

Quels moyens d'information ont été utilisés pour avancer cette campagne de vaccination ?

Les moyens de diffusion de l'information utilisés, et les plus fréquemment cités, pour promouvoir la campagne vaccinale sont avant tout l'affichage public et les réunions

collectives des personnels portant sur les avantages et modalités de déroulement de la vaccination. Ces moyens représentent respectivement 83,1% et 73,8% de la totalité de ceux employés, sachant que dans un même EHPAD, plusieurs modes de communication peuvent être utilisés. Ceux-ci vont de la communication écrite (affichage et courriels communs essentiellement) à la communication verbale collective ou individuelle. Force est de constater que la communication par entretien individuel est la moins fréquemment utilisée, faute de temps sans doute, dans cette période où il faut avant tout organiser au mieux les structures pour éviter la propagation du virus et réaliser les isolements des personnes contaminées (résidents ou membres des personnels). Toutefois, dans les facteurs favorisants et freins, la place de cette information ne semble ni apporter un avantage à la vaccination ni son absence représenter un frein.

IV.2. Les résultats moins attendus

Parmi les principaux freins à la vaccination, nous retrouvons dans les 3 facteurs les plus cités dans notre étude, le « sentiment d'insécurité d'un vaccin développé en urgence » (89,2%), suivi de la « peur des effets indésirables » (86,9%) et enfin la « défiance envers les scientifiques » (57,7%). Ces freins se retrouvent classiquement dans la littérature scientifique en population générale (12) notamment la « peur des effets indésirables et de la tolérance du vaccin », la « perception d'un faible risque de contracter la maladie », la « perception de l'inefficacité du vaccin et d'une maladie peu grave », ainsi que la « défiance envers les sources gouvernementales ».

Si nous avons pu voir précédemment que l'équipe de coordination d'EHPAD a joué un rôle majeur dans la diffusion des informations autour de la vaccination, nos résultats

ne permettent pas de vérifier notre hypothèse selon laquelle l'impact de la présence de métiers de coordination pourrait renforcer l'acceptation de la vaccination, faute de réponses suffisantes d'établissements qui n'avaient ni médecins coordinateurs ni infirmières de coordination.

L'analyse univariée n'a pas retrouvé d'association statistiquement significative entre le taux de vaccination des personnels et le taux de fatalité Covid-19 parmi les résidents (Corrélation entre taux de fatalité et taux de vaccination du personnel : Coefficient de corrélation de Pearson : -0,035 IC 95 % (-0,248 ; 0,182) $p = 0,75$).

Du fait de l'absence d'effectifs suffisants pour pouvoir réaliser une comparaison, une analyse univariée d'association n'a pas pu être menée pour observer l'association entre la présence d'un métier de la coordination ou taille de l'EHPAD et le taux de vaccination.

Toutefois, les résultats de notre étude retrouvent un taux de vaccination global (soignants et non soignants) de 65% ($\pm 38\%$), avec une médiane à 67%.

Selon Santé publique France, une enquête menée en juin 2021, période de recueil de nos données, le taux de vaccination anti SARS-CoV-2 (1ère dose) chez les personnels d'EHPAD, est superposable à celui constaté dans notre étude : 55,3%.

Ce taux passe à 63,5% dans les établissements sanitaires et à 83% chez les professionnels de santé libéraux. Les personnels des EHPAD semblent donc, en juin 2021, les professionnels évoluant dans les milieux de la santé les moins enclins à se faire vacciner, alors que les EHPAD étaient les structures les plus impactées au début de la crise sanitaire.

Notre taux, un peu plus élevé, peut être lié à la méthodologie déclarative ou à un biais de sélection, qui favorisait peut-être la réponse d'établissements travaillant dans des conditions très favorables.

Un autre point inattendu est la grande variabilité inter-régionale des différents indicateurs recueillis pour nos objectifs secondaires :

Il existe en effet une variabilité du taux de vaccination des résidents, allant de 78,3 % à la Réunion (sur 3 répondants) à 99 % en Normandie (sur 1 répondant) pour une moyenne à 89,6 % (SD 13,3 %), sur le taux de vaccination des personnels non soignants, allant de 35,1 % en Centre Val de Loire (sur 1 réponse) à 78 % en Nouvelle Aquitaine (sur 1 réponse), avec une moyenne à 63,1 % (SD 25,6 %) comme pour celui du personnel soignant (31,1 % à la Réunion à 84,2 % en Provence-Alpes-Côte-d'Azur (sur 1 réponse), avec une moyenne à 63,4 % (SD 23,0 %). Enfin, pour ce qui concerne le taux d'attaque (nombre de cas divisé par le capacitaire théorique), ce dernier allait de 1,9 % (en Nouvelle-Aquitaine, sur 4 réponses) à 47,3 % pour les Hauts de France (sur 14 réponses), avec un taux d'attaque moyen de 21,2 % (SD 27,4 %) et un taux de fatalité de l'infection à COVID-19 parmi les réponses (nombre de décès imputables sur le nombre de cas total relevé) allant de 0 % à la Réunion (3 réponses) à 80 % en Normandie (sur 1 réponse), avec une moyenne à 11,6 % (SD 18,3 %), bien qu'on note que plus de la moitié des établissements ont un taux nul de fatalité, la mortalité semblant s'être concentrée sur certains établissements.

Bien que, sur ces indicateurs, les résultats extrêmes soient retrouvés sur de petits nombres de répondants, il existe une importante variabilité régionale, comme en témoignent les valeurs d'écart-type, qui peut s'expliquer à la fois par des circulations virales et des impacts régionaux divers de l'épidémie, au tourisme de certaines

régions, à leur divers taux d'équipements (nombre de lits d'hospitalisations en soins critiques, en Gériatrie, présence d'équipes mobiles territoriales en EHPAD, ...) voire à différentes réponses mises en œuvre.

En effet, on retrouve des disparités importantes dans la littérature et cela soulève l'intérêt d'une réponse territorialisée, notamment vis-à-vis de la campagne de vaccination, auprès tant des résidents que des personnels, en mettant en exergue les outils efficaces (groupes de Médecins et d'Infirmiers de Coordination de territoire, référents locaux, équipes mobiles, réunions sur place, ...) pour les implémenter ailleurs.

La grande variabilité régionale du taux de vaccination des résidents est également source d'interrogations, car il ne semble pas y avoir de lien entre forte vaccination des professionnels et forte vaccination des résidents.

L'étude de McGarry et collaborateurs réalisée aux USA sur presque 15 000 EHPAD montre quelques éléments associés à une plus grande vaccination des personnels et des résidents (13) : un cercle vertueux de la qualité (plus les indicateurs de qualité des soins de l'établissement sont élevées, plus les résidents et les professionnels sont vaccinés), l'impact favorable de la fidélisation des personnels, est également fortement associé à une plus grande vaccination tant des résidents que des professionnels. De même, une plus grande couverture vaccinale dans le territoire de santé avoisinant est également associée à un taux de vaccination plus élevé chez les résidents et les professionnels.

A l'inverse, des facteurs associés à une moindre vaccination dans l'établissement sont retrouvés, comme le fait d'appartenir à un groupe ou que l'établissement soit à but commercial.

Il y a enfin une discordance sur quelques facteurs, comme le nombre de professionnels âgés de moins de 29 ans ou sur la répartition des professions dans l'effectif. En effet, plus le personnel est jeune, plus cela semble associé à une vaccination importante des résidents mais à une vaccination moindre des professionnels. De la même manière, une présence plus importante d'infirmiers dans les équipes est associée à une meilleure couverture vaccinale chez les personnels mais à une moindre vaccination chez les résidents.

Même si ces résultats sont difficiles à transposer dans un système de santé très différent du nôtre, on retrouve des points saillants qui peuvent contribuer à expliquer les disparités interrégionales associées à une augmentation des clusters, dans le travail de la DREES (14). Ce travail et celui publié dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 8 juillet 2021 (15) incitent à penser un lien fort entre circulation virale dans le territoire de santé, faible vaccination des personnels et augmentation des cas malgré vaccination dans les établissements ainsi que la pertinence d'un effectif personnel stable, assurant les missions de soins et de coordination pour mettre en place les mesures adaptées dans les meilleurs délais.

Un autre paramètre explicatif à cette variabilité pourrait être que la plupart des répondants indiquent que la campagne de vaccination a démarré relativement tardivement par rapport au début officiel de la campagne (le 27 décembre 2020), avec 57,7 % de répondants dont la campagne a démarré après le 11 janvier 2021.

Toutefois, notre questionnaire n'avait pas pour but d'investiguer les difficultés logistiques (indépendamment de la facilité à se vacciner sur place) ni l'impact réel des informations portées par l'équipe de coordination autour de la vaccination : ont-elles également porté sur la sécurité des vaccins ou uniquement sur les modalités de la

campagne ? Les moyens de communication utilisés ont-ils été adaptés ? Mais surtout, les ressources permettaient-elles d'élargir les informations et les moyens quand la crise exigeait une réactivité des équipes dans l'urgence avec un effectif en personnels qui était contraint ? Et aussi, les personnels exerçant en EHPAD se sentent-ils autant concernés par la prévention des risques que les autres personnels de même catégorie exerçant dans d'autres environnements ? Autant de questions que les résultats de notre étude soulèvent.

Nous pourrions penser que les paramédicaux sont pourtant plus informés du fait de leur formation et de leur domaine d'activité que la population générale. Ils devraient être moins enclins à remettre en cause le consensus médical et scientifique international sur la nécessité de la vaccination contre la Covid-19. Et pourtant, une véritable défiance s'est installée progressivement avec les années envers la vaccination en général (16).

Les sources possibles de cette défiance des soignants sont :

➤ **Le développement d'internet**

Celui-ci a permis la démocratisation de l'accès et de la diffusion d'information, du savoir sans limite (mais aussi sans contrôle) ! Aujourd'hui n'importe qui peut publier tout et n'importe quoi sur internet. Chacun pourra en quelques heures lire des dizaines d'articles et se croire autant informé qu'un professionnel du domaine, voire se prétendre spécialiste. Cela bien entendu sans suivre aucune des règles de la démarche scientifique, de la déontologie ou, a minima, vérifier ses sources. Cela expose d'autant les personnes souhaitant diffuser les informations de qualité à un paradoxe dit de « la loi de Brandolini », qui expose que le temps pris pour réfuter de

fausses informations est largement supérieur à celui qui est pris pour les produire et diffuser (17).

➤ **L'impact des biais cognitifs sur la prise de décision**

Pour définition : « Un biais cognitif est un mécanisme inconscient de pensée déterminé par notre culture, notre âge ou nos croyances et qui influence de nombreux choix que nous devons faire au quotidien » (18).

Chez les soignants, dans le cadre de la vaccination contre la Covid-19, le biais cognitif qui semble être le plus impactant est « l'effet Dunning-Kruger ou l'effet de surconfiance : les gens ont tendance à avoir des opinions trop favorables de leurs capacités dans de nombreux domaines sociaux et intellectuels, particulièrement quand ces derniers sont mal connus. » (19).

Par exemple, des personnels paramédicaux évoluant dans le domaine médical, bénéficiant d'une expérience clinique quotidienne et ayant eu peu de formation sur le vaccin contre la Covid-19, pourraient rapidement croire avoir des bases solides et suffisantes pour remettre en question des experts ayant travaillé des dizaines d'années sur le sujet.

De l'autre côté ce biais cognitif démontre que les vrais experts dans un domaine sont souvent dans le doute, et remettent en question facilement leur recherche, car ils ont une vraie notion de la complexité du domaine étudié.

Donc nous avons des soignants qui remettent en cause très facilement ce vaccin avec des arguments de nature irrationnelle mais qu'ils vont afficher comme une certitude « c'est comme la grippe où je vais être malade pendant une semaine comme l'a été ma collègue » et des scientifiques qui de façon très humble diront qu'ils ne peuvent garantir à 100 % l'absence de risque.

En règle générale, la prise de décision sur la vaccination va souffrir d'une cascade de biais cognitifs, notamment des aspects émotionnels. « C'est particulièrement vrai dans la genèse de la peur des vaccins. » (19).

➤ **La théorie du complot**

La théorie du complot des vaccins peut être comparée à toutes les autres théories du complot ou mythes existants. Cette théorie suppose que les vaccins sont inefficaces ou nocifs et que les gouvernements, l'OMS, les médecins, (...) le savent mais, que, pour des raisons politiques ou mercantiles, la vérité serait passée sous silence.

➤ **La qualité de la formation initiale des soignants sur la vaccination**

A ce jour, comment les différents professionnels de santé sont-ils formés sur le sujet de la vaccination ?

Chez les médecins, la formation en immunologie permet d'aborder les principes de la vaccination dont les bénéfices et les risques sont revus par la suite en cours de maladies infectieuses et en pharmacovigilance principalement. L'ensemble pouvant correspondre à une dizaine d'heures de formation initiale.

Chez les infirmiers il y a deux modules de formation, l'un axé santé publique et l'autre faisant partie de l'enseignement du processus infectieux. Au total 4 à 5 h y sont dédiés (tout en sachant que cela peut être variable selon les IFSI).

Au niveau des aides-soignants, la formation sur la vaccination est quasi inexistante ! Il y a un vrai manque de formation sur ce sujet pourtant crucial qui doit nécessiter une pédagogie particulière. Les soignants doivent bénéficier d'une information éclairée, précise avec des arguments raisonnés et scientifiques. Pour faire adhérer les soignants, il faut qu'ils comprennent réellement ce qui leur est demandé et les vrais

risques encourus par la population. L'ignorance ne serait-elle pas la première cause du refus de la vaccination ?

L'hésitation vaccinale, c'est à dire le retard à l'acceptation ou au refus de la vaccination malgré l'existence d'un dispositif vaccinal, est finalement au cœur de notre étude.

Nous savions déjà, à travers la publication de Larson en 2016 (16), que la France apparaît comme le pays au monde le moins confiant dans la sécurité des vaccins.

Cette situation semble se confirmer dans notre étude en termes de vaccination anti-SARS-CoV-2, avec 65 % des personnels des EHPAD ayant bénéficié d'au moins une première dose de vaccin au 1^{er} mai 2021 et ce malgré la proportion importante de résidents décédés de la Covid-19 depuis le début de la pandémie (en moyenne, 17% (\pm 21%) des résidents infectés).

Nous savons que parmi les facteurs participant à la décision vaccinale, la connaissance liée au vaccin et celle liée à la maladie sont des facteurs dits neutres, c'est-à-dire qu'ils ne suffisent pas au passage à l'acte.

C'est ici qu'intervient le concept d'implémentation d'intention tel que décrit par Sheeran (20) pour lequel il est avant tout nécessaire de planifier le comportement par la réponse à trois questions simples : où (se faire vacciner), quand (à quelle date/période) et comment (quel vaccin/quel professionnel) ?

L'acceptance vaccinale passe par les étapes suivantes :

- La prise de décision (à l'aide des déterminants à la vaccination) ;
- L'implémentation d'intention (les réponses aux : où, quand, comment ?) ;
- Le maintien (la valorisation du comportement vaccinal).

IV.3. Forces de notre étude

Nous pouvons mettre en évidence :

- le nombre important d'EHPAD répondants (130 retours pour 1046 envois soit 12,5%), témoignant de l'intérêt pour ce sujet d'actualité, avec globalement peu de données manquantes ou erronées (nadir de réponses exploitables à 122) ;
- la proportion significative (57 questionnaires exploités soit 43,8% d'entre eux) des métiers de la coordination (IDEC et/ou MEDCO) dans la participation aux renseignements de ces questionnaires ;
- les résultats nous permettant de répondre à nos objectifs (objectif principal) et partiellement à nos objectifs secondaires.

- La méthode et l'organisation de notre travail nous sont apparues comme des points forts :

1 - Notre mémoire a été réalisé intégralement à distance au moyen de réunions Zoom programmées tous les 15 jours (aucun de nous ne se connaissait auparavant).

2 - Pour les questionnaires, chacun a géré sa zone géographique (envoi et suivi des réponses). La saisie des réponses a été répartie de manière équitable entre tous et compilée sur un tableau excel. L'étude statistique est venue logiquement dans un deuxième temps.

3 – Ainsi, le mémoire s'est créé progressivement et régulièrement en y intégrant à chaque réunion les idées et suggestions de chacun. Chacun a contribué de manière équitable à la production de ce travail.

Cela nous apparaît comme une force de notre métier de coordination que de pouvoir travailler en équipe.

IV.4.Faiblesses de notre étude

Parmi les faiblesses de notre étude, il est à noter :

- une difficulté technique, notamment la mauvaise compréhension de certains répondants à la consigne de hiérarchisation des déterminants et des freins à la vaccination (questions 4 et 5). En effet, au lieu de cocher un seul déterminant et/ou frein en numéro 1, numéro 2 et numéro 3, certains EHPAD ont coché plusieurs déterminants et/ou freins dans chaque position. De ce fait, nous avons fait le choix de hiérarchiser les déterminants et/ou freins en fonction de leur fréquence de citation et non pas de leur position. Cela n'impacte que peu l'exploitation de notre objectif principal.

- les EHPAD répondants ne sont pas forcément représentatifs, en termes de statuts au regard de l'existant national, ce qui peut entraîner un biais du fait d'une grande disparité dans la couverture vaccinale. En effet, selon le site de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), et plus spécifiquement selon l'annuaire des EHPAD figurant sur ce site, on dénombre en France métropolitaine et départements et territoires d'Outre-mer, 7471 EHPAD. Parmi ceux-ci, 3313, soit 45%, sont de statut public, 2324 (31%) ont un statut privé à but non lucratif et 1818 (24%) sont privés exclusifs.

Notre échantillon était constitué de 74 établissements publics, soit 56,9% de la totalité des structures de notre population d'étude, de 51 institutions associatives à but non lucratif (39,2%) et de 5 structures privées, soit seulement

3,8%. Notre échantillon différait quelque peu de la « structuration » du niveau national, lié au faible taux de participation des structures privées et à l'implication plus importante des structures publiques. Peut-être ces dernières étaient-elles davantage intéressées par le sujet ?

- les réponses aux questions sont déclaratives avec un biais de rappel. Toutefois le risque d'erreur est réduit du fait que c'est la personne en charge de la vaccination qui remplissait le questionnaire, en utilisant des données du tableau rendu aux ARS.

- en dernier lieu, cette recherche ayant été réalisée en pleine gestion de la pandémie, des décisions et modalités de lutte contre l'épidémie sont venues modifier à la fois la stratégie vaccinale et la mise en œuvre de l'obligation vaccinale pour les professionnels de santé (en particulier, au moment où nous écrivons ces lignes). Elle doit donc être interprétée en tenant compte du moment où elle a été définie (en janvier 2021) et réalisée, c'est-à-dire, en juin 2021.

IV.5. Perspectives

Notre étude nous a permis de mettre en lumière, chez le personnel des EHPAD, un gros déficit de connaissances sur le sujet de la vaccination et l'existence de nombreux biais cognitifs / émotionnels.

D'ailleurs, concernant les IFAS, un arrêté récent datant du 10/06/2021 modifie les objectifs pédagogiques, le contenu de la formation et définit les modalités de fonctionnement des instituts de formations paramédicaux (21).

Cette hypothèse est congruente avec le savoir déjà connu d'une vaccination plus importante parmi les personnes à haut niveau socio-économique. Le secteur de la santé n'échappe pas à cette règle, une enquête sur la couverture vaccinale antigrippale sur la période hivernale de 2018- 2019 dans les établissements de santé et médico-sociaux retrouvait un taux de vaccination à 72,2% chez les médecins ; 35,9% chez les infirmières et 20,9% chez les aides-soignants (22). Ces résultats sont similaires à celle d'une autre enquête concernant la couverture vaccinale contre la Covid-19 chez les professionnels des établissements de santé sur la période du 12 au 26 juillet 2021 objectivant un taux vaccinal de 70,6% chez les médecins ; 54,9% chez les infirmiers et 43,3% chez les aides-soignants (23).

L'instauration d'un travail de pédagogie rationnelle, psychologique et émotionnelle sur la campagne de vaccination chez le personnel des EHPAD est indispensable, et ce, malgré l'obligation vaccinale contre la Covid-19 chez les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux depuis le 5 août 2021 (24).

A la date de publication de ce travail, il y a déjà eu plus de 3,3 milliards de doses administrées à travers le monde, apportant une protection remarquable face aux formes graves, qui peuvent survenir à tout âge et protégeant efficacement d'une infection à Covid-19 symptomatique. Cette infection, nous en ignorons encore les conséquences à long terme, alors qu'on sait que le SARS-Cov-2 a une affinité particulière pour le système nerveux, comme en témoigne les résultats des travaux d'un groupe de recherche français (25).

Nous avons déjà eu à déplorer des malades, des handicaps voire des décès parmi nos collègues et nous ne souhaitons plus voir d'autres collègues touchés par ce fléau, surtout qu'un moyen de prévention efficace, sûr et simple existe.

Un autre levier à l'optimisation de l'adhésion à la vaccination serait une meilleure intégration de la santé au travail des personnels des EHPAD dans la perspective d'améliorer la qualité de vie au travail.

La qualité de vie au travail constitue l'un des axes d'amélioration prioritaire qui structure le rapport El Khomri en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et leur valorisation. Ce secteur d'activité est frappé par une forte « sinistralité » s'expliquant par de forts taux d'absentéisme, d'arrêts maladie et d'accidents de travail. Les trois autres axes prioritaires de ce rapport sont la formation, les revalorisations salariales et l'innovation sociale et technologique (26).

En effet, les professions de santé ont été largement mobilisées depuis le début de la crise Covid-19, ce qui a pu provoquer chez beaucoup des problématiques liées à la santé au travail.

La prévention des risques psychosociaux, des conduites addictives, des troubles musculo-squelettiques, des maladies infectieuses et transmissibles, doit faire l'objet d'une attention particulière et la vaccination contre la Covid-19 aurait toute sa place dans une meilleure politique de santé au travail pour les professions de santé.

Les personnels des EHPAD ont un rôle majeur sur le plan de la santé publique tant vis-à-vis des résidents que vis-à-vis d'eux-mêmes.

V. CONCLUSION

L'originalité de notre étude porte sur la recherche des déterminants favorisant ou, a contrario, empêchant l'adhésion des personnels d'EHPAD à la vaccination anti SARS-Cov-2, dans un contexte à la fois de pandémie virale toujours d'actualité au moment de nos recherches et de formidable progrès dans la rapidité de conception du vaccin. Les 3 principaux facteurs favorisant l'adhésion à la vaccination cités par notre échantillon étaient : protéger les personnes fragiles, se protéger et l'espoir d'un retour à la vie normale. A l'inverse, les 3 principaux freins à la vaccination cités par notre échantillon étaient : un sentiment d'insécurité du vaccin développé en urgence, la peur des effets indésirables et la défiance envers les scientifiques.

La place majeure prise par les métiers de la coordination dans la campagne vaccinale dans notre étude (plus de 90%) a confirmé notre hypothèse d'une participation active dans la lutte contre l'épidémie et ce, avant que la vaccination ne devienne une obligation pour les personnels des EHPAD (24).

VI. BIBLIOGRAPHIE

- (1) Horton R, Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. DOI:10.1016/S0140-6736(20)32000-6
- (2) Santé Publique France : Vaccination info service (Consulté le 05/10/2021) COVID-19 [en ligne] <https://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/COVID-19>
- (3) Haute Autorité de Santé (Consulté le 05/10/2021) Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 - Rôle des facteurs socio-économiques et professionnels dans le risque d'infection et de formes graves de Covid-19 et actualisation des recommandations. Juillet 2021 [en ligne] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3275157/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-role-des-facteurs-socio-economiques-et-professionnels-dans-le-risque-d-infection-et-de-formes-graves-de-covid-19-et-actualisation-des-recommandations
- (4) Haut Conseil de la Santé Publique (Consulté le 05/10/2021) Avis du 29 octobre 2020 relatif à l'actualisation de la liste des facteurs de risque de forme grave de Covid-19 [en ligne] <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=942>
- (5) Santé Publique France (Consulté le 05/10/2021) Vaccination contre la COVID-19 [en ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/vaccination-contre-la-covid-19>
- (6) Dagan N, Barda N, Kepten E *et al.* BNT 162 b2 mRNA Covid-19 vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med*. 2021;384:1412-23. DOI: 10.1056/NEJMoa2101765
- (7) Levine-Tiefenbrun, M., Yelin, I., Katz, R. *et al.* Initial report of decreased SARS-CoV-2 viral load after inoculation with the BNT162b2 vaccine. *Nat Med*. 2021;27:790-2. DOI: 10.1038/s41591-021-01316-7
- (8) Santé Publique France (Consulté le 05/10/2021) Point épidémiologique COVID-19 du 22/07/21 [En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-22-juillet-2021>
- (9) Santé Publique France (Consulté le 05/10/2021) Point épidémiologique hebdomadaire du 18/02/21 [En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/bulletin-national/covid-19-point-epidemiologique-du-18-fevrier-2021>
- (10) Académie Nationale de médecine (Consulté le 05/10/2021) Communiqué du 9 mars 2021 : « La vaccination des soignants contre la Covid 19 doit devenir obligatoire » [En ligne] <https://www.academie-medecine.fr/la-vaccination-des-soignants-contre-la-covid-19-doit-devenir-obligatoire/>
- (11) Conseil National Professionnel de Gériatrie (Consulté le 05/10/2021) Communiqué du 7 juillet 2021 : La Communauté gériatrique appelle à la vaccination obligatoire pour tous les professionnels de santé [En ligne] <https://sfgg.org/espace-presse/communiques-de-presse/la-communaute-geriatrique-appelle-a-la-vaccination-obligatoire-communique-de-presse/>
- (12) Yaqub O, Castle-Clarke S, Sevdalis N, Chataway J. Attitudes to vaccination: a critical review. *Soc Sci Med*. 2014 Jul;112:1-11. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.04.018.
- (13) McGarry BE, Shen K, Barnett ML, Grabowski DC, Gandhi AD. Association of Nursing Home Characteristics With Staff and Resident COVID-19 Vaccination Coverage. *JAMA Intern Med*. Published online September 16, 2021. DOI:10.1001/jamainternmed.2021.5890

(14) Miron de l'Espinay A and Ricroch L, En 2020, trois Ehpad sur quatre ont eu au moins un résident infecté par la Covid-19 (consulté le 05/10/2021) DREES, Etudes et Résultats 1196, Published online July, 2021. [En ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1196.pdf>

(15) Gault G, Bernadou A, Montaufray MA, Filleul L, Impact de la vaccination sur la dynamique de l'épidémie de la COVID-19 chez les personnes âgées de 75 ans et plus en Nouvelle-Aquitaine, Janvier-Mars 2021 (Consulté le 05/10/2021) Bull Epidémiol Hebd. 2021;(Cov_11):2-8.[En ligne] http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_11/2021_Cov_11_1.html

(16) Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, Cook AR, Jones NS. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. EBioMedicine. 2016 Oct;12:295-301. DOI: 10.1016/j.ebiom.2016.08.042.

(17) Swynghedauw B, Le principe de Brandolini et les fake news. m/s. 2020;36(6-7):654. DOI: 10.1051/medsci/2020114

(18) Association Française pour l'Information Scientifique (Consulté le 05/10/2021) Pourquoi cette peur des vaccins ? [en ligne] <https://www.afis.org/Pourquoi-cette-peur-des-vaccins>

(19) Kruger J & Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. Journal of Personality and Social Psychology. 2000;77:1121-34. DOI: 10.1037//0022-3514.77.6.1121.

(20) Sheeran P, Orbell S. Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. Health Psychol. 2000 May;19(3):283-9. DOI: 10.1037//0278-6133.19.3.283.

(21) Journal Officiel de la République Française (Consulté le 05/10/2021) Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043646160>

(22) Santé Publique France (Consulté le 05/10/2021) Point épidémiologique Régional special COVID-19, Nouvelle-Aquitaine 06 mai 2021 [En ligne] <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/76374/download>

(23) Santé Publique France (Consulté le 05/10/2021) Couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les professionnels exerçant en établissements de santé, 12 août 2021 [En ligne] <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/couverture-vaccinale-contre-la-covid-19-chez-les-professionnels-exercant-en-etablissements-de-sante>

(24) Journal Officiel de la République Française (Consulté le 05/10/2021) Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043909676>

(25) De Melo GD, Lazarini F, Levallois S, Hautefort C, Michel V, Larrous F et al. COVID-19–related anosmia is associated with viral persistence and inflammation in human olfactory epithelium and brain infection in hamsters. Science Translational Medicine. 2021;13(596). DOI: 10.1126/scitranslmed.abf8396

(26) Rapport Remis à la Ministre des Solidarités et de la Santé établi par Mme Myriam El Khomri (Consulté le 05/10/2021) Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, Octobre 2019 [En ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_el_khomri_-_plan_metiers_du_grand_age.pdf

VII. ANNEXE

Questionnaire : Couverture vaccinale anti Sars-CoV-2 du personnel en EHPAD

Nous vous remercions d'avance de consacrer de votre temps au remplissage de ce questionnaire, dans le cadre d'un mémoire collectif pluridisciplinaire (Médecin et Infirmier(e)) du DIU Formation à la fonction de Médecin coordonnateur d'EHPAD et DU Infirmier (ère) Référent (e) et Coordinateur (trice) en EHPAD et SSIAD ; portant sur la couverture vaccinale anti Sars-CoV-2 du personnel en EHPAD.

L'objectif de ce questionnaire est d'essayer d'explorer les principaux déterminants et freins à la vaccination contre le Sars-CoV-2 des personnes travaillant en EHPAD, ressentis par le(s) responsable(s) de la campagne de vaccination.

Ce questionnaire est anonyme et destiné au(x) responsable(s) de la campagne de vaccination dans l'EHPAD.

Il comporte 21 questions réparties en 5 rubriques. Le temps nécessaire pour répondre aux questions est d'environ 10 minutes.

Si vous souhaitez recevoir les résultats finaux de cette étude, envoyez un e-mail à l'adresse suivante : diumedecidec2021@gmail.com

*Obligatoire

Rubrique 1/5 : Responsable de la campagne de vaccination

1. Quelle est votre fonction ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin Coordonnateur
- IDEC/Infirmier référent
- Directeur/Directrice
- Autre

Si la réponse est "Autre", saisissez votre fonction ci-dessous

Rubrique 2/5 : Déroulement de la campagne de vaccination du personnel

2. Quels ont été les moyens d'information à la vaccination du personnel ?

Plusieurs réponses possibles.

- Réunion
- Affichage
- Mail
- Rencontre individuelle
- Autre

Si la réponse est "Autre", saisissez le moyen d'information ci-dessous

3. Où étaient réalisées les séances de vaccination du personnel de l'établissement ?

Plusieurs réponses possibles.

- Dans l'EHPAD
- Dans le centre de vaccination (créneaux réservés)
- Autre

Si la réponse est "Autre", saisissez ci-dessous le lieu de vaccination

Rubrique 3/5 : Déterminants et freins à la vaccination

4. Parmi les personnels qui se sont vaccinés ou ont manifesté leur envie de l'être, quels ont été les 3 principaux déterminants qui vous ont été retournés pour expliquer cette décision ?

Une seule réponse possible par ligne.

Déterminants	Numéro 1	Numéro 2	Numéro 3
Protéger les personnes fragiles			
Acquisition d'une information de qualité			
L'espoir d'un retour à une vie normale			
La mise en place d'un passeport vaccinal			

Suivre l'exemple des médecins et/ou personnalités de la vie publique			
Forte circulation du virus dans le département et/ou territoire de santé			
Atteinte d'un proche par la maladie			
Protection individuelle			
Accès facile au vaccin			
Autre			

Si "Autre" figure parmi vos choix, veuillez renseigner cet autre déterminant ci-dessous

5. Parmi les personnels qui ne se sont pas encore vaccinés ou ont manifesté leur refus de l'être, quels ont été les 3 principaux freins qui vous ont été retournés pour expliquer cette décision ?

Une seule réponse possible par ligne.

Freins	Numéro 1	Numéro 2	Numéro 3
Immunité acquise par la maladie			
Défaut d'information suffisante			
Peur de la pique/douleur à la vaccination			
Peur des effets indésirables			
Défiance envers les sources scientifiques			
Sentiment d'insécurité du vaccin développé dans l'urgence			
Perception d'un faible risque de faire la Covid ou forme grave			

Perception de l'inefficacité du vaccin face aux variants			
Accès difficile au vaccin			
Autre			

Si "Autre" figure parmi vos choix, veuillez renseigner cet autre frein ci-dessous

Rubrique 4/5 : Circulation du virus dans l'EHPAD

6. Quel est la capacité d'accueil de votre EHPAD ?
7. Quel est le nombre total de résidents testés positifs au Covid-19 depuis Mars 2020 ? *
8. Quel est le nombre total de résidents décédés du Covid-19 depuis Mars 2020 ? *
9. Quand avez-vous démarré la campagne de vaccination des résidents ?

Une seule réponse possible.

- Semaine du 28 décembre 2020
- Semaine du 4 janvier 2021
- Semaine du 11 janvier 2021
- Plus tard

10. Quel est le nombre total de résidents vaccinés (au moins 1 dose) au 1er mai 2021 ?*

Veuillez renseigner le taux de vaccination des résidents (au moins 1 dose) au 1er mai 2021*

11. Quel est l'effectif du personnel soignant au 1er mai 2021 ?*
12. Quel est l'effectif du personnel non soignant au 1er mai 2021 ?*
13. Quel est le nombre de personnels testés positifs au Covid-19 depuis Mars 2020 ?*
14. Quel est le nombre de personnels décédés du Covid-19 depuis Mars 2020 ? *
15. Quel est le nombre de personnels soignants vaccinés (au moins une dose) du Covid-19 au 1er Mai ?*
16. Quel est le nombre de personnels non soignants vaccinés (au moins une dose) du Covid-19 au 1er Mai ?*

Rubrique 5/5 : Informations générales de l'EHPAD

17. Quel est le statut de votre établissement ?

Une seule réponse possible.

- Public Hospitalier
- Public Territorial
- Privé
- Associatif

18. Quel est le code postal de votre établissement ? *

19. Avez-vous un médecin coordonnateur ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Si Oui, participation du médecin à la vaccination ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

20. Avez-vous un(e) infirmier (ère) coordonnateur (trice) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Si Oui, participation de l'infirmier (e) à la vaccination ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

21. Avez-vous d'autres informations à ajouter ?

Merci pour le temps que vous avez bien voulu nous consacrer